

# 'Grensverleggende dagverpleging' met nazorg thuis

M.T.J. HUGENS  
G.F.A. KALSBEEK  
M. KESSELS-BUIKHUISEN  
M.T. SJER

Hugens MTJ, Kalsbeek GFA, Kessels-Buikhuisen M, Sjer MT. 'Grensverleggende dagverpleging' met nazorg thuis. Huisarts Wet 1995; 38(11): 525-8.

**Samenvatting** Binnen het project 'grensverleggende dagverpleging Zoetermeer' is het in dagverpleging uitvoeren van zwaardere ingrepen waarbij de nazorg thuis door de eerste lijn wordt geboden, succesvol gebleken. Uit een evaluatie-onderzoek door het NZi werd duidelijk dat het werken aan de hand van een op consensus tussen eerste en tweede lijn gebaseerd medisch-verpleegkundig protocol naar tevredenheid van alle betrokkenen functioneert. Huisartsen beschouwen de uitbreiding van taken (draincontrole, controle van grotere worden, behandelen van eventuele complicaties) als een verdieping van het huisartsgeneeskundig handelen. Door een goede voorbereiding en bijscholing vooraf zijn er geen complicaties voorgekomen die alsnog behandeling in het ziekenhuis vereisten. Bijna alle patiënten zouden opnieuw voor dagverpleging met nazorg thuis kiezen. Met ingang van 1993 is 'grensverleggende dagverpleging' voortgezet als reguliere behandelvorm.

Mw.drs. M.T.J. Hugens, beleidsmedewerker Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer (projectleiding); G.F.A. Kalsbeek, huisarts in Zoetermeer; mw.drs. M. Kessels-Buikhuisen, onderzoeker NZi; M.T. Sjer, chirurg 't Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer.  
Correspondentie: Mw.drs. M.T.J. Hugens, Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer, Kinderen van Versteegplein 11b, 2713 HB Zoetermeer.

## Inleiding

In september 1989 zijn 't Lange Land Ziekenhuis en de Zoetermeerse eerste lijn, in samenwerking met verzekeraar Nuts, begonnen met het project 'grensverleggende dagverpleging'. Voornaamste doel is het optimaal benutten van de dagbehandelingsfaciliteiten van het ziekenhuis, in verband met de geringe klinische capaciteit (1,8 bedden per 1000 inwoners). Het indicatiegebied voor dagverpleging is hiertoe uitgebreid met een dertigtal chirurgische indicaties die als 'grensverleggend' werden aangemerkt; dit betekent dat zij normaal gesproken zouden leiden tot een meerdaagse opname. Deze ingrepen vinden nu plaats in dagbehandeling, waarna huisarts, wijkverpleging en gezinsverzorging de postoperatieve zorg op zich nemen (*kader*).

In dit artikel brengen wij verslag uit van een evaluatie van het project, aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Waren de taken van de huisarts uitvoerbaar, in organisatorisch en in medisch opzicht?
- Hoe vaak vond overleg plaats met de specialist en waarop had dit betrekking?
- Wat was de uitkomst van de financiële constructie?

## Methode

Het NZi, Instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, heeft gedurende de driejarige projectperiode (1990-1992) evaluatie-onderzoek verricht naar protocollen en kwaliteit van zorg, financiële consequenties en het effect op de patiëntenstromen.<sup>1</sup> Daarnaast vormen de door patiënten teruggestuurde logboeken, waarin een korte enquête was opgenomen, een continue bron van informatie.

## Resultaten

### Algemeen

Tot 1 januari 1995 werden 453 patiënten geopereerd (*tabel 1*), van wie 445 logboeken werden ontvangen. Deze patiënten waren verwezen door 46 huisartsen, van wie sommige werkzaam zijn in een duop-

raktijk. Dit komt neer op 3 à 4 patiënten per huisartspraktijk per jaar. Het aantal patiënten per huisarts loopt uiteen van 1 tot 26, over een periode van vijf jaar.

### Uitvoerbaarheid taken door de huisarts

• *Indicatiestelling.* De indicatie werd niet altijd door de huisarts gesteld, maar soms door de chirurg. Het indiceren door de huisarts wordt bemoeilijkt door de continue verschuiving van de grens tussen poliklinische behandeling, reguliere dagbehandeling en 'grensverleggende dagbehandeling' met nazorg door de eerste lijn, als gevolg van de voortschrijdende ontwikkelingen op het gebied van de operatie- en narcosetechnieken. Anderzijds werden ook patiënten aangemeld, voor wie een opname geïndiceerd was. Een enkele keer had de huisarts niet tijdig gedacht aan de mogelijkheid van dagverpleging met nazorg thuis.

• *Voorlichting.* Bij een tussentijdse evaluatie werd duidelijk dat de huisartsen veel vragen van patiënten kregen over wat zij wel of niet mochten na de operatie (tillen, douchen, trappen lopen, etc.). Naar aanleiding hiervan zijn door de chirurgen per indicatiegroep enkele algemene richtlijnen opgesteld, die werden opgenomen in de folders en het protocol.

• *Organisatie van de nazorg.* In het algemeen hielden de huisartsen zich goed aan de afgesproken nazorgbezoeken. Bij slechts 9 patiënten werd afgeweken van het protocol (vergeten de afspraak in te plannen, mislopen weekendoverdracht, alleen een telefoontje naar de patiënt). De betreffende huisartsen werden door de hiertoe door de RHV aangewezen huisarts benaderd met de vraag waarom niet volgens protocol was gehandeld en het verzoek hieraan in het vervolg meer aandacht te besteden. In deze situaties werden de niet afgelegde huisbezoeken in mindering gebracht op het all-in tarief. Deze regeling werkt naar tevredenheid en is binnen de beroepsgroep algemeen geaccepteerd.

De huisarts besteedde ongeveer anderhalf uur extra tijd aan de betreffende patiënten (*tabel 2*).

Door het uitlopen van het operatieschema worden patiënten soms later ontslagen

dan gepland, omdat zij nog onvoldoende hersteld zijn van de narcose: de huisarts werd hiervan in alle gevallen tijdig op de hoogte gesteld door het Coördinatiepunt.

• *Medische nazorg.* Niet eenmaal moest een patiënt na thuiskomst alsnog opgenomen worden. In 10 van de 445 logboeken werd melding gemaakt van een complicatie, variërend van veel pijn tot een nabloeding of wondinfectie. Problemen die zich voordeden in de thuissituatie, zoals een lichte zwelling of hematoomvorming rondom de wond, konden door de huisarts en de wijkverpleegkundige worden behandeld; bij twee patiënten was een korte consultatie op de EHBO noodzakelijk.

Ongeveer 20 procent van de patiënten keerde naar huis met één of twee drains (met name bij varices of bursae-operaties). De richtlijnen voor een acceptabele productie, verwisseling en verwijdering van de drain in het protocol bleken voldoende houvast te bieden. Slechts bij één patiënt was de drain niet meer vacuüm en moest worden ingegrepen door de huisarts.

Veel aandacht is besteed aan pijnbestrijding. Besloten werd om postoperatief niet de in het ziekenhuis gebruikelijke paracetamol en morfine intramusculair te geven, maar NSAID's (postoperatief intramusculair en thuis in tabletvorm). De aanvankelijke twijfel over de werkzaamheid hiervan, met name na anuschirurgie, bleek grotendeels ongegrond. Uit de patiëntenenquête komt naar voren dat 404 van de 445 (91 procent) patiënten matig tot geen pijn hadden. Binnen de groep anuschirurgie was dit 75 procent. Inmiddels is deze post-operatieve medicatie ook binnen het ziekenhuis gebruikelijk geworden.

Bij afwezigheid van mictie op het moment van ontslag werden standaard vanuit het ziekenhuis medicijnen meegegeven om de mictie op gang te brengen, alsmede een cathetersetje voor het geval dat deze medicatie geen resultaat zou hebben. Bij thuiskomst kwam de mictie echter altijd vanzelf op gang (al dan niet na het innemen van de medicatie); gebruik van het cathetersetje is nooit nodig geweest.

Het verwijderen van de hechtingen leverde geen problemen op. Naarmate het project vorderde, gebeurde dit steeds va-

ker op de praktijk en minder bij de patiënt thuis.

• *Patiëntensatisfactie.* Uit de enquêtes in het logboek blijkt dat 407 patiënten tevreden of zeer tevreden waren over de behandeling thuis; 97 procent zou opnieuw voor dagverpleging met nazorg thuis kiezen als men een dergelijke ingreep weer zou moeten ondergaan. Tien patiënten gaven aan dat de zwaarte van de ingreep hun was tegengevallen, en eveneens tien patiënten maakten melding van onvolkomendheden in de organisatie en begeleiding in het ziekenhuis. Vier patiënten vonden het handelen van de (waarnemend) huisarts ondeskundig of onwennig.

Uit nadere analyse blijkt dat niet zozeer de medische alswel de sociale omstandigheden van de patiënt bepaalden of de dagverpleging met nazorg thuis als succesvol werd ervaren. Zo waren vrouwen met kleine kinderen en mensen met oudere man-

telzorgers voor wie de verzorging achteraf te zwaar bleek te zijn geweest, minder tevreden: zij zouden in het vervolg voor een opname kiezen. Naar aanleiding hiervan wordt de laatste jaren bij de voorlichting meer nadruk gelegd op de sociale indicatie. Met name vrouwen met jonge kinderen wordt duidelijk gemaakt dat het, ondanks de inzet van gezinszorg, moeilijk kan zijn thuis volledig tot rust te komen. Ook bij mensen met weinig (of oudere) mantelzorgers wordt terughoudender geïndiceerd. In het algemeen kan echter worden geconcludeerd dat men het prettig vond in de eigen omgeving te herstellen met gegarandeerde en geplande nazorg door de eigen huisarts en de wijkverpleging.

#### Overleg huisarts-specialist

In de ontwikkelfase van het project is veel tijd besteed aan het bereiken van consen-

**Tabel 1** Aantal patiënten naar indicatiegroep

Jaar	Diverse ingrepen	Varices	Herniae	Anus-chirurgie	Totaal
1989 vanaf sept.	–	4	6	5	15
1990	8	28	30	17	83
1991	3	21	24	14	62
1992	3	53	39	16	111
1993	7	35	21	16	79
1994	16	32	34	21	103
Totaal	37	173	154	89	453

**Tabel 2** Tijdsbesteding huisartsen

Activiteiten	Aantal minuten (afgerond)
Voorlichting over project	7
Eerste visite	19
Tweede visite	18
Verwijderen hechtingen – thuis (61%)	9
– spreekuur (39%)	3
Extra overleg met specialist	4
Extra overleg met wijkverpleegkundige	6
Reistijd	28
Totaal	94

Bron: NZi

### Het project 'grensverleggende dagverpleging'

Alle in het kader van het project 'grensverleggende dagverpleging' geleverde zorg is geprotocolleerd vanaf het eerste bezoek aan de huisarts tot en met de derde dag na de operatie. Voornaamste doel van het protocol is het bieden van houvast aan de hulpverlener, waardoor ook de patiënt een gevoel van veiligheid en zekerheid krijgt. De coördinatie van de nazorg is als extra taak ondergebracht bij het reeds bestaande Coördinatiepunt Thuiszorg Zoetermeer, van waaruit complexe eerstelijnszorg wordt gecoördineerd. Een zorgcoördinator deelt huisarts en wijkverpleging een week van tevoren mede, op welke dagen nazorg geleverd moet worden.

Alle bevindingen worden geregistreerd in een logboek dat de patiënt mee naar huis krijgt, en dat na afloop wordt opgestuurd naar het Coördinatiepunt ten behoeve van de financiële afrekening. Indien opmerkingen in het logboek daartoe aanleiding geven, onderneemt het Coördinatiepunt actie ter verbetering van procedures of de kwaliteit van zorg. Wanneer de huisarts afwijkt van het protocol, legt het Coördinatiepunt dit voor aan een huisarts die namens de beroepsvereniging (RHV) is aangewezen om de betreffende arts hierop aan te spreken.

De huisarts vervult binnen het project een centrale rol: hij is verantwoordelijk voor een deel van de voorbereiding (indicatiestelling, beoordeling geschiktheid, voorlichting) en voor de nazorg; alleen de ingreep vindt plaats in het ziekenhuis.

De indicatiestelling geschiedt aan de hand van een aantal medische en sociale criteria. Uitgangspunt hierbij is dat de huisarts meer zicht heeft op de thuissituatie dan de specialist, waardoor hij be-

ter in staat is in te schatten of patiënt in staat is zich aan gemaakte afspraken te houden en of de draagkracht van de mantelzorg voldoende is. Medisch gezien moet de ingreep slechts mét nazorg op verantwoorde wijze in dagbehandeling kunnen plaatsvinden. De chirurg toetst in overleg met de anesthesist of een operatie aan dit criterium voldoet en dus niet binnen de reguliere dagbehandeling valt.

De huisarts verzorgt de voorlichting en bespreekt met de patiënt de keuze tussen 'grensverleggende dagverpleging' met nazorg thuis en een klinische opname; de patiënt beslist uiteindelijk.

Vanaf het moment van thuiskomst na de operatie verzorgt de huisarts samen met de wijkverpleegkundige de nazorg. Volgens het nazorgschema bezoekt hij de patiënt op de dag van de operatie, en daarna nog één maal. Eventuele weekendvisites worden óf door de eigen huisarts óf door de waarnemer afgelegd, afhankelijk van de afspraken hieromtrent binnen de waarneemgroep.

De medische nazorgcontroles worden afgewerkt volgens een in het logboek opgenomen checklist, waarin onder andere wond- en draincontrole, pijnbestrijding, mictie, de controle van temperatuur, pols, bloeddruk en circulatie en het verwijderen van de rectumspons bij anuschirurgie aan de orde komen. De huisarts is de eerst verantwoordelijke in geval van eventuele complicaties. Ook het verwijderen van de hechtingen een aantal dagen na de ingreep behoort tot het takenpakket van de huisarts. Dit kan zowel thuis als op het spreekuur gebeuren, afhankelijk van de gezondheidstoestand van de patiënt. Een nacontrole bij de chirurg na zes weken sluit de behandeling af.

Een laatste belangrijke taak van de huisarts heeft betrekking op de geruststelling van de patiënt. Het feit dat patiënten kunnen rekenen op een bezoek van huisarts en wijkverpleegkundige, moet hen het gevoel van veiligheid geven dat zij anders in het ziekenhuis zouden hebben.

Financiering van de protocollaire te leveren zorg via de gebruikelijke vergoedingsregelingen zou betekenen dat de huisarts alleen voor de particuliere patiënten beloond zou worden voor zijn extra inspanningen. Met lokale verzekeraar Nuts (als vertegenwoordiger namens de ziekenfondsen én de KLOZ-KPZ-regio) is echter een alternatieve financieringsregeling getroffen. Kern van deze afspraak is dat een extra budget voor de eerstelijnszorg (sinds de structurele voortzetting vanaf 1993 NLG 450,- per patiënt) verdisconteerd wordt in het ziekenhuisbudget, zodat dus een overheveling van gelden plaatsvindt van ziekenhuis naar eerste lijn. Uit dit eerstelijnsbudget ontvangt de huisarts een all-in tarief, dat gelijk is aan het tarief voor postnatale zorg. Voor dit bedrag dient hij alle protocollaire voorgeschreven zorg te verlenen (indicatiestelling/voorlichting, twee visites en het verwijderen van de hechtingen alsmede eventuele extra verichtingen als gevolg van post-operatieve complicaties).

Van de overgehevelde gelden worden verder de wijkverpleging, de gezinszorg, de vanuit het ziekenhuis meegegeven medicatie en verbandmiddelen en de hulpmiddelen bekostigd. Daarnaast ontvangt het Coördinatiepunt Thuiszorg een vast bedrag per patiënt voor administratie- en coördinatiekosten.

sus tussen (afvaardigingen van) huisartsen, chirurgen, anesthesisten, verpleegkundigen en apothekers over de medisch-verpleegkundige richtlijnen voor de nazorg en de taakafbakening tussen ziekenhuis en eerste lijn. Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn door een chirurg en een uroloog bijgeschoold op het gebied van wonden, drains, hechtingen, catheteriseren en complicaties. Daarnaast hebben verpleegkundigen meegelopen op de wondpolikliniek, de dagbehandeling en/of de klinische afdelingen.

In de uitvoeringsfase van het project was nauwelijks overleg nodig tussen huisarts en chirurg. De indruk bestaat dat het vertrouwen van de chirurgen in de kwaliteit van de nazorg door huisarts en wijkverpleegkundige is gegroeid. Deze indruk wordt gestaafd door het gegeven dat 't Lange Land Ziekenhuis in 1993 het op één na hoogste percentage dagbehandelingen versus klinische opnamen van Nederland had (33 procent).

### Financiën

Het feit dat de huisartsen beloond werden voor de verleende extra zorg, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan het welslaan van het project.

Het project was op zichzelf kosten-neutraal: de extra kosten waren ongeveer gelijk aan de besparingen op de verpleegafdeling in termen van variabele kosten. Zonder de financiële regeling met Nuts verzekeringen zou dagverpleging het ziekenhuis echter in budgettaire termen vele malen meer hebben gekost. Gebleken is dat 'grensverleggende dagverpleging' de verzekeraar in budgettaire termen een besparing oplevert van NLG 1000,- per patiënt.

Substantiële besparingen op regionaal en landelijk niveau zijn slechts haalbaar wanneer het Zoetermeerse voorbeeld op grote schaal gevolgd wordt en als dit zou leiden tot een verlaging van de bedden-norm.

### Beschouwing

Gegeven de resultaten van het project 'grensverleggende dagverpleging' kan

deze nieuwe vorm van (transmurale) zorg als geslaagd worden beschouwd, mede omdat er sprake is van winst voor alle partijen.<sup>2</sup> Zo blijkt de patiënt de keuze voor dagverpleging met aanvullende thuiszorg te waarderen en kan 't Lange Land Ziekenhuis de beperkte bedden-capaciteit in Zoetermeer adequaat compenseren.

Voor de huisartsen betekent het project dat zij in de thuissituatie meer dan voorheen geconfronteerd worden met (grote) operatiewonden, drains en mogelijk post-operatieve complicaties. Voor de Zoetermeerse huisartsen is dit een gewenste uitbreiding van het takenpakket, waaraan uiteraard een vorm van bijscholing vooraf is gegaan. Hoewel de tijdsinvestering per patiënt fors genoemd kan worden (circa 1,5 uur), werd dit niet als extra belastend ervaren. Hierbij moet bedacht worden dat een huisarts jaarlijks aan gemiddeld drie tot vier van dergelijke patiënten nazorg verleent, waarvoor hij bovendien een vaste vergoeding ontvangt.

Afgezien daarvan is in Zoetermeer voldaan aan een aantal andere randvoorwaarden. In de eerste plaats is de eerste lijn sterk georganiseerd in de vorm van multidisciplinaire, wijkgerichte samenwerkingsverbanden waarbinnen het werken aan de hand van bindende afspraken algemeen geaccepteerd is. Een stevige organisatorische eenheid is van belang voor het benodigde draagvlak bij de introductie van het protocol en de verdere procedures. Daarnaast bestaat in Zoetermeer gestructureerd overleg tussen de huisartsen en de specialisten van 't Lange Land Ziekenhuis. Het Coördinatiepunt Thuiszorg vervult een centrale rol tussen ziekenhuis en eerste lijn, en stelt alle betrokkenen vroegtijdig op de hoogte van de planning van de nazorg. Van belang was verder de aanwijzing van een algemeen geaccepteerde huisarts als contactpersoon die zijn collega's op afwijkingen van het protocol kon aanspreken.

Dit alles wil ons inziens niet zeggen dat grensverleggende dagverpleging alleen binnen het Zoetermeerse kan slagen. Van belang is dat huisartsen, wijkverpleging en ziekenhuis bereid zijn conform een proto-

col te werken en zich willen houden aan afspraken, zowel op inhoudelijk als organisatorisch gebied.

Om in te kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen op medisch en verpleegkundig gebied moeten afspraken ook regelmatig geactualiseerd te worden: op dit moment wordt het Zoetermeerse protocol heelkunde geëvalueerd en waar nodig aangepast. Zo wordt bijvoorbeeld de indicatielijst aangescherpt, waardoor de lijst blijft bestaan uit – volgens de huidige stand van zaken – 'grensverleggende' indicaties.

Het starten van een vergelijkbaar project hoeft niet (zoals in Zoetermeer) op stedelijk niveau te gebeuren; de noodzakelijke organisatorische eenheid kan ook die van een huisartsengroep of DHV zijn in samenwerking met een beperkt aantal specialisten en wijkverpleegkundigen. De rol van coördinatiepunt zou evengoed door bijvoorbeeld een DHV-kantoor of een ontslagbureau in het ziekenhuis kunnen worden vervuld. Bovendien kan gestart worden met een beperkt aantal indicaties en dus ook een beperkt protocol.

Belangrijkste is dat hulpverleners blijven nadenken over de plaats waar de zorg aan patiënten het beste kan worden geboden, in plaats van dit over te laten aan de macht der gewoonte. Het Zoetermeerse project leert dat het zoeken naar nieuwe, transmurale, vormen van zorg ten goede kan komen aan een ieder die hierbij betrokken is, maar bovenal aan de patiënt.

### Literatuur

- 1 Wesseling MF. Effectevaluatie Project Dagverpleging Zoetermeer. I. Protocollen en kwaliteit van zorg. II. Kostenconsequenties en financiële consequenties. III. Patiëntenstromen. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1992.
- 2 Van den Hoeven HA, Kalsbeek GFA, Kessels-Buikhuisen M, et al. Grensverleggende dagverpleging, succesvol project nu reguliere activiteit. Med Contact 1994; 49: 1563-5. ■