

TOPIC



5E JAARGANG | NR 5 | APRIL 2018

De stadspoli Maastricht zet
anderhalvelijnszorg op de kaart

Richtlijnen verbeteren beleid bij
aangeboren huidafwijkingen

Immuunsuppressie en immunomodulatie
bij constitutioneel eczeem

DERMATOLOGIE

De stadspoli Maastricht zet anderhalvelijnszorg op de kaart

Tekst: Patrick Marx

Anderhalvelijnszorg is een zorgvorm die nog voor de poort van het ziekenhuis een selectie maakt van patiënten die wel of geen duurdere tweedelijns hulp nodig hebben. De dermatologen van het Maastricht UMC+ hebben goede ervaringen met deze zorgvorm. De eerste onderzoeksresultaten van het nut van de anderhalvelijnszorg geven een positief beeld.



Maar liefst 81% van de patiënten die de anderhalvelijnsdermatoloog bezoeken, blijft onder controle van de huisarts. Slechts de minderheid gaat door naar de tweede lijn. Met zulke cijfers mogen de dermatologen van het Maastricht UMC+ blij zijn. De stadspoli, de naam voor de anderhalvelijnszorg in hun stad, werpt zijn vruchten af.¹

Consult

In Maastricht zijn twee stadspoli's waar specialisten de door de huisarts verwezen patiënt zien. Het gaat om patiënten die geen acute of complexe zorg nodig hebben. De huisarts vraagt de specialist in consult met een eenvoudige vraag waarvan hij vermoedt dat deze te beantwoorden is zonder aanvullende diagnostiek of ingrepen in het ziekenhuis.

Dermatoloog in de anderhalve- en tweedelijns Herm Martens, van het Maastricht UMC+: 'De ideale stadspoli zorgt voor een hogere kwaliteit van zorg, een hogere patiënttevredenheid en lagere kosten in vergelijking met de tweedelijnszorg. Het idee is dat de stadspoli een succes is als we één van deze doelen halen en de andere twee niet slechter worden.'

Eind maart presenteerden onderzoekers van de Academische Werkplaats Duurzame Zorg van de Universiteit Maastricht de eerste resultaten van hun onderzoek naar het nut van de stadspoli. Promovenda Esther van den Bogaart en haar collega's analyseerden het werk van de specialisten, waaronder de dermatologen, en de ervaringen van de patiënten.

'We enquêteerden bezoekers van de stadspoli en een vergelijkbare groep patiënten uit de tweedelijns poli, voorafgaand aan hun polibezoek, direct na hun polibezoek en drie maanden later. We zien dat er, wat betreft de gezondheid, in de loop van die drie maanden geen verschillen ontstaan tussen beide groepen patiënten. De bezoekers van de stadspoli vinden dat hun bezoek in een fijne, niet-klinische en rustige setting plaatsvindt en dat de arts meer tijd voor ze heeft. Ook ervaren ze de kortere wachttijd als positief. Ze geven de stadspoli een nog hoger rapportcijfer dan de bezoekers van de tweedelijns poli.' Martens ziet een drietal groepen patiënten gebruikmaken van de stadspoli: 'Als eerste zijn het de patiënten met bijvoorbeeld een



Dr. H. (Herm) Martens
2017
Doctorpreneur van het jaar

2015 – heden
Directeur Digitale dermatoloog BV,
Maastricht

2008 – heden
Dermatoloog Maastricht UMC+



E.H.A. (Esther) van den Bogaart
2016 – heden
Promovendus Academische
Werkplaats Duurzame Zorg,
Universiteit Maastricht

2015 – 2016
Junior Onderzoeker Universiteit
Maastricht



Prof. dr. D. (Dirk) Ruwaard
2011 – heden
Hoogleraar Public Health and Health
Care Innovation en voorzitter van de
vakgroep Health Services Research,
Universiteit Maastricht

2006 – 2010
Directeur Publieke Gezondheid en
plaatsvervangend directeur-generaal
Volksgezondheid van het ministerie
van VWS, Den Haag

verdachte moedervlek. De stadspoli is een ideale plek voor ons om snel in te schatten of er wel of geen noodzaak tot actie is. Als tweede zien we de chronische patiënt bij wie de huisarts vastloopt en waarbij we kunnen helpen de zorg weer op de rails te zetten. De derde groep zijn mensen die de huisarts actief verzoeken om een afspraak in de stadspoli. Op zich zien we dit ook graag, want we kunnen hiermee de mensen met een eventueel ernstig probleem sneller opsporen. Het gaat om mensen die anders vanwege de kosten wellicht niet naar de tweede lijn zouden gaan. De zorg in de stadspoli valt namelijk buiten het eigen risico.'

Protocol

Hoogleraar Public Health and Health Care Innovation van de Universiteit Maastricht, Dirk Ruwaard: 'Het was ons idee een protocol op te stellen over het type patiënt dat wel of geen gebruik van de stadspoli gaat maken, maar dat blijkt heel lastig. De huisarts kan niet goed inschatten of een probleem serieus is of niet en wil van de dermatoloog juist een bevestiging of ontkenning van zijn vermoeden.' Van den Bogaart vult aan: 'Een van de meest voorkomende diagnoses is een maligne dermatose. Ook al blijkt dat in zo'n 80% van de gevallen een verwijzing naar het ziekenhuis noodzakelijk is, dan nog is het een heel geschikte klacht voor de stadspoli. De huisarts kent de diagnose immers niet of twijfelt eraan en de stadspoli voorkomt dat 20% van de patiënten zonder maligniteit naar het ziekenhuis gaat.'

De onderzoekers keken naar de manier waarop de individuele specialist met de anderhalvelijnszorg omgaat. Dat leverde een profiel voor de meest geschikte specialist op. Ruwaard: 'Vooraf dachten we dat vooral de gepokte en gemazelde éminence grise de ideale

Wat ging eraan vooraf?

Het experiment met de anderhalvelijnszorg is een initiatief van eerstelijnsorganisatie ZIO, waaronder de huisartsen in Maastricht en heuvelland vallen, het Maastricht UMC+, zorgverzekeraar VGZ en de patiëntenorganisatie Huis voor de Zorg. De anderhalvelijnszorg begon met een pilot waarbij specialisten van vijf specialismen bij toerbeurt meedraaiden in zes gezondheidscentra. Zes andere gezondheidscentra konden hun patiënten ook doorverwijzen. Op drie vlakken bleek deze vorm van anderhalvelijnszorg niet te voldoen. Als eerste moesten de specialisten te veel heen en weer reizen tussen de zes praktijken. Als tweede bestond de vrees dat de band tussen huisarts en specialist te hecht werd. De vraag 'Wil je even meekijken?' kan tot onnodige consultatie van de specialist leiden. Als laatste waren de huisartsen uit de zes praktijken waar de specialisten geen consulten draaiden bang dat ze hun patiënten aan praktijken met anderhalvelijnszorg zouden verliezen. Deze ervaringen waren de reden voor de start van de stadspoli's, waar alle huisartsen uit Maastricht en omstreken hun patiënten naar kunnen verwijzen.

anderhalvelijnspecialist zou zijn. Hij heeft immers alles al gezien en kan snel beoordelen of er ziekenhuiszorg nodig is of niet. Echter, ruime ervaring is niet per se nodig, ook de jongere artsen doen het goed op de stadspoli. De belangrijkste criteria zijn dat de arts achter het concept van anderhalvelijnszorg staat en een meer generalistische

Ook al blijkt dat in zo'n 80% van de gevallen een verwijzing naar het ziekenhuis noodzakelijk is, dan nog is het een heel geschikte klacht voor de stadspoli



Teledermatologie

Van oudsher is de teledermatologie het klassieke eerstelijns communicatiemiddel tussen huisarts en dermatoloog. Ook teledermatologie heeft als doel het gebruik van de duurdere tweedelijns te beperken. In 2013 promoveerde onderzoeker Job van der Heijden op zijn onderzoek naar de effectiviteit van teledermatologie.² Hij analyseerde ruim 37.000 teledermatologieconsulten. In 68% van de consulten werd een verwijzing naar de tweede lijn voorkomen. Echter, zelfs bij het gebruik van een dermatoscoop heeft de teledermatologie een lagere accuratesse en betrouwbaarheid in vergelijking met een consult in levenden lijve. Martens: 'Bij het beoordelen van mogelijke maligniteiten op een foto zijn we altijd heel terughoudend. Globaal gezien kunnen we bij 30-40% van de goede foto's direct zeggen dat er niks aan de hand is, bij 10-20% willen we direct een verwijzing naar de tweede lijn. Het grote grijze gebied ertussen, dat zijn bij uitstek de patiënten die we met onze eigen dermatoscoop op de stadspoli kunnen zien.'

blik op de patiënt heeft. De ideale specialist in de anderhalvelijnszorg houdt het midden tussen de benadering van de patiënt door de huisarts (u bent gezond, tenzij) en de specialist (u bent ziek, tenzij).'

Kostenbesparing

Als laatste zijn er de kosten. Harde cijfers heeft Ruwaard nog niet: 'De verzekeraar en de zorgverleners spraken een vaste vergoeding af per patiënt, ongeacht welke specialist de patiënt in de anderhalve lijn ziet. De werkelijke kosten verschillen nogal. De patiënten van de dermatoloog zijn het goedkoopst, meestal volstaat alleen kijken. De internistische patiënt is doorgaans het duurst, omdat er bijvoorbeeld allerlei laboratoriumonderzoek nodig is. Nu blijkt dat er redelijk veel goedkope patiënten de stadspoli bezoeken. De zorg is dus goedkoper dan er aanvankelijk verwacht werd. De verzekeraars en de zorgverleners onderhandelen nu over het naar beneden bijstellen van de vergoeding.'

Dankzij het onderzoek kunnen de organisatoren van de anderhalvelijnszorg aan de knoppen draaien. De bijstelling van de vergoeding per patiënt is er een voorbeeld van. Ook Martens ziet in de organisatie van de dermatologische zorg dingen die nog beter kunnen: 'We bieden een tweedelijns inloopspreekuur aan voor patiënten die door de huisarts verwezen worden. Vaak zie ik

daar patiënten van wie ik denk dat ik die beter in de stadspoli had kunnen zien. Echter, de stadspoli heeft een wachttijd van tien tot vijftien dagen, bij het inloopspreekuur kan de patiënt een dag later terecht. Voor sommige patiënten is de keuze voor het type zorg dan al snel gemaakt.'

De komende tijd zullen meer resultaten uit Maastricht en andere proeftuinen voor anderhalvelijnszorg naar buiten komen. De vraag is dan welke vorm van zorg de voorkeur verdient. De stadspoli lijkt in elk geval de potentie te hebben kostenbesparend te zijn. Toch mogen we ons, met het oog op reductie van kosten, niet blindstaren op één zorgvorm meent Ruwaard: 'Naast de stadspoli zijn de teledermatologie en de kaderarts gespecialiseerd in dermatologie ook varianten die in het veld genoemd worden voor het besparen van kosten.' ■

LITERATUUR

1. www.stadspoli.nl
2. Job van der Heijden. Telemedicine in dermatology: evaluation of secondary and tertiary teledermatology. 2013; proefschrift Universiteit van Amsterdam.