

Rapport

Resultaten Doorbraakprojecten 2006

Op 12 februari 2007 uitgebracht aan alle deelnemende organisaties, Zorgverzekeraars, ZN, NVZ, DVN, NFK en NPCF.

Publicatienummer

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volnummer

27010314

Afdeling

Onderzoek

Auteur

mw. drs. N. Slooff en mw. drs. C.C. Parmentier

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 26

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
	Voorwoord
1	1. Inleiding
2	2. De Doorbraakmethode
2	2.a. Het doel van doorbraakprojecten
2	2.b. De doorbraakmethode nader beschouwd
4	3. Doorbraakprojecten Diabetes
4	3.a. Organisatie
4	3.b. Doelstellingen
4	3.c. Resultaten
5	3.d. Vervolgtrajecten
6	4. Doorbraakproject Harfalen
6	4.a. Organisatie
6	4.b. Doelstellingen
6	4.c. Resultaten
7	4.d. Vervolgtrajecten
8	5. Doorbraakproject Mammacarcinoom en Kostenstudie
8	5.a. Algemeen
8	5.b. Organisatie
8	5.c. Doelstellingen
9	5.d. Resultaten doorbraakproject
10	5.e. Resultaten kosten-batenstudie
11	5.f. Vervolgtrajecten
13	6. Resultaten Doorbraakprojecten Depressie
13	6.a. Organisatie
13	6.b. Doelstellingen
13	6.c. Werkwijze
14	6.d. Resultaten
14	6.e. Vervolgtrajecten
16	7. Beschouwing
16	7.a. Realisatie doelen
16	7.b. Aandachtspunten
17	7.c. Conclusies

Bijlage(n)

1. Hoofdstuk 4 "Terugblik", rapport Doorbraakproject Diabetes. CBO, Utrecht, april 2006
2. Hoofdstuk 4 "Terugblik", rapport Doorbraakprojecten Hartfalen.

CBO, Utrecht, april 2006

3. Hoofdstuk 4 "Evaluatie", rapport Doorbraakproject Mammacarcinoom 2. CBO, Utrecht, juli 2006
4. Samenvatting rapport Kosten en baten zorgvernieuwing. SEO, Amsterdam, juli 2006
5. Samenvatting rapport Doorbraakproject Depressie. Trimbos-instituut, Utrecht, juni 2006

Samenvatting

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in 2003 het programma *Zorgverbetering en doelmatigheid* geïnitieerd. Het doel van het programma was om verbeteringen in de kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg te stimuleren. In het kader van dit programma zijn in 2006 de volgende doorbraakprojecten afgerond: Diabetes, Hartfalen, Mammacarcinoom en Depressie. Tevens is een kosten-batenstudie naar de financiële effecten van zorgvernieuwing gedaan.

De doorbraakmethode houdt in het werken met meetbare doelstellingen en het implementeren van verbeteringen in het primaire proces van zorgverlening. Het is een aanpak waarbij multidisciplinaire teams van zorgverleners aantoonbare verbeteringen in de zorg realiseren door het toepassen van bestaande kennis (uit richtlijnen), 'best practices' en eigen ideeën.

De resultaten van de doorbraakprojecten laten zich als volgt samenvatten: de projecten Hartfalen, Depressie en Mammacarcinoom hebben tot duidelijke verbeteringen in de zorg voor patiënten geleid. Voor deze projecten is ook een vervolgtrajec ingezet. Het doorbraakproject Diabetes is te ruim van opzet geweest. Hier zijn enkele kleine successen behaald.

De kosten-batenstudie, uitgevoerd bij twee ziekenhuizen die deelnamen aan het project Mammacarcinoom, laat zien dat onder de functiegerichte budgettering het ziekenhuis en de chirurg niet profiteren van de efficiëntere organisatie van de zorg. Dit is geen stimulans om te innoveren. Onder de DBC-systematiek komt naar voren dat efficiëntere organisatie soms kosten bespaart en soms om meer investeringen vraagt. Voor de patiënt betekent het doorbraakproject Mammacarcinoom een overduidelijke baat als gevolg van kortere wachttijden en minder operaties.

Voorwoord

- Invoering Zvw*** Per 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd. In tegenstelling tot de Ziekenfondswet worden in de Zvw de zorgaanspraken functiegericht omschreven. Een functiegerichte aanspraak is een aanspraak die de aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg omschrijft, maar niet bepaalt door wie en hoe die zorg wordt verleend. De bedoeling van deze manier van omschrijven is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte hebben om doelmatige zorg op maat te leveren.
- Veranderde rol CVZ*** Het bevorderen van *daadwerkelijke toepassing* van innovaties is vooral een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders zelf. Zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties kunnen daarbij een aanmoedigende rol spelen. Onder de Zvw heeft het CVZ hierin niet langer een centrale, stimulerende rol.
- Zorgveld moet doorgaan met initiëren en implementeren van innovaties en zorgverbeteringen*** Het CVZ wil de bevindingen van de beëindigde doorbraakprojecten en van de kostenstudie onder de aandacht brengen bij de partijen in het zorgveld, het ministerie en andere belangstellenden. Zo hoopt het CVZ zorgaanbieders en zorgverzekeraars te stimuleren verder te gaan met het initiëren en implementeren van innovaties en zorgverbeteringen. In het verlengde hiervan vraagt het CVZ aandacht voor het nog lopende programma "Sneller Beter"¹.

¹ Dit programma is onder auspiciën van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in 2003 van start gegaan. Het programma heeft als doel een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. De thema's die in het programma centraal staan, zijn logistiek, veiligheid, rekenschap en transparantie, en ICT en innovatie.

1. Inleiding

Programma Zorgverbetering en doelmatigheid	Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft in 2003 het programma <i>Zorgverbetering en doelmatigheid</i> geïnitieerd. Het doel van het programma was om verbeteringen in de kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg te stimuleren. In het kader van dit programma zijn zes doorbraakprojecten gestart: Diabetes, Hartfalen, Mammacarcinoom, Depressie, Schizofrenie en Werken zonder wachtlijst.
Zes doorbraak- projecten, één kostenstudie	Zorgverzekeraars en zorgaanbieders financierden gezamenlijk het grootste deel van de uitvoering van een doorbraakproject. Het CVZ heeft 15 tot 25 procent van de uitvoeringskosten gefinancierd. Bovendien is in het kader van het programma de kostenstudie 'Kosten en baten van zorgvernieuwing' uitgevoerd. Deze kosten-batenanalyse is geheel door het CVZ gefinancierd.
Resultaten 2004 en 2005	In een eerder verschenen rapport " <i>Signalement programma zorgverbetering en doelmatigheid</i> " ² zijn de opzet en de resultaten van het totale programma Zorgverbetering en doelmatigheid tot en met 2004 beschreven. Daarin staan ook de ontwikkelde 'best practices' voor elk van de doorbraakprojecten beschreven. In 2005 is het doorbraakproject Werken zonder wachtlijst afgerond. De resultaten van dat project zijn beschreven in het " <i>Signalement werken zonder wachtlijst</i> " ³ .
Resultaten 2006	De doorbraakprojecten Hartfalen, Diabetes, Depressie en Mammacarcinoom zijn in 2006 afgerond. De resultaten van de studie 'Kosten en baten van zorgvernieuwing' zijn tegelijkertijd beschikbaar gekomen. Dit rapport geeft een kort overzicht van alle resultaten. De resultaten van het project Schizofrenie zullen in juli 2007 voorhanden zijn.
Leeswijzer	Dit rapport beschrijft in hoofdstuk 2 kort het doel van de doorbraakprojecten en wat de doorbraakmethode inhoudt. In de hoofdstukken 3 t/m 6 zijn per project de doelen en de resultaten beschreven. Hoofdstuk 7 bevat een beschouwing over de realisatie van alle projecten en de conclusies die hieruit getrokken kunnen worden. In de bijlagen is per project een korte evaluatie van het project opgenomen, afkomstig uit de eindrapportages van de specifieke projecten.

² Signalement programma zorgverbetering en doelmatigheid, CVZ, februari 2005, 211/05

³ Signalement werken zonder wachtlijst, CVZ, maart 2005, 215

2. De Doorbraakmethode

2.a. Het doel van doorbraakprojecten

Daadwerkelijke verbeteringen in de zorg bewerkstelligen Het CVZ wilde met het programma “*Zorgverbetering en doelmatigheid*” een stimulans aanbieden voor aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om daadwerkelijke verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen. In het programma zijn verbeterprojecten, zogenaamde ‘doorbraakprojecten’, uitgevoerd door zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk. Een doorbraakproject kende in principe een doorlooptijd van 1 jaar.

Kosten en baten van deelname doorbraakproject Een nevendoel van de doorbraakprojecten was om de effecten in de vorm van kosten en baten in beeld te brengen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, die deelnemen in het project. Al zijn de resultaten van een doorbraakproject positief voor de patiëntenzorg, wanneer het saldo van kosten en baten negatief uitvalt voor zorgverlener en/of ziekenhuis, kan dat een belemmering vormen voor het implementeren van de nieuwe, gewenste, werkwijze in ruimer verband.

2.b. De doorbraakmethode nader beschouwd

Meetbare doelstellingen De doorbraakmethode houdt in het werken met duidelijk meetbare doelstellingen en het werkendewijs implementeren van verbeteringen in het behandelproces. Het primaire proces van zorgverlening staat centraal. Het is een aanpak waarbij multidisciplinaire teams van zorgverleners, in een tijdelijk samenwerkingsverband, aantoonbare verbeteringen in de zorg realiseren door het toepassen van bestaande kennis (uit richtlijnen), best practices en eigen ideeën.

Aantoonbare verbeteringen In elk doorbraakproject worden eerst meetbare doelstellingen (“SMART-doelstellingen”⁴) geoperationaliseerd. Door metingen aan de hand van, door de deelnemers vast te stellen, indicatoren worden verbeteringen zichtbaar gemaakt.

Begeleiding De deelnemende teams krijgen feedback op de opzet en de voortgang van het eigen project van een externe adviseur van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) of het Trimbos-instituut, het landelijk kenniscentrum voor de geestelijke gezondheidszorg.

Projectbijeenkomsten Ieder doorbraakproject begint met een startbijeenkomst voor de deelnemende teams. In die bijeenkomst wordt uitleg over de doelstellingen en de werkwijze gegeven. Tijdens een

⁴ Het formuleren van ‘SMART-doelstellingen’ wordt gedaan op basis van de NOLAN-methode. De NOLAN-methode omvat het stellen van drie vragen (wat willen we bereiken?, hoe weten we dat een verandering een verbetering is?, welke veranderingen leiden tot een verbetering) en het toepassen van de PDSA-cyclus (Plan, Do, Study, Act).

project worden voor de teams drie tot vier werkconferenties georganiseerd. Daarnaast worden er projectleiderbijeenkomsten geregeld voor de leiding van de teams en vaak een slotconferentie.

3. Doorbraakprojecten Diabetes

3.a. Organisatie

Begeleiding CBO

Het doorbraakproject Diabetes is gestart medio 2003 en in maart 2006 afgerond. Dit doorbraakproject is begeleid door het CBO. In bijlage 1 is het hoofdstuk 4 "Terugblik" uit de eindrapportage van het CBO opgenomen.

Deelname

Het doorbraakproject is door zeven teams verdeeld over zes landelijke regio's uitgevoerd. Een team was transmuraal van opzet en bestond uit minimaal een internist, een huisarts en een diabetesverpleegkundige. Bij één project lukte het niet de huisartsen erbij te betrekken.

3.b. Doelstellingen

Algemene doelstellingen

Het doel van het doorbraakproject Diabetes was om de transmurale zorg voor patiënten met diabetes mellitus type II te verbeteren. De drie concrete doelstellingen van het project waren:

1. Het realiseren van een registratie voor feedback, rapportage en monitoring. Hierbij ging het om het realiseren van adequate Informatie- en communicatie-technologie als dit in de regio (nog) niet voldoende voorhanden was;
2. Het in elke regio bevorderen van meer volgens standaarden en richtlijnen samenwerken van professionals, zonder dat er vanuit het doorbraakproject een voorkeursmodel was;
3. Het bevorderen dat patiënten eigen verantwoordelijkheid kunnen en willen nemen voor de behandeling van hun ziekte ("Patiënt-empowerment").

Doelstellingen per team

Elk team formuleerde op basis van de algemene doelstellingen zijn eigen doelstellingen. Aan het eind van het project ging elk team na in hoeverre de eigen doelstellingen behaald waren.

3.c. Resultaten

Diversiteit van subdoelstellingen

Achteraf bleken de algemene doelstellingen te weinig concreet en onvoldoende afgebakend⁵ om tot meetbare resultaten te leiden.

De teams hebben ieder de drie algemene doelstellingen vertaald in eigen doelstellingen. Dit leverde een diversiteit aan subdoelstellingen op. De teams konden hierdoor tijdens de werkconferenties onderling weinig ervaringen uitwisselen. Achteraf bleek ook de omvang van een specifiek project vaak te groot. Dat wat men wilde bereiken, was niet haalbaar

⁵ De oorzaak daarvan is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat dit doorbraakproject het eerste project binnen het programma was en er nog weinig ervaring was opgedaan.

binnen de gestelde termijn.

Kleine successen Per team zijn er wel (kleine) successen behaald. Elk van de teams heeft de dialoog tussen de verschillende disciplines op gang gebracht. Dit heeft vaak geleid tot (verbeterde) werkafspraken tussen huisarts, praktijkondersteuner, diabetesverpleegkundige en internist, en soms ook met diëtist, podoloog, psycholoog en verpleegarts in het werkgebied van de huisarts.

Verwijzen conform NHG-richtlijn Bij alle teams is het verwijzen conform de Diabetes richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) verbeterd.

3.d. Vervolgtrajecten

Voorzetting halen ingezette doelstellingen Alle teams geven aan dat de ingezette weg voortgezet wordt. Eén team geeft aan dat er een diabetes zorggroep gevormd is die zich inschrijft voor het programma Diabetes-Ketenzorg van de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw)

Geen vervolgtraject bij CBO Het doorbraakproject Diabetes was te groot opgezet. Het CBO heeft besloten op grond van de ervaringen uit het eerste doorbraakproject en de nog steeds bestaande onduidelijkheden over de financiering van transmurale diabeteszorg geen vervolgtraject te starten.

Vervolg via Programma Diabetes ketenzorg In juni 2005 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan ZonMw verzocht een programma Diabetes-Ketenzorg op te zetten, waarin veldpartijen (vooral uit de eerstelijns) gestimuleerd en ondersteund worden bij het samenstellen van multidisciplinaire diabetes zorggroepen. Ondertussen heeft dit geleid tot de ontwikkeling van de keten-Diagnose Behandel Combinatie (DBC) Diabetes.

4. Doorbraakproject Harfalen

4.a. Organisatie

Begeleiding CBO Het Doorbraakproject Harfalen is in december 2005 afgerond. Het CBO begeleidde ook dit doorbraakproject. In bijlage 2 staat het hoofdstuk 4 "Terugblik" uit de eindrapportage van het CBO.

Deelname In juni 2004 zijn zeven multidisciplinaire teams uit zeven ziekenhuizen, verspreid over Nederland, gestart met een project op het gebied van zorg voor hartfalenpatiënten.

4.b. Doelstellingen

Algemene doelstelling Het doel van het doorbraakproject Harfalen was om de zorg voor patiënten met chronisch hartfalen beter te structureren. Het streven naar verbeteringen in de organisatie van deze zorg binnen ziekenhuizen, maar ook tussen ziekenhuis en huisarts, stond centraal.

Doelstellingen per team De zeven teams hebben zich gericht op één of meerdere doelstellingen om de zorg voor hartfalenpatiënten te verbeteren. Zij kozen uit de volgende doelstellingen:

1. Het opzetten en goed organiseren van een hartfalenpolikliniek (één ziekenhuis);
2. Het verbeteren van de organisatie van de diagnostiek voor huisartsen en het verbeteren van het verwijsgedrag van huisartsen (drie ziekenhuizen);
3. Het doseren van optimale medicatie voor hartfalenpatiënten (twee ziekenhuizen);
4. Het verbeteren van de thuisbegeleiding van patiënten / terminale zorg (twee ziekenhuizen);
5. Betere voorlichting aan patiënten (één ziekenhuis);
6. Het verbeteren van de (digitale) communicatie met de huisartsen (één ziekenhuis);
7. Het verbeteren van de logistiek bij implantatie pacemaker (één ziekenhuis).

Elk team formuleerde vervolgens zijn eigen 'SMART-doelstellingen'. Aan het eind van het project heeft ieder team gekeken in hoeverre de eigen doelstellingen behaald waren.

4.c. Resultaten

Vijf doelstellingen behaald De individuele projecten zijn verschillend in resultaat. Wanneer de resultaten gegroepeerd worden naar de bovengenoemde doelstellingen, ontstaat het volgende beeld: De doelstellingen 1, 3, 4, 5 en 7 zijn behaald. De resultaten zijn toepasbaar. Het ontwikkelde protocol voor terminale zorg aan hartfalenpatiënten is ondertussen voor deel achterhaald door de algemene richtlijn palliatieve sedatie van de

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst van 2005.

Twee doelstellingen deels behaald

Doelstelling 2 is door twee ziekenhuizen gerealiseerd. De huisartsen werkzaam in het gebied van die ziekenhuizen, verwijzen meer patiënten (terecht) naar de hartfalenpoli. Het derde ziekenhuis behaalde juist een tegenovergesteld resultaat: het opzetten van een speciaal spreekuur waar de door de huisarts verwezen patiënten terecht konden, resulteerde juist in minder verwijzingen van huisartsen. Doelstelling 6 is gedeeltelijk gerealiseerd. Hoewel het doorbraakproject afgelopen is, loopt dit onderdeel bij het betreffende ziekenhuis door. Men verwacht eind 2006 de doelstelling te realiseren.

Afgebakende doelstelling geeft resultaat

Uit het bovenstaande blijkt dat de projecten met heldere meer afgebakende doelstellingen het meest duidelijke resultaat behalen. Dit zijn de projecten geweest die zich richten op het programmatisch handelen van professionals: optimalisering van medicatie voor patiënten en thuisbegeleiding van terminale zorg. De projecten die zich richten op transmurale zorg (bijvoorbeeld die behoren bij de doelstelling organisatie diagnostiek voor en verwijsgedrag van huisartsen) zijn gedeeltelijk geslaagd.

4.d. Vervolgtrajecten

Voorzetting halen doelstellingen door teams

De teams geven aan door te gaan met de doelen die zij zich gesteld hebben, of ze hebben nieuwe vervolg-doelstellingen geformuleerd.

Vervolg in doorbraakproject Hartfalenpoli

Het doorbraakproject Hartfalen heeft een vervolg gekregen in het doorbraakproject Hartfalenpoli. Bij dit nieuwe project gaat het om het verbeteren van de zorg binnen het ziekenhuis. De financiering van het nieuwe project ligt geheel bij de ziekenhuizen.

Vervolg door CBO

Daarnaast gaat het CBO een expertmeeting organiseren. Tijdens de expertmeeting wordt nagegaan of het zinvol is om een project te starten waarin het verbeteren van de diagnostiek van hartfalen door huisartsen centraal staat.

Bij beide vervolgtrajecten is aangegeven dat de resultaten en ervaringen van de teams uit het doorbraakproject Hartfalen worden meegenomen.

5. Doorbraakproject Mammacarcinoom en Kostenstudie

5.a. Algemeen

Twee ronden

Het doorbraakproject Mammacarcinoom heeft in twee ronden plaatsgevonden. De eerste ronde, Mammacarcinoom 1, liep van april 2004 tot eind juni 2005. Vooraf was er vanuit de ziekenhuizen grote belangstelling voor deelname aan dit project. Toen het project succesvol bleek, is besloten tot het organiseren van een tweede ronde, Mammacarcinoom 2. De tweede ronde startte in oktober 2004 en is in november 2005 beëindigd.

Kosten- en batenstudie

Wanneer een doorbraakproject succesvol blijkt, rijst vervolgens de vraag of een doorbraakproject per saldo leidt tot kosten of opbrengsten voor de deelnemende zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om een dergelijk inzicht te verkrijgen heeft het CVZ aan SEO Economisch Onderzoek (SEO) gevraagd een kosten- en batenberekening uit te voeren bij twee verbetertrajecten, Mammacarcinoom en Diabetes. Uiteindelijk is het alleen voor het doorbraakproject Mammacarcinoom gelukt om twee zorgaanbieders te vinden waarbij een dergelijke analyse goed was uit te voeren.

5.b. Organisatie

Begeleiding door CBO en VIKC

De begeleiding van het doorbraakproject lag bij het CBO en de Integrale Kankercentra (VIKC). Bijlage 3 bevat het hoofdstuk "Evaluatie" van het eindrapport van het CBO.

Dataverzameling kostenstudie door SEO

De gegevens die nodig waren voor de kostenstudie zijn door SEO verzameld en bewerkt. In bijlage 4 is de samenvatting uit het rapport van SEO opgenomen.

Deelname doorbraakproject

Landelijk hebben twintig ziekenhuizen deelgenomen aan het doorbraakproject⁶. Elk team was multidisciplinair samengesteld.

Deelname kosten-baten studie

Twee ziekenhuizen hebben gegevens beschikbaar gesteld voor het uitvoeren van de kostenstudie.

5.c. Doelstellingen

Doelstellingen doorbraakproject

Het doel van het doorbraakproject Mammacarcinoom was om de 'best practices' op het gebied van de eerste fase van het zorgproces voor de patiënt met (verdenking van) een mammacarcinoom breder in de ziekenhuizen in te voeren.

⁶ Aan mammacarcinoom 1 deden twaalf ziekenhuizen mee. Aan mammacarcinoom 2 namen acht ziekenhuizen deel.

De vier centrale doelstellingen van het project waren:

1. Versnelling van de triple diagnostiek⁷ (tot maximaal zeven dagen), inclusief snellere toegang tot de polikliniek (tot maximaal vier dagen)
2. Verkorting van de toegangstijd voor de operatie (tot maximaal drie weken na uitslag diagnostiek)
3. Vermindering van de operatielast, door afname van - achteraf gezien - onnodige borstoperaties
4. Starten met preoperatieve multidisciplinaire besprekingen.

Daarnaast was 'patiëntgericht werken' een onderdeel van alle bovenstaande doelstellingen.

Doelstelling kosten-batenstudie De kosten-batenstudie geeft antwoord op de vraag of het doorbraakproject Mammacarcinoom bij twee ziekenhuizen per saldo heeft geleid tot kosten of opbrengsten voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

5.d. Resultaten doorbraakproject

Nulmeting lokale mammazorg Bij de start van de projecten deden alle teams een nulmeting waardoor de lokale mammazorg in beeld werd gebracht. De nulmeting omvat gegevens als aantal nieuwe patiënten met verdenking van een mammacarcinoom, aantal operaties en doorlooptijden. Hierdoor waren achteraf de ziekenhuizen met elkaar te vergelijken en was het halen van de doelstellingen vast te stellen.

Doorbraakproject succesvol Het doorbraakproject is zeer succesvol. Deelname aan een mammacareproject leidt tot betere zorg voor zowel patiënten met borstkanker als voor patiënten met goedaardige tumoren.

Algemene resultaten De volgende algemene resultaten zijn behaald:

- alle teams geven aan dat de multidisciplinaire samenwerking binnen het ziekenhuis is verbeterd;
- alle ziekenhuizen hebben een mammacareverpleegkundige aangesteld;
- bij de eindmeting krijgt 80 procent van de patiënten een preoperatief gesprek met de verpleegkundige. De patiënten ervaren dit laatste als zeer positief.

Resultaten bij de verschillende teams De ziekenhuizen hebben allen verbeteringen op de vier doelstellingen gerealiseerd. Bij de eindmeting voldoen zeventien ziekenhuizen aan de norm voor triple-diagnostiek en laten veertien ziekenhuizen een daling zien in de toegangstijd tot de polikliniek.

Doelstelling 1 en 2 Ieder ziekenhuis voldoet nu aan de gestelde norm voor de toegangstijd voor de operatie. De gemiddelde toegangstijd is afgenomen tot zestien dagen.

⁷ Triple diagnostiek omvat lichamelijk onderzoek, beeld- en punctiediagnostiek.

Doelstelling 3	<p>Bij zestien deelnemende ziekenhuizen is het aantal onzekere preoperatieve diagnoses gedaald tot het acceptabele niveau van nul tot tien procent. Men schrijft deze daling toe aan de invoering van het Multidisciplinair Overleg (MDO). Ook is het aantal diagnostische ingrepen bij goedaardige tumoren gemeten. Dit zijn de operaties die, achteraf gezien, onnodig waren. Bij veertien van de twintig ziekenhuizen is dit percentage gedaald of gelijk gebleven.</p> <p>Een heroperatie is nodig als na de operatie uit pathologisch onderzoek blijkt dat de tumor niet volledig verwijderd is. Bij de meeste ziekenhuizen was de situatie bij de eindmeting sterk verbeterd.</p> <p>Kortom bij alle ziekenhuizen is het aantal onnodige operaties gedaald.</p>
Doelstelling 4	<p>Alle ziekenhuizen hebben een preoperatief overleg, het MDO, ingevoerd. Aan het MDO nemen een chirurg, een radioloog, meestal een patholoog en een mammacareverpleegkundige deel. Het aantal besproken patiënten is in alle ziekenhuizen toegenomen. De invoering van het MDO heeft bijgedragen aan de daling van het aantal onzekere preoperatieve diagnoses en heeft een positieve invloed gehad op de onderlinge samenwerking.</p>
	5.e. Resultaten kosten-batenstudie
Aanpak kosten/ baten studie	<p>SEO heeft eerst de reikwijdte van de kosten-batenanalyse bepaald. Vervolgens zijn de categorieën voor de meeteenheden vastgesteld voor het ziekenhuis, de chirurg en de verzekeraar. De structurele situatie ná de doorbraak is vergeleken met de situatie vóór de doorbraak. Er zijn twee berekeningen uitgevoerd. De eerste berekening omvatte een kosten-batenanalyse onder de functiegerichte budgettering (FB-systematiek). De tweede berekening gaat uit van de toekomstige DBC-bekostiging (DBC-systematiek).</p>
Uitgangssituatie deelnemende ziekenhuizen verschillend	<p>De twee deelnemende ziekenhuizen hadden ieder een andere uitgangssituatie voor het bereiken van de centrale doelstellingen. Bij het ene ziekenhuis was de eerste doelstelling uit het doorbraakproject (versnelling van de triple diagnostiek) al de dagelijkse praktijk. Bij het andere ziekenhuis waren alle vier doelstellingen al (bijna) bereikt. Men wilde daar de interne organisatie verder stroomlijnen en de kwaliteit van de zorg verbeteren.</p>
Resultaten bij FB financiering en DBC financiering per ziekenhuis	<p>Bij het eerste ziekenhuis bleek dat onder de FB-systematiek noch het ziekenhuis, noch de chirurg profiteert van de efficiencywinst (minder operaties nodig), terwijl de zorgverzekeraar wel voordeel heeft van de resultaten van het doorbraakproject. Dit komt omdat het ziekenhuis minder verrichtingen (operatieve ingrepen) kan declareren. Onder de</p>

DBC-systematiek komt het voordeel van een efficiënte mammazorg wel terecht bij het ziekenhuis en de chirurg. Bij gelijkblijvende prijzen en gelijkblijvende instroom ondervindt de verzekeraar geen effect. SEO verwacht dat bij vrije prijsvorming in deze situatie de DBC-tarieven omlaag gaan als gevolg van de efficiencywinst en dat in dat geval de zorgverzekeraar ook voordeel heeft.

Bij het tweede ziekenhuis leiden de resultaten van het doorbraakproject tot een kostenstijging (meer en betere diagnostiek) en een inkomstendaling (minder declareerbare ingrepen) voor het ziekenhuis en de chirurg onder de FB-systematiek. Wanneer men overgaat op de DBC-systematiek wordt het nadeel voor het ziekenhuis en de chirurg kleiner. Bij DBC-bekostiging blijven de opbrengsten voor en na het project gelijk. SEO verwacht dat bij vrije prijsvorming in deze situatie de DBC-tarieven omhoog gaan, als gevolg van de kwaliteitstoename.

Conclusies kosten-batenanalyse

Omdat de twee ziekenhuizen een verschillende uitgangspositie hadden, verschillen de kosten en baten tussen ziekenhuizen bij voorbaat. Toch heeft SEO geprobeerd conclusies te trekken over de generaliseerbaarheid van de resultaten van de kosten-batenanalyse.

SEO concludeert:

- het saldo van kosten en opbrengsten voor ziekenhuis en chirurg komt in de FB-systematiek negatief uit doordat de daling van de inkomsten vrijwel zeker groter is dan een eventuele daling van de kosten.
- Het saldo van kosten en opbrengsten onder de DBC-systematiek kan positief of negatief zijn. Het resultaat is afhankelijk van de uitgangssituatie in het ziekenhuis.

5.f. Vervolgtrajecten

Werken met 'flow chart'

Alle teams hebben aangegeven door te gaan met het registreren van indicatoren voor de mammazorg. Daarnaast hebben de teams werkafspraken vertaald in protocollen. Het ideale zorgproces is uitgewerkt in procesregels en een 'flow chart'.

Projectplan "Mammazorg steeds beter"

Aan de 'niet-doorbraak ziekenhuizen' is door het VIKC het aanbod gedaan hen te begeleiden in het traject van verbetering van mammazorg. Het VIKC heeft daarvoor het projectplan "Mammazorg steeds beter" opgesteld. Door het verspreiden van de opgedane ervaringen in de doorbraakprojecten via de netwerkstructuur van de IKC's hoopt men de mammazorg verder te optimaliseren. Aan de leden van het doorbraakproject is gevraagd om input te geven voor de herziening van de evidence-based richtlijn 'screening & diagnostiek van het mammacarcinoom'. De daarnaast bestaande richtlijn 'behandeling van het

mammacarcinoom' wordt jaarlijks aangepast. In 2007 worden beide richtlijnen samengevoegd.

***Programma
"Kiezen in Zorg"***

Een ander initiatief is het ontwikkelen van indicatoren voor het behandelen van mammacarcinoom. Binnen het programma "Kiezen in Zorg" van ZonMw worden (externe) indicatoren voor de DBC-mammacarcinoom ontwikkeld, gericht op patiëntveiligheid en effectiviteit. Hierin worden de ervaringen van de doorbraakprojecten meegenomen.

6. Resultaten Doorbraakprojecten Depressie

6.a. Organisatie

Begeleiding door CBO en Trimbos

Het doorbraakproject Depressie is in juni 2006 afgerond. Het CBO samen met het Trimbos-instituut heeft dit doorbraakproject begeleid. Bijlage 5 geeft de samenvatting uit de eindrapportage van het Trimbos-instituut.

Deelname

Aan het doorbraakproject namen landelijk tien teams deel. Elk team bestond uit hulpverleners uit de eerstelijns en medewerkers van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg.

6.b. Doelstellingen

Centrale doelstellingen

Het doel van het doorbraakproject Depressie was om het implementeren van de multidisciplinaire richtlijn depressie te bevorderen. De twee centrale doelstellingen van het project waren:

1. Het terugdringen van overbehandeling van volwassenen met een niet-ernstige depressie.
2. Het terugdringen van de onderbehandeling van volwassenen met een ernstige depressie, onder andere door het verkorten van de wachtlijsten voor therapie.

Voor dit project is het model *stepped care depressiezorg*⁸ ontwikkeld. Door het toepassen van dit model moesten de doelstellingen bereikt worden.

6.c. Werkwijze

Ontwikkelen van indicatoren

Het Trimbos-instituut ontwierp een excelbestand waarin gegevens van de patiënten geregistreerd werden. Met behulp van deze gegevens zijn indicatoren berekend waarmee het behalen van de centrale doelstellingen is af te leiden.

Model 'stepped care depressiezorg'

Met behulp van het model "*stepped care depressiezorg*" hebben de huisartsen onderscheid gemaakt tussen patiënten met ernstige en niet-ernstige depressie. Aan de hand van deze indeling indiceren huisartsen het bijpassende niveau van behandeling. Geprobeerd is om maandelijks met een zelf-invul

BDI vragenlijst

vragenlijst, de Beck Depression Inventory (BDI), bij te houden of de depressieve klachten van een patiënt toe- of afnamen, te

⁸ Een expertteam heeft eerst het model *stepped care behandeling* vertaald in een model voor *stepped care depressiezorg*.

Het model *stepped care behandeling* komt er op neer dat de behandelaar, in samenspraak met de patiënt, kiest voor de lichtste vorm van behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is. Patiënt en behandelaar evalueren continu het ziekteverloop en de behandeling en stappen bij onvoldoende resultaat over op een meer intensieve interventie. Bij de vertaling naar model *stepped care depressiezorg* is als aanvulling toegevoegd een criterium waarmee onderscheid tussen ernstige en niet-ernstige depressies is te maken.

beginnen op het moment van het stellen van de diagnose. Bij een score van tien of lager op de BDI werden patiënten als hersteld of in remissie beschouwd. Bij een halvering van de BDI-score ten opzichte van de uitgangssituatie was er sprake van 'respons op de behandeling'.

In totaal zijn door negen teams gegevens over 310 patiënten in de doorbraakregistraties vastgelegd.

6.d. Resultaten

Verbeterde zorg voor niet-ernstige depressieve patiënten

Negen teams hebben verbeteringen in de depressiezorg gerealiseerd. De belangrijkste verbeteringen in de zorg betroffen bij deze teams de diagnostiek en behandeling van depressie door de huisarts. Het percentage patiënten met niet-ernstige depressie dat antidepressiva als eerste behandeling voorgeschreven kreeg, nam af van 61 procent naar 11 procent, en het gebruik van minimale interventies⁹ bij deze groep steeg van 33 procent naar 88 procent. Daarmee is de eerste centrale doelstelling behaald.

Concreet betekent dit: de zorg van de huisarts voor patiënten met een niet-ernstige depressie is verbeterd door het toepassen van het stappenplan.

Hardnekkige wachtlijsten 2^e lijn voor therapie

De tweede centrale doelstelling is niet behaald, vooral door het hardnekkig blijven bestaan van wachttijden voor therapie binnen de tweede lijn. Wel konden de patiënten sneller bij de tweede lijn terecht voor diagnostiek.

Verbeterde samenwerking 1^e en 2^e lijn

Binnen de teams is de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns wel duidelijk verbeterd, wat zich vertaalde in het implementeren van effectieve methoden van minimale interventies binnen de huisartsenpraktijk door hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het gebruik van minimale interventies heeft een bijdrage geleverd aan het behalen van de eerste doelstelling.

6.e. Vervolgtrajecten

Verspreiding model

Elk team heeft een plan opgesteld om de resultaten van hun doorbraakproject te verankeren en te verspreiden. Vooral het bekend maken van de aanpak "stepped care depressiezorg", inclusief het gebruik van de BDI, bij huisartsen in de regio is daarbij een streven.

Verbetering depressiezorg binnen GGZ

Daarnaast zijn er plannen om in de GGZ te werken aan het verbeteren van de depressiezorg en het terugdringen van de wachttijden voor psychotherapie.

⁹ Volgens de Richtlijn Depressie zijn minimale interventies (zoals zelfhulpcurssussen, gesprekken met verpleegkundigen, maar ook het twee keer per week hardlopen) even effectief als het gebruik van antidepressiva voor mensen met niet-ernstige klachten.

***Vervolg in
doorbraak project
Depressie 2***

Het doorbraakproject Depressie is vooral binnen de eerste lijnszorg een succes geweest.

Het doorbraakproject krijgt een vervolg met doorbraakproject Depressie 2, wat zich richt op:

- diagnostiek en vroege behandeling bij volwassenen,
- diagnostiek en vroege behandeling bij ouderen,
- het gebruik van antidepressiva,
- de logistiek van de depressieketen.

De Stichting Centraal Fonds Reserves Voormalige Vrijwillige Ziekenfondsverzekeringen financiert het vervolgproject. De begeleiding doet het Trimbos-instituut.

7. Beschouwing

<i>Bij Hartfalen, Depressie en Mammacarcinoom duidelijke verbeteringen</i>	<i>7.a. Realisatie doelen</i> <p>De doorbraakprojecten Hartfalen, Depressie en Mammacarcinoom hebben tot duidelijke verbeteringen geleid. Voor al deze doorbraakprojecten is ook een vervolgtraject ingezet. Het oorspronkelijke doel om daadwerkelijke verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen is op deze zorgterreinen bereikt. Het doorbraakproject Diabetes is te ruim van opzet geweest en heeft slechts kleine successen kunnen boeken.</p>
<i>Invloed systematiek van financiering</i>	<p>Wanneer we kosten-baten analyse Mammacarcinoom in beschouwing nemen, valt het op dat de systematiek van financiering zijn stempel drukt op de uitkomsten. Onder de functiegerichte budgettering profiteren het ziekenhuis en de chirurg niet van de efficiëntere organisatie. Dit is geen stimulans om te innoveren. Onder de DBC-systematiek komt naar voren dat efficiëntere organisatie soms kosten bespaart en soms om meer investeringen vraagt. Voor de patiënt betekent het doorbraakproject Mammacarcinoom een overduidelijke baat als gevolg van kortere wachttijden en minder operaties.</p>
<i>Aandachtspunten projecten</i>	<i>7.b. Aandachtspunten</i> <p>Bij uitvoeren van doorbraakprojecten moet men aandacht geven aan de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none">- Heldere afgebakende doelstellingen voor een project bevorderen de vergelijkbaarheid van de resultaten van de deelnemende teams.- Voor de samenwerking tussen de teams binnen een project is het van belang dat de uitgangspositie bij de start van het project dezelfde is.- De meerwaarde van de werkconferenties en projectleiderbijeenkomsten is groter als alle teams binnen een project aan dezelfde doelstellingen werken.- Het samenwerken tussen zorgverleners uit diverse disciplines vergt inzet en enthousiasme van die zorgverleners.- Het beschikbaar stellen van geld alleen is niet voldoende om zorgverbeteringen door te voeren.
<i>Knelpunten kosten-baten analyse</i>	<p>De kosten-batenanalyse Mammacarcinoom laat zien dat het moeilijk is om meetbare eenheden vast te stellen om berekeningen mee te maken. Daarnaast is het verkrijgen van financiële gegevens van zorgaanbieders lastig. De kosten-batenstudie kon slechts bij twee van de twintig deelnemende ziekenhuizen uitgevoerd worden.</p>

7.c. Conclusies

Uit de beschrijvingen van de resultaten van de doorbraakprojecten en de kosten-batenstudie zijn de volgende conclusies te trekken:

- Een doorbraakproject moet een duidelijk omschreven doel voor ogen hebben.
- De te behalen doelstellingen moet concreet, realiseerbaar en meetbaar zijn.
- Behaalde resultaten van een doorbraakproject zijn meestal goed voor de patiënt.
- Alleen doorbraakprojecten waarbij het behalen van een doel te vertalen is in duidelijke meeteenheden, kan onderwerp zijn van een kosten-batenanalyse.
- Een kosten-batenanalyse kan inzicht geven of een doorbraakproject naast verbeterde zorg ook een financiële prikkel oplevert om de resultaten breder / landelijk te implementeren.
- De kosten-batenstudie mammacarcinoom laat zien dat financiering volgens de DBC-systematiek meer prikkels voor het ontwikkelen van zorginnovaties afgeeft, dan de FB bekostiging.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

HOOFDSTUK 4 Terugblik

Gedurende het project is regelmatig geëvalueerd tijdens de werkconferenties, daarnaast zijn uit gesprekken met de teams nog verschillende suggesties gekomen. Aan het eind van het project hebben de projectleiders van de regio's een schriftelijke evaluatievragenlijst ingevuld. De resultaten van deze evaluatie zijn tijdens een projectleidersbijeenkomst in januari 2006 met de projectleiders besproken. Aan het eind van het project is telefonisch contact geweest met de projectleiders van de teams en is hen gevraagd naar hun mening over het project.

In bijlage VI is de uitwerking van de evaluatie weergegeven. Uit de hele evaluatie van het project kunnen een aantal algemene leerpunten gedestilleerd worden:

- Te breed. Aan het begin van het project is gekozen voor een driedeling qua onderwerpen, te weten ICT, patient empowerment, professioneel handelen. Deze onderwerpen waren onvoldoende afgebakend en vertaald in heldere doelen voor de teams. Dit leidde daarnaast ook tot te grote projecten, onoverzichtelijk en niet haalbaar binnen de gestelde termijn. Daarnaast is er weinig invulling gegeven aan het onderwerp ICT, terwijl ontwikkeling van een ICT door één van de regio's als voorwaarde voor deelname is gesteld.
- Te veel heterogeniteit. De deelnemende regio's waren qua structuur en samenstelling te verschillend om tot een goede uitwisseling van ervaring te komen en een werkelijk leeromgeving met elkaar te kunnen creëren.
- Veranderende context, onder andere de financiering. Gedurende het project is er veel commotie, verwarring en onduidelijkheid over de veranderende financiering en de daarmee samenhangende organisatie binnen de diabeteszorg. Dit werkte negatief door in het project en de voortgang van de teams.
- Begeleiding onderschat. In relatie tot de drie hierboven genoemde algemene leerpunten kan gesteld worden dat de begeleiding onderschat is. De regio's hebben weinig toegevoegde waarde ervaren van het inhoudelijke kernteam. Tijdens de landelijke bijeenkomsten was er vanuit het kernteam te weinig sturing, onder andere in de zin van heldere en relevante opdrachten in relatie tot de projecten van de regio's.

In principe is het streven van het CBO om op ieder onderwerp twee opeenvolgende Doorbraakprojecten uit te voeren. Vanuit de ervaringen uit het eerste Doorbraakproject en de nog steeds bestaande onduidelijkheden over de financiering van transmurale diabeteszorg is besloten om op dit moment geen tweede Doorbraakproject op dit onderwerp te starten.

HOOFDSTUK 4 Terugblik

Gedurende het project is regelmatig geëvalueerd tijdens de werkconferenties, daarnaast zijn uit gesprekken met de teams nog verschillende suggesties gekomen. Aan het eind van het project is telefonisch contact geweest met de projectleiders van de teams en is hen gevraagd naar hun mening over het project. Daarnaast heeft met het kernteam tijdens een vergadering een eindevaluatie plaatsgevonden en is besproken hoe een tweede doorbraakproject vorm zou kunnen krijgen.

Inhoud: voorbeelden

Bij aanvang van het project waren er voorbeelden, best practices, in de zin van richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek. Er was geen duidelijkheid over goede voorbeelden in het land die de deelnemers zouden kunnen helpen om hun verbeteringen te concretiseren. Nu het project is afgelopen zijn er een aantal concrete voorbeelden van succesvolle verandering bij gekomen.

Op het gebied van diagnostiek is veel ervaring opgedaan in ziekenhuizen. Verwijsschema's en -afspraken, stroomschema's en de opzet van een HDH poli zijn beschikbaar. Er is geëxperimenteerd met verschillende manieren om huisartsen te motiveren en het effect daarvan op het aantal verwijzingen. Het betrekken van huisartsen en hen daadwerkelijk een rol geven blijft een lastig onderwerp. De ervaringen met nieuwsbrieven, feedback geven op aanvragen en bezoeken aan de huisarts dragen bij aan verbeteringen en zijn deels door anderen over te nemen. De teams die hiermee werkten hebben een aantal flinke stappen voorwaarts gezet en kunnen adviseren over mogelijkheden.

Er zijn nu concrete instrumenten om het voorschrijven van medicatie te optimaliseren. Titratieschema's, taakverschuiving, werkoverleggen zijn voorbeelden van dergelijke verbeteringen die tot resultaat hebben geleid. Daarnaast is het gelukt dit te monitoren met metingen.

Gaat het om doorstroming van patiënten (voor implantatie van pacemakers) binnen de organisatie dan is daarmee geëxperimenteerd en zijn daarmee concrete en gewenste resultaten behaald. Ook daarvoor zijn verwijsschema's en -afspraken beschikbaar.

Tot slot zijn er producten ontwikkeld, zoals een patiëntendagboek en een stappenplan voor terminale zorg. Deze zijn, evenals alle andere producten, goede handvatten voor anderen die daar gebruik van willen maken.

Resultaten

De projectleiders zijn tevreden over de resultaten die ze hebben behaald. De deelname aan het Doorbraakproject heeft hier in de meeste gevallen een sterke impuls aan gegeven. De methodiek werkt stimulerend en zorgt voor een duidelijke en systematische aanpak met concrete doelen. Het meetbaar maken geeft goed zicht op de voortgang. "Door het project is de zorg voor de hartfalenpatiënten veel beter gestructureerd en georganiseerd" vertelt één van de teams. Alle teams hebben het voornemen verder te gaan op de ingeslagen weg en gaan verder met de doelen waar ze al aan werken of hebben vervolgs-MART-doelen geformuleerd.

Uitwisseling

De teams vonden het jammer dat ze bijna allemaal aan verschillende doelen en activiteiten werkten. Dit maakte het lastig de kennis en ervaring tussen de teams uit te wisselen. Ze konden slechts op een aantal punten gebruik maken van elkaars deskundigheid en oplossingen.

De ontwikkeling van de zorg voor patiënten met hartfalen in het ziekenhuis was ook zeer verschillend per deelnemend ziekenhuis. Sommigen hadden al jaren een hartfalenpoli en hadden hun organisatie al op orde, sommigen gebruikten dit project om hun poli te starten. Dit bemoeilijkte eveneens de uitwisseling van informatie tussen de teams.

Een aantal teams heeft in het project hard gewerkt aan het verzamelen van meetgegevens. Omdat er in het project aan veel verschillende doelen werd gewerkt, kon niet met één format voor alle teams worden gewerkt. Dit betekende dat ieder team zelf bepaalde welke gegevens ze verzamelde en hoe ze dit weergaven.

Werkconferenties

De werkconferenties werden positief beoordeeld. Met name de inhoudelijke inleidingen en discussies spraken de deelnemers aan. Een aantal inhoudelijke bijdragen waren sterk gericht op de hartfalenpoli; de teams die zich vooral op de diagnostiek richtten vonden dat minder relevant. De meer methodisch gerichte bijdragen sloten niet altijd bij ieders wensen aan. Sommige teams hadden verwacht ook tijdens de conferenties meer te kunnen uitwisselen met andere teams.

Projectleidersbijeenkomsten

Tijdens de bijeenkomsten met de projectleiders werd veel informatie uitgewisseld. De projectleiders gaven elkaar praktische tips en voorbeelden en bespraken met elkaar hun aanpak. Ze waren allen positief over de bijeenkomsten en vonden het nuttig aanwezig te zijn.

Begeleiding

De meeste teams waren tevreden over de begeleiding. Zij kregen voldoende feedback en de inhoudelijke inbreng van de experts hielp hen verder. Een aantal ziekenhuizen had een nog grotere inhoudelijke bijdrage verwacht van de experts uit het team. De reacties op de voortgangsrapportages lieten soms lang op zich wachten. Twee teams hebben te maken gehad met veel personele wisselingen en hadden 3 verschillende begeleiders gedurende het project. Dit is de continuïteit van de begeleiding niet ten goede gekomen.

Hoofdstuk 4 Evaluatie

4.1 Evaluatie

Alle werkconferenties zijn tussentijds geëvalueerd. De resultaten zijn gebruikt voor het verder vormgeven van het programma van de beide doorbraakprojecten Mammacarcinoom. Aan het eind van het project is tevens een algemene evaluatie uitgevoerd m.b.t. de begeleiding en het voorzitterschap van het project. Het project is positief geëvalueerd.

4.2 Inhoudelijke innovaties

Gedurende het project zijn veel bevlogen discussies gevoerd tussen de teams onderling en/of met de aanwezige experts over "de ideale vormgeving van de mammazorg". Zowel door inbreng van de betrokken experts en adviseurs als door input en interactie van de teams zijn er verschillende nieuwe inzichten op het gebied van de mammazorg onder de aandacht gebracht [zie ook bijlage 5 Verbetermatrix]. De belangrijkste innovaties/ veranderde inzichten zullen hieronder per onderwerp kort besproken worden. Voor de resterende onderwerpen hebben we in de Bijlagen documentatie opgenomen.

Nurse practitioner mammazorg/ mammacare verpleegkundige

Mede naar aanleiding van de presentatie van Saskia Claassen, nurse practitioner mammazorg in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven zijn de teams verder gaan nadenken over de rol van een nurse practitioner in hun eigen ziekenhuis. Veel ziekenhuizen hebben een mammacareverpleegkundige die als een 'spin in het web' functioneert in het zorgproces. Een nurse practitioner is in vele ziekenhuizen niet aanwezig en de vraag is ook of dat in alle gevallen noodzakelijk en wenselijk is.

Er is met name veel gediscussieerd over het verschil in taken en rollen tussen een nurse practitioner mammazorg en een mammacareverpleegkundige. Een nurse practitioner is opgeleid om ook medische aspecten van de zorg op zich te nemen, terwijl een mammacareverpleegkundige zich voornamelijk richt op verpleegkundige aspecten van de zorg. De nurse practitioner kan dus een deel van de zorg van de medisch specialist overnemen, terwijl bij een mammacareverpleegkundige het accent ligt op de coördinerende, begeleidende en voorlichtende taken.

Van groot belang is dat er goede afspraken gemaakt worden over wie wat doet en wie voor welk onderdeel van het zorgtraject verantwoordelijk is.

Afstemmen Bevolkingsonderzoek Borstkanker (BOB)

Als de BOB bus in de buurt van het ziekenhuis staat, betekent dit een aanzienlijke tijdelijke toename van doorverwijzingen naar de mammapoli. Indien ziekenhuizen tijdig weten wanneer de BOB bus in hun buurt aanwezig zal zijn, kunnen ze hier op inspelen, zodat de toegangstijden en doorstroomtijden laag kunnen blijven. Ook is het belangrijk dat als in een bepaalde regio BOB bussen uit verschillende BOB organisaties geplaatst zijn, dat deze de komst van de bus in de buurt van een ziekenhuis met elkaar afstemmen. Namens alle Doorbraakteams is tijdens het Doorbraakproject een brief gestuurd naar alle BOB managers met daarin de volgende 2 vragen:

- De ziekenhuizen (i.c. de chirurgen en radiologen) van tevoren middels de jaarplanning op de hoogte te stellen, wanneer in hun adherentiegebied een screeningsorganisatie actief is.
- (Een kopie van) het screeningsmammogram op korte termijn ter beschikking te stellen t.b.v. de nadere diagnostiek in het ziekenhuis. Een mogelijkheid is de foto mee te sturen met het schrijven aan de huisarts.

De BOB managers hebben aangegeven dat ze een procedure zullen gaan hanteren om te zorgen dat de betreffende ziekenhuizen en professionals op de hoogte zijn van de jaarplanning van de BOB in hun regio. In 2006-2007 zal de digitalisering van de BOB-organisaties plaatsvinden en zullen de mammografieën bij verwijzing sneller beschikbaar komen.

Criteria voor patientenbespreking in pre-operatief MDO

Tijdens de werkconferentie van 29/09/2004 is onder andere een paneldiscussie gevoerd, onder leiding van Tinie Benraadt, over patientenselectie voor het pre-operatief MDO. Een van de stellingen luidde als volgt:

Stelling: Alle patiënten met verdenking op borstkanker moeten tijdens het Multidisciplinair Overleg (MDO) besproken worden.

Er is gediscussieerd over het begrip "verdenking op borstkanker". Een aantal definieert dit als volgt: Alle vrouwen die de mammapolikliniek bezoeken. De ervaring is dat zelfs bij een ogenschijnlijk hamerstuk het MDO kan leiden tot een beleidswijziging. Anderen bepleiten een selectie, omdat het aantal te bespreken patiënten te groot zou zijn met te veel hamerstukken. Besproken worden de selectiecriteria, die in het Clara/MCRZ gehanteerd worden.

Geconcludeerd werd, dat bij voorkeur alle patiënten, die de mammapolikliniek bezoeken besproken dienen te worden. Is dit om wat voor reden dan ook niet te realiseren, dan is het geen "bad practice" het als volgt te doen:

Alleen patiënten in het MDO bespreken, die

1. een BIRADS ≥ 3 , een C ≥ 3 hebben en/of
2. suspecte palpabele afwijkingen en/of
3. discrepantie in de triple diagnostiek en/of
4. bloederige tepel uitvloed en/of
5. patiënten verwezen via BOB.

Data uit het MCRZ wijzen erop dat je hiermee effectief selecteert, dus een fors aantal niet in het MDO hoeft te bespreken!

4.3 Toekomstplannen

In november 2005 is ook het tweede Doorbraakproject Mammacarcinoom afgerond. Vervolgens is er, in overleg met CvZ, voor alle deelnemers een "nazorgdag" georganiseerd op 14 juni 2006 door CBO en de VIKC. Op deze dag werden wederom de metingen van de teams doorgenomen, inhoudelijke onderwerpen onder de aandacht gebracht en de borging van het project doorgenomen.

Daarnaast hebben het CBO en de VIKC met elkaar overlegd over het vervolgen van de samenwerking door middel van de ontwikkeling van nieuwe Doorbraakprojecten. Op basis daarvan wordt nu gestart met het onderwerp Longcarcinoom. De Startconferentie is gepland op 3 oktober 2006.

De VIKC is bezig met verdere regionale verspreiding van Doorbraak MammaCa middels het project "Mammazorg steeds beter".

Gerelateerde projecten

Op het gebied van het mammacarcinoom bestaan er in Nederland twee multidisciplinaire evidence-based richtlijnen: screening & diagnostiek en behandeling. De richtlijn screening en

diagnostiek van het mamma carcinoom wordt op dit moment herzien. De leden van het Doorbraakproject zijn gevraagd om input te leveren ten aanzien van de onderwerpen die in de richtlijn aan de orde zouden moeten komen.

De richtlijn behandeling van het mamma carcinoom is een "levende" richtlijn, jaarlijks wordt gekeken of een update van de richtlijn noodzakelijk is. In 2007 zullen beide richtlijnen worden samengevoegd tot een integrale richtlijn voor het mamma carcinoom. Het ontwikkelen van bovenstaande NABON-richtlijnen wordt begeleid door het CBO en de VIKC in het kader in het Programma 'Ontwikkelen en implementeren van medisch specialistische richtlijnen' van de Orde van Medisch Specialisten.

Een ander initiatief is het ontwikkelen van indicatoren voor het mamma carcinoom. Binnen het programma Kiezen in Zorg van ZonMW worden voor een aantal diagnose-behandel combinaties (DBC's) indicatoren ontwikkeld. Zo ook voor de DBC mamma carcinoom. De (externe) indicatoren zijn met name gericht op patiëntveiligheid en effectiviteit.

De bedoeling is om per aandoening/DBC te komen tot één uniforme set van externe prestatie-indicatoren waarmee alle externe 'afnemers' kunnen worden bediend: patiënten/consumenten (via kiesbeter.nl), zorgverzekeraars en toezichthouders. In het ZonMw-project worden gebruikt gemaakt van de ervaringen uit het Doorbraak-project.

Het project is gestart op 1 maart 2005. De indicatorenset DBC-mamma carcinoom beschikbaar is recent beschikbaar gesteld in het publieke domein. Het project wordt uitgevoerd door het CBO in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten en de betreffende Wetenschappelijke Verenigingen.

Samenvatting

Het CVZ heeft aan SEO Economisch Onderzoek gevraagd antwoord te geven op de vraag of het doorbraakproject Mammacarcinoom voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders per saldo leidt tot kosten of opbrengsten. Het doorbraakproject Mammacarcinoom van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en de Vereniging Integrale Kanker Centra (VIKC) richt zich op het optimaliseren van de zorg voor vrouwen met een verdenking van borstkanker. Het onderzoek is uitgevoerd in twee ziekenhuizen die deelnemen aan het doorbraakproject; het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn en ziekenhuis Rivierenland in Tiel. Met behulp van computersimulatie is nagegaan of met de voorgestelde interventies de doelstellingen van het project zouden worden behaald. Vervolgens is het structurele effect van het doorbraakproject op de kosten en opbrengstenposten voor het ziekenhuis en de chirurg berekend, zowel voor het doorbraakproject als in de beoogde situatie na het doorbraakproject.

Op basis van de resultaten in de twee ziekenhuizen en de informatie over de andere doorbraakprojecten op grond van de evaluatie van het CBO en het VIKC kunnen we enkele algemene conclusies trekken over de kosten en baten van het doorbraakproject mammacarcinoom.

Kosten

1. Het doorbraakproject leidt tot een kostenstijging voor het ziekenhuis en de chirurg als gevolg van uitgebreidere diagnostiek. Het gaat daarbij om de kosten van het MDO (multidisciplinair overleg) en de kosten van duurdere diagnostische methoden (beeldgeleide cytologie, eigen apparaat voor stereotactische bipten).
2. Het doorbraakproject leidt tot een kostendaling voor het ziekenhuis en de chirurg als gevolg van minder tweede operaties. Dit wordt veroorzaakt door de betere diagnostiek.
3. De kosten kunnen per saldo dalen of stijgen. De kostenstijging als gevolg van duurdere diagnostiek kan sterk verschillen tussen ziekenhuizen.

Opbrengsten

4. Het doorbraakproject leidt in de FB systematiek tot een daling van de inkomsten van ziekenhuis en chirurg als gevolg van een vermindering van het aantal tweede operaties.
5. Het doorbraakproject leidt in de DBC systematiek niet tot andere inkomsten van het ziekenhuis en de chirurg.

Saldo kosten en baten

6. Het saldo van kosten en opbrengsten voor ziekenhuis en chirurg in de FB systematiek zal negatief uitkomen doordat de daling van de inkomsten vrijwel zeker groter is dan een eventuele daling van de kosten. De daling van de inkomsten wordt veroorzaakt door een daling van het aantal tweede operaties. De daling van de kosten is een saldo van lagere kosten als gevolg van minder operaties en meerkosten als gevolg van duurdere diagnostiek.
7. Het saldo van kosten en opbrengsten in de DBC systematiek kan zowel positief als negatief zijn. Een kostendaling of -stijging komt in de DBC systematiek volledig voor rekening van het ziekenhuis dan wel de chirurg.

Bovenstaande conclusies houden geen rekening met tweede orde effecten voor het ziekenhuis en de chirurg. Op lange termijn kan het doorbraakproject voor het ziekenhuis en de chirurg leiden tot een betere reputatie en daardoor meer patiënten.

Ook houden de conclusies geen rekening met de gevolgen voor de patiënt. Voor de patiënt betekent het doorbraakproject een ondubbelzinnige baat als gevolg van kortere wachttijden en minder heroperaties. Bij de huidige FB bekostingssystematiek gaan het ziekenhuis en de chirurg er echter vrijwel zeker op achteruit. Dit is geen stimulans om te innoveren. De DBC systematiek bevat wel een stimulans om te innoveren. In de DBC systematiek leidt immers de efficiencywinst als gevolg van minder tweede operaties niet tot een daling van de inkomsten van het ziekenhuis en de chirurg.

Samenvatting

Van maart 2004 tot maart 2006 begeleidde het Trimbos-instituut in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen het eerste Doorbraakproject in de GGz, het Doorbraakproject Depressie 1. De opdracht behelsde de implementatie met de Doorbraakmethode van de multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep, 2005) en de NHG standaard depressie (Van Marwijk et al, 2004). Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, betrokken bij andere CVZ-projecten, was bereid haar expertise en ervaring met de Doorbraakmethode in dit project in te brengen.

Voor de inhoud van het Doorbraakproject Depressie was een landelijk expertteam verantwoordelijk. Dit stond onder leiding van dr. Jochanan Huyser, psychiater in het AMC/De Meren.

Centrale doelstellingen van het project waren:

1. Het terugdringen van overbehandeling van mensen met een niet-ernstige depressie
2. Het terugdringen van de onderbehandeling van mensen met een ernstige depressie, onder andere door het verkorten van de wachttijden.

Door experts werd een model voor stepped care depressiezorg ontwikkeld. In dit model wordt door de huisartsen onderscheid gemaakt tussen ernstige en niet-ernstige depressie, en aan de hand van deze indeling het bijpassende niveau van behandeling geïndiceerd. Dit betekent voor patiënten met een niet-ernstige depressie dat zij in principe als eerste stap in de behandeling een keuze hebben uit een pakket van zogenaamde minimale interventies, behandelingen waarin vooral eigen krachten en mogelijkheden worden benut. Mensen met een ernstige depressie ontvangen binnen een maand een zogeheten depressiespecifieke behandeling, antidepressiva en/of psychotherapie. Bij deze mensen is het tevens zaak dat er goede diagnostiek wordt gedaan, gebruik makend van de DSM-IV classificatie.

Na 12 maanden van verbeteringen zijn belangrijke resultaten behaald, vooral in de eerstelijns. Zo is de overbehandeling van mensen met niet-ernstige klachten afgenomen van 61% naar 11%, doordat huisartsen minder antidepressiva voorschreven en samen met hun patiënten besloten een minimale interventie in te zetten. Hulpverleners hebben deze interventies, die vaak in de GGz aanwezig waren, in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd. Ook zijn een twintigtal huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen getraind in het toepassen van de effectieve en kortdurende interventie Problem Solving Treatment. Naast deze inhoudelijke kwaliteitsverbeteringen, werd de samenwerking met de tweedelijns aangepakt. Patiënten konden sneller bij de tweedelijns terecht voor diagnostiek en soms ook voor snellere behandeling. Dit heeft echter niet geleid tot het behalen van de doelstelling om de wachttijden voor psychotherapie voor alle patiënten te reduceren tot één maand.

Ongeveer 43% van alle patiënten knapte na zes maanden behandeling op, dit werd gemeten met de Beck Depression Inventory (BDI). Deze uitkomst is zeer bevredigend in de ogen van de experts die dit percentage vergeleken met onderzoeksresultaten.

Het Doorbraakproject Depressie is door de projectleiders in afrondende interviews beoordeeld als een zeer succesvol project, waarin de depressiezorg en de samenwerking tussen de lijnen fors zijn verbeterd. Succesfactoren van de Doorbraakmethode zelf waren het landelijke netwerk, de deadlines en de begeleiding van experts. Knelpunten vormden de registratie van de indicatoren en een bij een aantal teams gebrek aan betrokkenheid van het management.

Vanaf september 2006 start een vervolgproject, het Doorbraakproject Depressie 2. Externe financier van dit project is de Stichting Centraal Fonds RVZ. Het feit dat het tweede depressieproject gefinancierd gaat worden met verzekeringsgelden geeft het belang van dit project voor de zorgverzekeraar aan. In een aantal regio's uit het Doorbraakproject Depressie is de zorgverzekeraar dan ook erg enthousiast geraakt voor dit type project in de GGz.

Samenvatting

Van maart 2004 tot maart 2006 begeleidde het Trimbos-instituut in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen het eerste Doorbraakproject in de GGz, het Doorbraakproject Depressie 1. De opdracht behelsde de implementatie met de Doorbraakmethode van de multidisciplinaire richtlijn depressie (Landelijke Stuurgroep, 2005) en de NHG standaard depressie (Van Marwijk et al, 2004). Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, betrokken bij andere CVZ-projecten, was bereid haar expertise en ervaring met de Doorbraakmethode in dit project in te brengen.

Voor de inhoud van het Doorbraakproject Depressie was een landelijk expertteam verantwoordelijk. Dit stond onder leiding van dr. Jochanan Huyser, psychiater in het AMC/De Meren.

Centrale doelstellingen van het project waren:

1. Het terugdringen van overbehandeling van mensen met een niet-ernstige depressie
2. Het terugdringen van de onderbehandeling van mensen met een ernstige depressie, onder andere door het verkorten van de wachttijden.

Door experts werd een model voor stepped care depressiezorg ontwikkeld. In dit model wordt door de huisartsen onderscheid gemaakt tussen ernstige en niet-ernstige depressie, en aan de hand van deze indeling het bijpassende niveau van behandeling geïndiceerd. Dit betekent voor patiënten met een niet-ernstige depressie dat zij in principe als eerste stap in de behandeling een keuze hebben uit een pakket van zogenaamde minimale interventies, behandelingen waarin vooral eigen krachten en mogelijkheden worden benut. Mensen met een ernstige depressie ontvangen binnen een maand een zogeheten depressiespecifieke behandeling, antidepressiva en/of psychotherapie. Bij deze mensen is het tevens zaak dat er goede diagnostiek wordt gedaan, gebruik makend van de DSM-IV classificatie.

Na 12 maanden van verbeteringen zijn belangrijke resultaten behaald, vooral in de eerstelijns. Zo is de overbehandeling van mensen met niet-ernstige klachten afgenomen van 61% naar 11%, doordat huisartsen minder antidepressiva voorschreven en samen met hun patiënten besloten een minimale interventie in te zetten. Hulpverleners hebben deze interventies, die vaak in de GGz aanwezig waren, in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd. Ook zijn een twintigtal huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen getraind in het toepassen van de effectieve en kortdurende interventie Problem Solving Treatment. Naast deze inhoudelijke kwaliteitsverbeteringen, werd de samenwerking met de tweedelijns aangepakt. Patiënten konden sneller bij de tweedelijns terecht voor diagnostiek en soms ook voor snellere behandeling. Dit heeft echter niet geleid tot het behalen van de doelstelling om de wachttijden voor psychotherapie voor alle patiënten te reduceren tot één maand.

Ongeveer 43% van alle patiënten knapte na zes maanden behandeling op, dit werd gemeten met de Beck Depression Inventory (BDI). Deze uitkomst is zeer bevredigend in de ogen van de experts die dit percentage vergeleken met onderzoeksresultaten.

Het Doorbraakproject Depressie is door de projectleiders in afrondende interviews beoordeeld als een zeer succesvol project, waarin de depressiezorg en de samenwerking tussen de lijnen fors zijn verbeterd. Succesfactoren van de Doorbraakmethode zelf waren het landelijke netwerk, de deadlines en de begeleiding van experts. Knelpunten vormden de registratie van de indicatoren en een bij een aantal teams gebrek aan betrokkenheid van het management.

Vanaf september 2006 start een vervolgproject, het Doorbraakproject Depressie 2. Externe financier van dit project is de Stichting Centraal Fonds RVVZ. Het feit dat het tweede depressieproject gefinancierd gaat worden met verzekeringsgelden geeft het belang van dit project voor de zorgverzekeraar aan. In een aantal regio's uit het Doorbraakproject Depressie is de zorgverzekeraar dan ook erg enthousiast geraakt voor dit type project in de GGz.