
Slimmer samenwerken met diagnostiek

Tussenrapportage Juli 2023



**leermeesters
in zorg**

SOW project Ikbenliz - Maasdorpen

“Slimmer samenwerken met diagnostiek”

Tussenrapportage juli 2023

Inhoud

1. Inleiding.....	2
2. Doelstellingen en beoogde resultaten.....	2
3. Aanpak.....	3
Fasering.....	3
4. Voorbereidingen.....	4
Problemen en aandachtspunten.....	5
Casuïstiek: lage aantallen.....	5
Waarnemende huisartsen en vakanties.....	5
Dossiervoering versus uitwisseling; op de hoogte houden van verschillende betrokkenen.....	5
Weinig reistijd bij huisartspraktijk.....	6
5. Ervaringen in de gebruiksfase.....	6
Implementatie en ondersteuning.....	6
Asynchrone communicatie en uitwisseling: Siilo.....	6
Inrichting van en training voor de Voorspoedzorg Diagnosebox.....	7
ONS Wondzorg.....	8
Eerste bevindingen.....	8
Gebruiksevaluatie: eerste bevindingen.....	9
Opbrengsten vanaf het eerste uur.....	9
Inzet van diagnostische hulpmiddelen.....	10
6. Resultaten tot nu toe.....	11
Beschrijving casuïstiek.....	11
Tussentijdse aanpassingen en aanvullingen.....	12
7. Discussie en vervolgstappen.....	14
Opschaling en verbreding van de werkwijze.....	14
Verlenging project en kwantitatieve evaluatie.....	15

1. Inleiding

Coöperatie IkbenLIZ heeft samen met Huisartspraktijk Maasdorpen in Vierlingsbeek het SOW project *“Stepped care zorg met wijkteams en huisartsen – slimme verbonden zorg aan huis”* geïnitieerd – in de wandelgang: *“Slimmer samenwerken met de Diagnosebox”*. De SOW (Subsidieregeling Ondersteuning Wijkverpleegkunde) is er voor zorginstellingen die wijkverpleging verlenen volgens de Zorgverzekeringswet en willen bijdragen aan meer tijd voor zorg, betere zorg en meer werkplezier in de wijkverpleging. In het project Slimmer samenwerken met de Diagnosebox hebben de verpleegkundigen van het Oprecht Zorgend team met de huisartspraktijk gewerkt aan versterking van de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging.

Kern van het project is de inzet van technologie, in dit geval de Voorspoedzorg Diagnosebox, waarmee verpleegkundigen - zelfstandig waar mogelijk, in direct overleg waar nodig – aanvullende medisch-diagnostische bepalingen kunnen uitvoeren om de (huis)arts of verpleegkundig specialist op afstand van extra informatie te voorzien. Door heldere werkafspraken te maken en gebruik te maken van de kennis en vaardigheden van de verpleegkundige is triage tussen spoedeisend en niet-spoedeisend dan beter en directer uit te voeren. Zo kunnen voor situaties in het grijze gebied tussen spoedeisend en reguliere zorg betere diagnostische inschattingen worden gemaakt en daarmee (ook zonder dat arts of cliënt hoeft te reizen) beter onderbouwde beslissingen worden genomen.

Dit project is na een voorbereidingsfase in april jl. van start gegaan met één wijkverpleegkundig team en één huisartsenpraktijk. Deze (tussen)rapportage bespreekt ervaringen en bevindingen tot nu toe en de maatregelen ter verbreding en verdieping die ondertussen zijn opgekomen en gedeeltelijk geïmplementeerd worden.

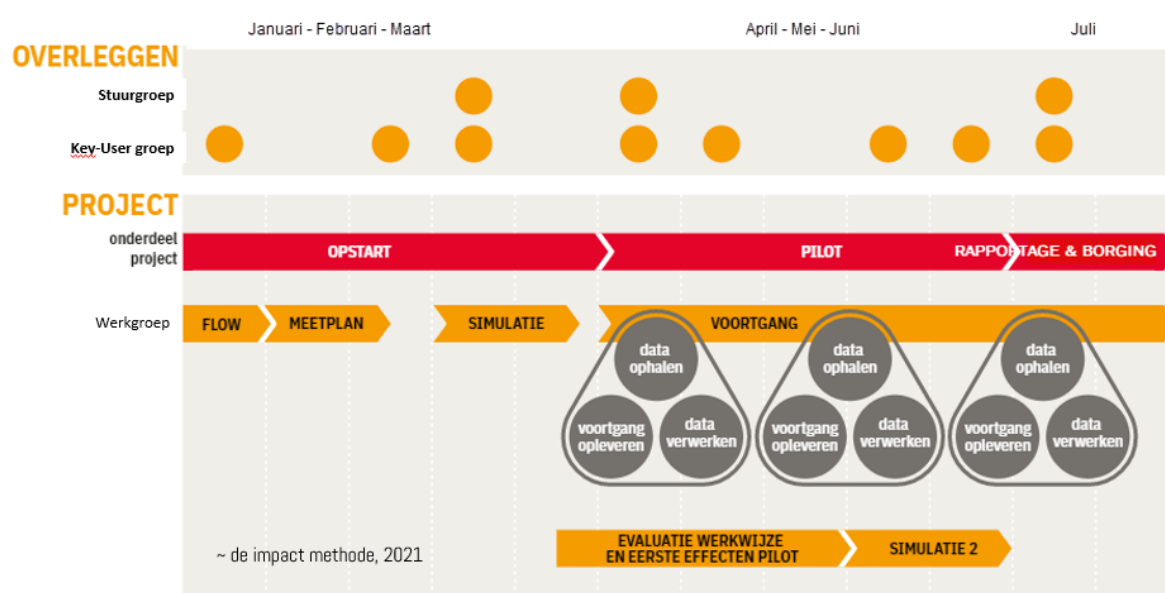
2. Doelstellingen en beoogde resultaten

De doelstellingen en beoogde resultaten van het SOW-project omvatten het volgende:

- **Verplaatsen van bepaalde zorghandelingen van de huisarts (diagnostiek) naar de zorgprofessionals in wijkteams**
 - Het mogelijk maken van taakdifferentiatie en taakverschuivingen tussen (wijk)verpleegkundige en huisarts en -assistent.
- **Ontlasting huisarts & -praktijk**
 - Wijkverpleegkundigen kunnen (werk)druk op huisartsenpraktijk verlichten
- **Cliënten krijgen eerder en meer passende zorg en ondersteuning**
 - Effectievere signalering/Voorkomen onnodige zorgescalatie
 - Ter plekke medisch-inhoudelijk betere metingen uitvoeren
 - In een eerder stadium (sneller) diagnostische beslissingen door medisch professional op afstand, zonder dat huisarts regie verliest
 - Gericht escaleren ter preventie van eventueel te verwachten verdere verergering
- **Samenwerking/communicatie in de keten**
 - Nauwere communicatie tussen huisartsen en wijkteams, elkaar beter vinden
 - Betere benutting van kennis en kunde van de wijkverpleegkundige, en
 - Verdieping van het het verpleegkundig vakmanschap om diagnostiek uit te voeren, vitale functies te monitoren en dit te communiceren met behandelaren en collega's.
- **Evaluatie van de inzet extra diagnostische hulpmiddelen**
 - Bruikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit Voorspoedzorg Diagnosebox
 - Toepasbaarheid en impact van de CRP-meter en andere medisch-diagnostische middelen in wijkverpleegkundige zorg

3. Aanpak

Het project is op hoofdlijnen opgezet volgens de methodiek die wordt uitgewerkt in "De Impact methode – op weg naar gewenste impact" [Van Leijen & Hasaart, 2021]. Dit is in lijn met de doelstelling om een gedegen (HTA) evaluatie uit te voeren van de inzet van technologie c.q. diagnostische hulpmiddelen in de verpleegkundige praktijk. Figuur 1. geeft een overzicht van de fasering en aanpak volgens die methode. Deze worden hieronder nader besproken.



Figuur 1. Schematische weergave van de opzet van het project

Het project werd organisatorisch geleid door Coöperatie LIZ, die hiervoor een projectleider heeft aangetrokken. Verdere ondersteuning is, evenals voorbereiding en uitvoering van de HTA evaluatie, geboden door DiaMediPort BV, die de Voorspoedzorg Diagnosebox levert met de daarbij behorende implementatie- en gebruiksondersteuning en trainingen.

Het project is opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met de direct betrokkenen: wijkverpleegkundigen, huisarts en huisarts assistent. Dit maakte dat vanaf dag één heel concreet was welke verbeterpunten mensen hadden, welke wensen er waren voor bijvoorbeeld de te maken werkafspraken en de invulling van de Diagnosebox, en welke issues en aandachtspunten te verwachten waren voor het verloop van het project.

Fasering

Figuur 1. geeft een beeld van de fasering van het project. Na de kick-off van het project in november 2022 zijn de wensen en verbeterpunten van betrokkenen in kaart gebracht, beoogde effecten en impact van het project doorgesproken en is een nieuwe, verbeterde werkwijze uitgewerkt. Verder is de Diagnosebox ingericht, zijn mensen getraind en getoetst op het gebruik van diagnostische hulpmiddelen, en zijn er concrete werkafspraken gemaakt voor de samenwerking tussen huisarts en verpleegkundig team.

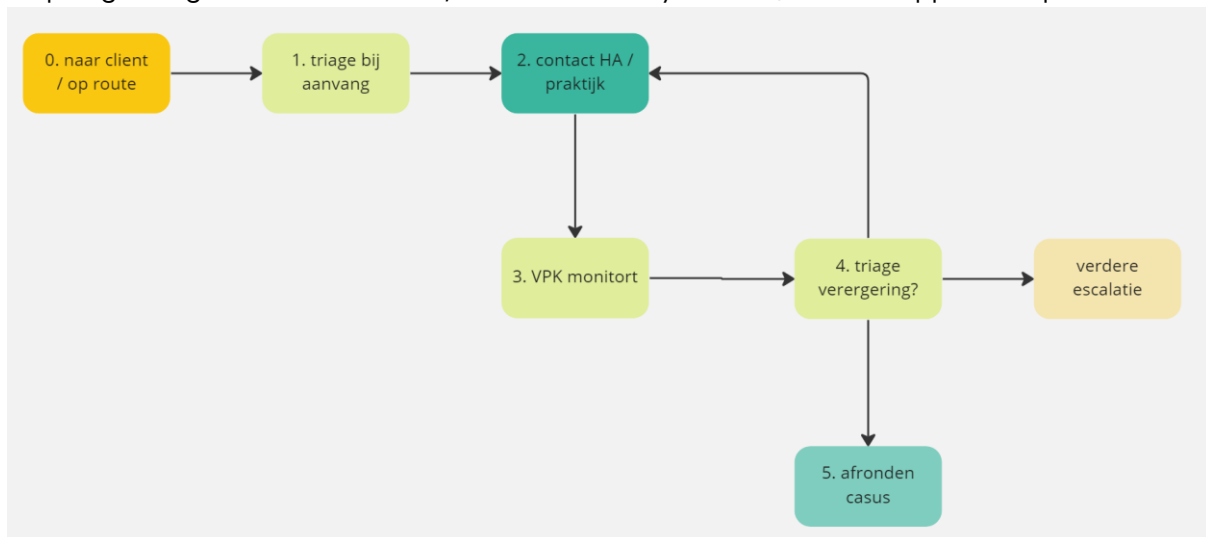
Op 1 april 2023 is de pilotfase gestart. Vanaf die datum gebruikt het wijkverpleegkundige team Oprecht Zorgend de Voorspoedzorg Diagnosebox en wordt op basis van aangepaste werkafspraken ('nieuwe werkwijze') informatie uitgewisseld en gecommuniceerd met de huisarts/assistent via de Siilo app. Vanaf juni/juli worden bevindingen verzameld en geanalyseerd onder meer met het oog op de beoogde impact evaluatie, en wordt gewerkt aan borging en verbreding van de nieuwe werkwijze.

4. Voorbereidingen

In januari vonden de kick-off meetings met direct betrokkenen plaats: brainstormsessies met zowel de huisartsenpraktijk als Team Oprecht Zorgend. We hebben betrokkenen in kaart gebracht en gekeken waar de wensen behoeftes vanuit de praktijk liggen. In het verlengde daarvan hebben we een nieuwe werkwijze/werkproces ontworpen voor de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisarts.

Bij implementatie van de uiteindelijke nieuwe werkwijze zijn zowel praktisch-organisatorische als zorginhoudelijke werkafspraken besproken. Verder is een selectie gemaakt van diagnostische hulpmiddelen in de Voorspoedzorg Diagnosebox. Voor de communicatie is de keus gevallen op Siilo als veilige chat-app – een communicatiemiddel tussen de huisartsenpraktijk en verpleegkundigen in aanvulling op de gangbare (spoed)telefoon. Daarbij speelde vooral mee dat zowel wijkverpleegkundigen als huisartspraktijk al de beschikking hadden over deze app. Dat is in het project benut.

Na bespreking – in een aantal stappen – van de te verwachten casuïstiek hebben we een werkinstructie voor de nieuwe werkwijze gemaakt. Daarin hebben we het (simpeler) diagram in figuur 2. gebruikt, waarin de wijkverpleegkundige in een vijftal processtappen telkens de afweging maakt – op basis van gangbare/afgesproken verpleegkundige overwegingen en inschattingen – om wel of niet (extra) diagnostiek uit te voeren, en wel of niet met een (huis)arts of collega verpleegkundige contact te zoeken; telefonisch of asynchroon, met een app berichtje.



Figuur 2. Het nieuwe werkproces voor samenwerking tussen wijkverpleegkundige en (huis)arts

Deze stappen gelden in principe voor alle gevallen/cliënten. Er zijn voor de afweging (triage) tussen spoed en niet-spoed principes uit het stepped care model toegepast, en heel zwart-wit gezegd komt veel van deze 'nieuwe' werkwijze vrij direct overeen met de nu gangbare werkwijze. Met uitzondering van, enkele significante (daar lijkt het op, althans), verbeteringen.

Bij het doornemen van de werkafspraken is de volgende [vanuit FMS voorgestelde indeling](#) voor de verschillende categorieën cliënten/casussen gebruikt:

- A. Cliënten met levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag
- B. Cliënten met herkenbare/verwachte zorgvraag
- C. Cliënten met een mogelijke (incl. te verwachten acute) verslechtering van bestaande chronische aandoening
- D. Cliënten met een ongedifferentieerde zorgvraag

Voor cliënten/gevallen in categorie A is het heel duidelijk. Eventueel na snelle verpleegkundige triage en initieel handelen direct de spoedlijn van de praktijk of huisartenpost bellen, en vervolgens in overleg monitoren of verder escaleren (insturen naar SEH). In zeer spoedeisende situaties wordt direct 112 gebeld; wanneer er meetgegevens beschikbaar zijn, kunnen deze

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

aanvullend via Siilo met de huisarts worden gedeeld. Voor categorieën B, C en D zijn er meer en meer diverse scenario's waarbij op verschillende manieren de samenwerking met de (huis)arts kan worden gezocht en gevonden.

De werkwijze die is weergegeven in figuur 2 bleek in ieder geval een goed model om allerlei soorten (zorginhoudelijke en praktische) werkafspraken aan op te hangen. Een breed scala aan clientgevallen 'past' in deze nieuwe werkwijze; zowel directe toegang tot juiste zorg voor acute situaties/levensbedreigende gevallen, als stepped care modellen voor te verwachten, herkenbare verergeringen of mogelijke complexe, acute complicaties bij chronische aandoeningen. Maar ook situaties waar de huisarts iets signaleert en de wijkverpleegkundige vraagt om dat in de gaten te houden, of waarbij een mantelzorger of de cliënt zelf een 'niet-pluis' signaal afgeeft. Al dit soort gevallen, waar het er uiteindelijk om gaat dat er zo snel en efficiënt mogelijk een goed onderbouwde beslissing kan worden genomen en de cliënt ook eerder de juiste, passende zorg of ondersteuning krijgt, kunnen worden ingepast in de nieuwe werkwijze. De bedoeling van het project is om daarbij ook te evalueren of en hoe de nieuwe werkwijze ook daadwerkelijk deze gewenste impact heeft.

Problemen en aandachtspunten

In de voorbereidingsfase zijn een aantal te verwachten problemen benoemd. Ook zijn verschillende aandachtspunten benoemd voor tijdens de uitvoering van het project

Casuïstiek: lage aantallen

Het project wordt uitgevoerd bij een wijkteam en huisartspraktijk die *relatief weinig cliënten* (gezamenlijk) in zorg hebben. Het aantal cliënten die én van Oprecht Zorgend verpleegkundige zorg krijgen én huisartspraktijk Massdorpen als huisarts hebben is in totaal ca 15. Ook over een periode van drie maanden zal dan het aantal casussen waar nuttig (extra) diagnostiek door de verpleegkundige kan worden uitgevoerd of met de huisarts worden uitgewisseld niet hoog zijn.

We hebben dit in de (data verzameling voor) evaluatie en bij de uitwerking van het impact model meegenomen en aanpassingen doorgevoerd. Verder zijn suggesties gedaan vanuit het team om de nieuwe werkwijze ook in de samenwerking met andere artsen of verpleegkundig specialisten toe te passen. Tenslotte is binnen Coöperatie LIZ geïnventariseerd of ook andere wijkteams wellicht geïnteresseerd zijn om deze werkwijze te gaan toepassen.

Waarnemende huisartsen en vakanties

Cliënten hebben in de regel te maken met één en dezelfde huisartsenpraktijk. In geval van avond- en weekenddiensten en gedurende vakanties wordt echter gewerkt met waarnemers. Deze draaien niet mee in het project. Voor hen gelden dan ook andere werkafspraken. We hebben aanvullende interne werkafspraken gemaakt in het wijkteam om de samenwerking met waarnemers waar mogelijk/gewenst wel te laten aansluiten op de nieuwe werkwijze.

Dossiervoering versus uitwisseling; op de hoogte houden van verschillende betrokkenen

Bij het invullen Value propositie canvas is het (beter en meer efficiënt) op de hoogte houden van anderen dan direct betrokken zorgprofessionals – bijvoorbeeld andere behandelaren dan de huisarts en de cliënt met mantelzorgers – meerdere keren aan de orde geweest. In de opzet van de nieuwe werkwijze is hier wel naar gekeken, maar vooralsnog is hier geen sluitende, laagdrempelige of generieke oplossing voor gevonden.

Een gerelateerd aandachtspunt in dit verband is dat de communicatie met de huisarts via Siilo niet in de plaats komt van de verslaglegging en dossiervoering aan beide zijden. We hebben aandacht besteed aan de opbouw van de chatberichten, waardoor de informatie makkelijk uit en weer in het relevante dossiersysteem kan worden gekopieerd en geplakt, maar als regel geldt dat de dossiersystemen leidend blijven – en dus moeten blijven worden bijgehouden. De Siilo

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

casussen (zie onder) worden ook relatief snel weer afgesloten en (alleen voor projectdoeleinden) gearchiveerd.

Weinig reistijd bij huisartspraktijk

Een onderliggende aanname bij de originele doelstellingen van het project was dat de nieuwe werkwijze de huisarts kan ontlasten door met name reistijd te besparen. Het bleek echter al snel dat bij deze huisartspraktijk nauwelijks reistijdwinst te behalen is – de praktijk bedient met name één kern, Vierlingsbeek, en zit redelijk centraal dicht bij de meeste patiënten. We hebben de impactflow en het simulatiemodel aangepast. Gelukkig bleken er wel andere duidelijke voordelen naar boven te komen toen we begonnen met de pilot/gebruiksphase.

5. Ervaringen in de gebruiksfase

Sinds begin april werkt het Oprecht Zorgend team volgens de nieuwe werkwijze samen met Huisartsenpraktijk Maasdorpen. Behalve werkafspraken over onderlinge communicatie en uitwisseling hebben de verpleegkundigen in het kader van de nieuwe werkwijze een Voorspoedzorg Diagnosebox ter beschikking.

Implementatie en ondersteuning

De nieuwe werkwijze is eind maart/begin april met het team voorbereid en doorgevoerd in de dagelijkse praktijk, met nadruk op twee onderdelen:

Asynchrone communicatie en uitwisseling: Siilo

Een belangrijk onderdeel van de nieuwe werkwijze is het (anders) benutten van de Siilo chat app voor communicatie en uitwisseling met de huisartspraktijk. De assistente van de Huisartsenpraktijk staat hierbij centraal. Zij is de spil in de communicatie tussen de verpleegkundige en de huisarts. De assistente heeft een korte training en instructie in het gebruik van Siilo gekregen. Met het wijkverpleegkundige team hebben we eind maart een iets uitgebreider (fysieke) oefensessie gehad voor het werken met Siilo. Dit oefenen was vooral bedoeld om met elkaar tot een uniforme werkwijze te komen. Op basis van fictieve casussen hebben we 'gespeeld' met formuleringen en bijvoorbeeld afspraken gemaakt over manier om de client te identificeren in de casus titel (zodat de huisarts/assistent deze ook in het HIS terug kan vinden). Ook is de samenhang met het (ONS) dossier besproken. Deze sessie was bijzonder nuttig om tot onderlinge afstemming te komen tussen de verpleegkundigen in het team.

Hoe passen we Siilo toe?

- In Siilo hebben we één groep aangemaakt waarin zowel de verpleegkundigen van Wijkteam Oprecht Zorgend als de huisartsassistente(n) en de huisarts(en) zitten.
- Binnen deze groep wordt per cliënt/situatie een aparte casus aangemaakt. Binnen de casus wordt gecommuniceerd over de cliënt. Hierbij wordt altijd naam, achternaam en geboortedatum vermeld én wordt er een korte omschrijving van de situatie gegeven. Bij SPOED wordt dit vermeld in de titel van de casus. SPOED is altijd bellen: we zetten het ook in Siilo zodat de assistente ook direct alle belangrijke informatie en diagnostiek bij de hand heeft.
- Voor de communicatie kunnen met Siilo foto's worden gemaakt en gedeeld in een beveiligde omgeving. Ook kunnen de uitkomsten van diagnostiek gedeeld worden (bijv. temperatuur, saturatie) in cliënt-specifieke casussen. Hiervoor hebben we een structuur afgesproken die past bij hoe de (meeste) wijkverpleegkundigen dit in het verpleegkundig dossier, ONS, zouden opschrijven.
- Voor het bestellen van medicatie wordt ondertussen ook gebruik gemaakt van Siilo. Hiervoor worden aparte casussen aangemaakt.

Figuur 3 illustreert hoe de communicatie tussen verpleegkundige en huisarts plaats vindt.

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

TS TEST Siilo (Project SOW)
3 deelnemers

Berichten worden na 30 dagen automatisch gewist. Om berichten te bewaren, ga naar het groepsprofiel en markeer deze conversatie als "Bewaren".

VANDAAG

Pim Scheres
Casus #8 - Mevr. Scheres (27-10-1993) Cliënt 1234
Mevrouw is vannacht benauwd geworden en heeft hoge koorts. Temperatuur 39.2. Graag overleg met huisarts voor actie.

aan het typen

Casus #8: Mevr. Scheres (27-10-1993) Cliënt 1234
Aangemaakt door Pim Scheres

Berichten worden na 30 dagen automatisch gewist. Om berichten te bewaren, ga naar het groepsprofiel en markeer deze conversatie als "Bewaren".

Mevr. Scheres (27-10-1993) Cliënt 1234
Mevrouw is vannacht benauwd geworden en heeft hoge koorts. Temperatuur 39.2. Graag overleg met huisarts voor actie.

VANDAAG

Sebastiaan van Sandijk
Gelezen door Eline. Ik leg het voor aan de huisarts en kom er vandaag op terug
15:57

[Eline] overlegd met dokter Mosch. Gezien voorgeschiedenis nog even aanzien. Als morgen weer/nog steeds temp >38,5 graag even afspraak op praktijk. Is benauwdheid alweer verminderd?
16:00

Benauwdheid is minder geworden, waarschijnlijk heeft ze haar puf niet goed genomen. We meten de temperatuur morgen nog een keer.
16:18 ✓

Figuur 3. Fictieve chat communicatie tussen verpleegkundige en huisarts assistent.

Inrichting van en training voor de Voorspoedzorg Diagnosebox

De Diagnosebox is naar aanleiding van geïnventariseerde wensen en verwachtingen in de opstartfase gevuld met een aantal diagnostische hulpmiddelen – zie figuur 4. en tabel 1.



figuur 4. Voorspoedzorg Diagnosebox en CRP meter voor het wijkverpleegkundig team

Deze diagnostische hulpmiddelen en meetinstrumenten zijn bepaald op basis van de te verwachten casuïstiek en de ervaringen van verschillende wijkverpleegkundigen met het uitvoeren van (extra) diagnostische bepalingen.

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

Voor een aantal middelen geldt dat de Box feitelijk in een back-up voorziet: de meeste verpleegkundigen bij Oprecht Zorgend hebben deze middelen (bloeddrukmeter, temperatuur en saturatie standaard; urine sticks meestal; in sommige gevallen glucosemeter) zelf ook bij zich. In principe hoeven ze de Diagnosebox voor dat soort bepalingen dan ook niet op te halen/mee te nemen naar de client.

Tabel 1. Welke diagnostiek & meetinstrumenten zijn meegenomen in het project?

▪ Bloeddrukmeting	Handmatige bloeddrukmeter en stethoscoop
▪ Temperatuurmeting	Digitale voorhoofdmeter óf Rectale meter
▪ Gewichtsmeting	Weegschaal (cliënt zelf)
▪ Glucosemeting	Glucosemeter + Priknaalden
▪ Urinemeting	Urine-sticks
▪ Zuurstofsaturatie	Saturatiemeter
▪ Hartfrequentie	Polsteller
▪ Ademhalingsfrequentie	Polsteller
▪ CRP-Meting	Affineon 2 CRP-Meter + Cartridges + Priknaalden
▪ Wondmeting	Foto + Meetlint
▪ Wondanalyse	TIME-model
▪ Pijn	NRS-Score / VAS-Score
▪ Cognitie	MMSE-Score
▪ Delirium	DOS-Score

In de Diagnosebox zitten notitiekaartjes waarop de uitkomsten van de diagnostiek ingevuld kunnen worden. Door middel van een foto eenvoudig te plaatsen in ONS of Siilo.

Een duidelijke uitzondering is de CRP meter. Deze is met name in de box opgenomen met het oog op gevallen waar verdenking op sepsis of urineweg infecties (als de sticks niet voldoen) speelt. Het team Oprecht Zorgend heeft via Voorspoedzorg een online (Micro-learning) training gevolgd voor het gebruik van de CRP-meter. Tijdens de fysieke trainingsbijeenkomst eind maart hebben de verpleegkundigen met het CRP apparaat zelf kunnen oefenen.

ONS Wondzorg

In het verlengde van ONS Wondzorg is een module in ONS om het verloop van complexe wonden te monitoren en goed vast te leggen voor een wat langere periode. Bij het uitwerken van de nieuwe werkwijze bleken de werkafspraken voor dit type gevallen minder goed te passen. Enerzijds heeft een huisarts in de regel weinig aanvullende inbreng bij dit soort (verpleegkundige) zorg - tenzij er een verergering optreedt. Anderzijds gaat het om langer lopende gevallen, waarvoor de gekozen wijze van communiceren met Siilo minder goed toepasbaar is. De ONS Wondzorg app is als ondersteuning bij het monitoren en beoordelen van het effect van complexe wondzorg inmiddels beschikbaar gesteld aan alle teams binnen Coöperatie LIZ.

Eerste bevindingen

De eerste ervaringen zijn positief. De heldere werkafspraken rond communicatie en uitwisseling van informatie worden zowel in de huisartspraktijk als door de wijkverpleegkundigen zeer gewaardeerd.

De eerste ervaringen met de Voorspoedzorg Diagnosebox zijn ook positief. Het is echter te vroeg om hier al conclusies aan te verbinden. Daarbij speelt mee dat meerdere verpleegkundigen een aantal van de meer simpele diagnostische hulpmiddelen ook zelf bij zich hebben. Deze zijn dus ook zonder de 'box' (de koffer die echt nodig is om met name de CRP meter te vervoeren) beschikbaar.

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

Gebruiksevaluatie: eerste bevindingen

Een mooie binnenkomer voor het project was dat de eerste indruk van de voorgestelde nieuwe werkwijze verwoord werd door de verpleegkundigen als 'dit is heel herkenbaar, niet heel anders dan we nu al doen'.

De nieuwe werkwijze leunde inderdaad zwaar op de huidige werkwijze in het Oprecht Zorgend team – mede doordat sommige van de verpleegkundigen voorheen al bepaalde meetinstrumenten meenamen naar cliënten konden we gebruik maken van hun ervaringen in het procesontwerp. Maar ook waar 'echt' nieuwe elementen zijn ingevoerd, hebben we geprobeerd dicht bij het gangbare proces te blijven. Door de herkenbaarheid is het immers makkelijker voor betrokkenen om zich een voorstelling te maken van wat er gaat gebeuren. En is het ook makkelijker om de nieuwe werkafspraken door te voeren en in te bedden in het dagelijks werk; niet alleen bij de verpleegkundigen, maar ook in de huisartspraktijk.

Een belangrijk aandachtspunt bij het invoeren van de nieuwe werkwijze was het uniformeren van de gang van zaken voor alle verpleegkundigen in het team. Verschillende verpleegkundigen deden al vergelijkbare dingen, maar niet per se op dezelfde manier. Om te voorkomen dat mensen zelf dingen moesten gaan invullen en (niet onbelangrijk als het gaat om samenwerking met een externe partner) de huisarts met verschillende variaties op hetzelfde thema zou worden geconfronteerd, is ook gezamenlijk geoefend zodat men zich ook bewust werd van mogelijke verschillen met hoe collega's dingen doen – bij het opstellen van siilo chat berichten voor fictieve casussen, maar in het verlengde daarvan ook met hoe men de verslaglegging in ONS structureert of onder welke omstandigheden verschillende verpleegkundigen wel of niet bepaalde diagnostiek uitvoeren.

Opbrengsten vanaf het eerste uur

Al meteen bij na de start van de pilotfase werd het toepassen van siilo cq asynchrone communicatie ervaren als een verademing. Beide partijen rapporteren in de wekelijkse casusbesprekingen hoeveel tijd en verstoringen deze manier van communiceren scheelt in vergelijking met het gangbare bellen. Om een indruk te geven van die tijdwinst, per casus/contactmoment scheelt de asynchrone uitwisseling zo'n 5-10 minuten aan de kant van huisarts en tenminste 15 minuten voor de wijkverpleegkundige. Of (veel) meer. Want deze tijdwinst gaat over het bellen zelf, maar ook over de tijd die het kost om te wachten tot er wordt opgenomen. Dat kan op de verkeerde momenten lang duren – als het niet om spoed gaat, is een half uur of drie kwartier wachttijd niet heel ongewoon...

In de kwantitatieve evaluatie zullen we de (gemiddelde) tijdwinst preciezer bepalen op grond van de ervaringen tijdens het project.

Het voordeel van een (chat) berichtje, in dit geval via Siilo, is dat de verpleegkundige het bericht kan opstellen, op zenden drukt en vervolgens weer verder kan met wat er moet gebeuren. Daardoor is een dergelijke vorm van communicatie minder belastend. En de verpleegkundige kan bij het opstellen van het bericht ofwel rekening houden met wat er in het dossier moet komen (en de informatie daar later inplakken), ofwel in het bericht stukjes informatie uit het dossier over kopiëren. Maar het voornaamste voordeel toch dat op deze manier de verpleegkundige haar eigen tijdstip kan kiezen om het bericht te sturen (in de meeste gevallen is niet direct sprake van spoed), en vervolgens ook de huisarts (via de assistent) op een geschikt moment antwoord kan geven – ook weer op een eigen gekozen geschikt moment.

Aan de kant van de huisarts speelt mee dat de assistente de urgentie van het bericht inschat. Moet ze de huisarts meteen aan de jas trekken of is het voldoende als ze haar het bericht aan het einde van het spreekuur aan haar voorlegt? De verpleegkundige geeft aan of er sprake is van een spoedeisend geval - in geval van spoed wordt (ook) de spoedlijn gebeld – maar in het brede scala aan niet-spoedeisende gevallen in de categorieën B-C-D kan wel degelijk sprake zijn van enige urgentie.

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

Dit hangt mede samen met het asynchrone karakter van de gekozen vorm van communicatie. Want de assistente zal niet elk bericht in de Siilo inbox meteen zien of kunnen lezen, laat staan er ook meteen op kunnen reageren. Dit is een groot voordeel: de assistente en de verpleegkundige kunnen elk op het voor hen geschikte moment het bericht schrijven of lezen. Het is ook een risico: wat als het (te) lang duurt voordat de assistente dan wel de huisarts een vraag of signaal van de verpleegkundige ziet? In dit verband hebben we in de voorbereidingsfase van het project een hele belangrijke werkafspraken gemaakt: de assistente kijkt in ieder geval twee keer per dag in de Siilo inbox: 's ochtends om 8u en 's middags om 13u. Deze afspraak geeft de assistent en de verpleegkundigen een houvast. De assistent heeft het ingepland zodat ze er ook op drukke momenten aan denkt, verpleegkundigen kunnen op basis hiervan inschatten wanneer de assistente resp. de huisarts hun bericht tenminste zullen zien.

Dit levert veel voordeel op ten opzichte van telefonische communicatie. Verpleegkundigen kunnen op zondagmiddag hun bericht sturen, als ze bij de client zijn, en mogen dan verwachten dat ze de volgende ochtend of middag wel een reactie ontvangen. Dit betekent dat ze niet in de telefonische ochtendspits de huisartspraktijk hoeven te bellen, en dat ook de assistentie dat soort telefoontjes niet meer in de spits hoeft af te handelen. Dit biedt haar de gelegenheid om bijvoorbeeld na een drukke eerste ochtend na Pasen iets later, in de loop van de ochtend meer op het gemak deze berichten af te handelen. Dit voorbeeld illustreert hoe de nieuwe werkwijze niet alleen de direct betrokken voordelen biedt, maar huisartspraktijken ook kan helpen om beter bereikbaar te zijn voor (andere) patiënten. Ook zien we wel mogelijkheden om in geval van vakanties en lange weekenden de uitwisseling met/van waarnemers soepeler in te regelen, zowel voor huisarts en waarnemer als verpleegkundige (en cliënten).

Inzet van diagnostische hulpmiddelen

Na de gezamenlijke training en oefensessie was de Voorspoedzorg Diagnosebox beschikbaar voor het Oprecht zorgend team. Sinds half april staat de Diagnosebox op een centraal punt in Vierlingsbeek, met faciliteiten voor opladen en een koelkast voor testcartridges e.d. in voorraad. De box is in de eerste twee maanden relatief weinig gebruikt. Enerzijds hadden verpleegkundigen in voorkomende gevallen immers ook hun eigen meetinstrumenten bij zich. Anderzijds, zo bleek, was men over het algemeen niet zo bezig met de extra diagnostische mogelijkheden. Vooral het gebruik van een CRP meter blijft makkelijk buiten beeld voor een verpleegkundige – ook al zien ze wel degelijk (enkele) situaties waar een CRP bepaling verschil kan/had kunnen maken.

Zo langzamerhand wordt er meer gebruik gemaakt van de diagnostiek. Eén van de drempels lijkt te zijn dat verpleegkundigen het inzetten van dergelijke middelen associëren met (een vraag van) de huisarts. Terwijl die er meestal niet direct om vraagt – uit gewoonte of omdat het niet per se nodig is? In het project zijn we begonnen om nut en bruikbaarheid van (extra) diagnostiek nader te verkennen, bijvoorbeeld om de verpleegkundige zelf in staat te stellen betere inschattingen te maken, of in de communicatie met huisarts (en post) of SEH beter onderbouwd kunnen verwijzen.

In dit verband hebben we in het project enkele illustratieve voorbeelden gezien, onder meer een geval waarbij de verpleegkundige op vrijdag een cliënt wilde laten zien door de HAP, maar deze pas op zondag kwam – en toen snel moest insturen naar het ziekenhuis. In dit geval (“wat als”) had een CRP meting kunnen helpen om de HAP eerder te overtuigen van de eventuele urgentie van de situatie. Bij een andere cliënt werd de CRP meter gebruikt om aan te tonen dat in een (risico)gezin een virale infectie heerst. Deze bepaling heeft in het ziekenhuis geholpen om eerder de juiste behandeling in te zetten.

Het eerstgenoemde voorbeeld is vooral illustratief omdat deze casus laat zien dat het in voorkomende situaties vaak meer gaat om het besef dat een bepaald hulpmiddel of meetinstrument nuttig kan zijn dan om het al dan niet makkelijk beschikbaar zijn ervan. De Diagnosebox met de CRP meter stond in dit geval aan de overkant van de straat. De verpleegkundige had deze makkelijk kunnen halen en gebruiken, ze heeft er gewoon niet aan gedacht.

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

We gaan nader in op de bevindingen rond de inzet van de diagnostische hulpmiddelen in de eindrapportage.

6. Resultaten tot nu toe

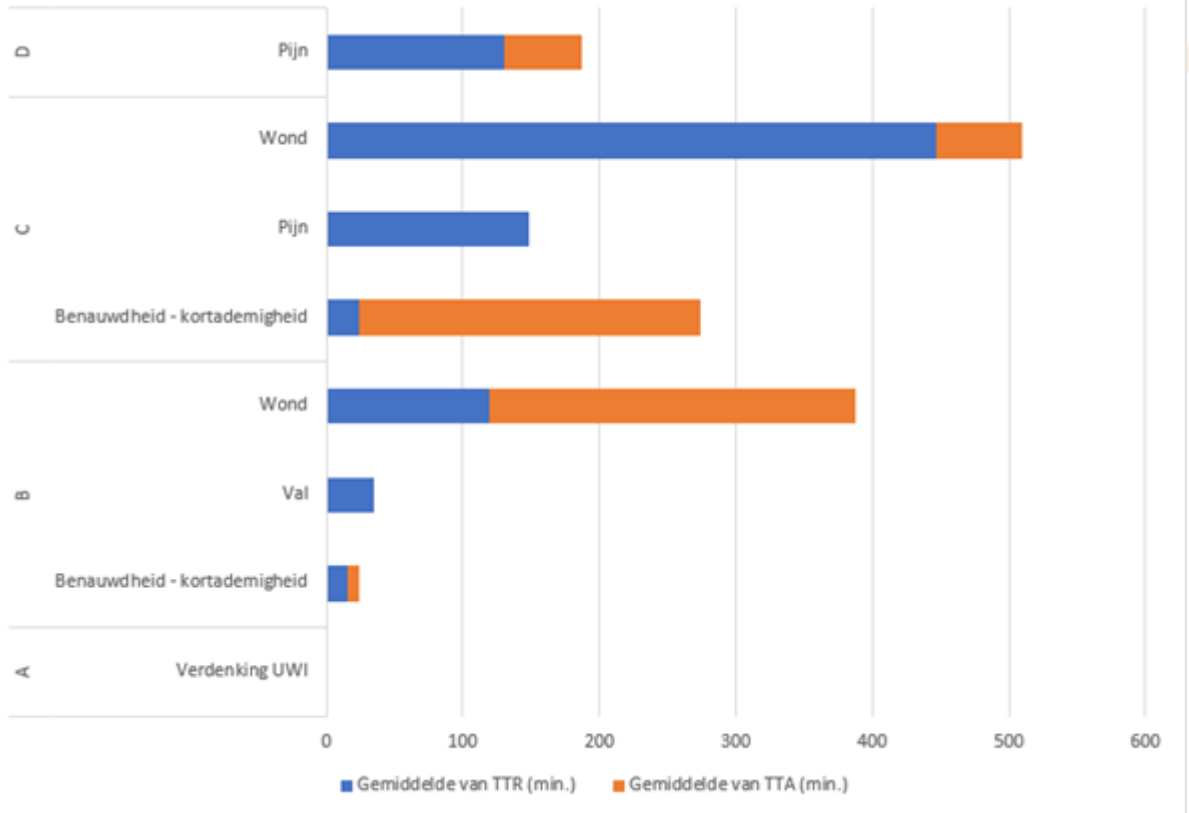
Hieronder beschrijven we de tussenresultaten t/m half juli 2023.

Beschrijving casuïstiek

Het Oprecht zorgend team heeft ca 15 cliënten in zorg.

- in ca 15 weken is 32 keer een casus aangemaakt voor 8 verschillende cliënten. Nog 5 casussen zijn doorgesproken en meegenomen in de analyse als 'wat als' casus.
- 14 van de casussen gingen over een medicatiebestelling. In deze gevallen wordt meestal op verzoek van de cliënt een siilo bericht naar de assistent gestuurd (apothekhoudende praktijk) met het verzoek om medicijnen klaar te zetten of op te sturen. In de regel is de huisarts niet betrokken in deze casussen.
- Van de resterende 18 casussen vielen er 9 in categorie C (cliënten met mogelijke verslechtering van bestaande chronische aandoening), 6 in categorie B (herkenbare/verwachte zorgvraag) en 1 in D (cliënt met onduidelijke, ongedifferentieerde zorgvraag).
- Er was 2 keer sprake van een spoedeisende situatie (categorie A). Dat wil zeggen: er is een bericht in siilo geplaatst voor dossier/project doeleinden, maar de communicatie met de huisartspraktijk verliep telefonisch.
- De tijdwinst door toepassing van de nieuwe werkwijze met de asynchrone Siilo berichten was in al deze gevallen tenminste 5-10 minuten voor de huisarts/assistente en 10-30 minuten voor de verpleegkundige. De betrokkenen gaven aan dat de het niet hoeven wachten op verbinding, het kunnen insturen van een vraag of verzoek op een eigen gekozen moment en het vermijden van telefonische spitsmomenten, met in het verlengde daarvan de mogelijke betere bereikbaarheid van de huisartspraktijk op drukke momenten, eigenlijk belangrijker opbrengsten zijn dan de gewonnen minuten zelf.
- In figuur 5 hieronder is te zien hoelang het gemiddeld duurt voor de huisartsassistente het bericht ziet – TTR: tijd tot (eerste) respons – resp. totdat de verpleegkundige een advies/antwoord van de huisarts op de gestelde vraag ontvangt – TTA: tijd tot advies.

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage



Figuur 5. Tussenresultaten m.b.t. tijd tot eerste respons en tijd tot advies voor verschillende casussen

Figuur 5 laat zien dat de tijd tot eerste respons grote uitschieters kent (het hoge gemiddelde voor C-wond casussen komt door een uitschieter van bijna een dag. Dit was verwacht), maar over het algemeen laag genoeg is. In deze gemiddelden zijn gevallen meegenomen waar de verpleegkundige bijvoorbeeld in het weekend, wanneer de praktijk niet open is, alvast haar vraag instuurt. Een reactie op de volgende ochtend of een dag later is dan meer dan voldoende.

Een andere observatie is dat in diverse gevallen (benauwdheid, pijn en val) vrij snel - binnen 15 tot 35 minuten – zowel de eerste reactie als het gevraagde advies wordt ontvangen. Het moment van insturen is een belangrijke factor, maar het lijkt er op dat potentieel (meer) urgente gevallen ook sneller tot een resultaat (antwoord of advies) leiden. Hierover is echter op dit moment nog geen sluitende conclusie te trekken. Het vergt nadere analyse om duidelijkheid te krijgen over welke factoren bepalend zijn voor de TTR en TTA. In de resterende maanden proberen we bovendien helderheid te krijgen over de TTC: tijd tot client/time to care, i.e. de tijd totdat het antwoord/advies van de huisarts daadwerkelijk de client bereikt.

Tot dusver hebben we de casussen ingedeeld aan de hand van aandoening/aanleiding en urgentie/zorgvraag categorie. Deze indelingen zijn nog niet voldoende eenduidig handig gebleken. Wellicht is ook de soort vraag die aan de huisarts wordt gesteld relevant, of de reden waarom de verpleegkundige contact opneemt. Ook dit vraagt om nadere analyse – en meer casussen – voordat we duidelijke kwantitatieve conclusies kunnen trekken over effecten en impact van de nieuwe werkwijze en toepassing van de Diagnosebox in diverse voorkomende gevallen. Dit zal verder besproken worden in de eindrapportage.

Tussentijdse aanpassingen en aanvullingen

De nieuwe werkwijze is met weinig moeite ingevoerd door het Oprecht Zorgend team en huisartsenpraktijk Maasdorpen. Uiteraard moest men even wennen, en zijn er in de eerste wekelijkse Casusbesprekingen wat plooitjes gladgestreken. De basis stond echter meteen als een

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

huis. Als aandachtspunt bij de implementatie willen we wel benadrukken dat de Casusbesprekingen in een dergelijk traject niet mogen ontbreken: apart van het gladstrijken van kleine onderlinge verschillen of onduidelijkheden in bepaalde gevallen, biedt de casusbespreking ook de gelegenheid om inhoudelijke aspecten en met name risico's in verschillende casussen te bespreken. In dit project is dit niet aan de orde geweest, maar het risico bestaat bijvoorbeeld dat in de eerste weken een spoedeisende vraag ten onrechte niet via de spoedlijn wordt aangemeld en later dan wenselijk onder de aandacht van de huisarts wordt gebracht. De regelmatige Casusbespreking helpt om dit eerder aan te zien komen en waar nodig op in te grijpen.

De volgende lijst geeft een indruk van wat er is aangepast naar aanleiding van de wekelijkse Casusbespreking:

- 1. Siilo casus afsluiten (na archivering voor project)**
Er was in de eerste week onduidelijkheid over wanneer een Siilo casus moet/kan worden afgesloten en ook verwijderd uit de Siilo groep (om niet te veel gesprekken te laten bestaan). We hebben een procedure afgesproken dat degene die de casus aangemaakt heeft deze verwijdert nadat de projectleider de chat wisseling heeft gearchiveerd als pdf – ten behoeve van de analyses voor het project.
- 2. Check dossiers**
Er is af en toe gecheckt of de dossiervoering in ONS niet werd vergeten – bleek geen probleem, behoefde geen aanpassing of aanvulling.
- 3. Inzet ONS wondzorg app (Liz breed)**
Voor (langdurige) wondzorg is al in een vroeg stadium besloten dat Siilo daar geen passend platform voor biedt – het is ook in de regel geen zorg waar de huisarts bij betrokken is (tenzij, en dan geldt de normale, nieuwe, werkwijze). Mede vanwege het belang van uniformering wordt de ONS wondzorg app nu LIZ-breed (alle wijkteams) ingezet.
- 4. Wondfoto's**
Om wondfoto's beter interpreteerbaar en meer gestandaardiseerd te krijgen zijn op een bepaald moment papieren liniaaltes toegevoegd aan de box. Door deze naast de wond op de foto te zetten, kan de wond objectiever gemonitord worden.
- 5. Medicatie bestellingen**
Huisartsenpraktijk Maasdorpen is een apotheekhoudende praktijk. Al vrij snel na de start van het project is doorgesproken hoe medicatiebestellingen ook via Siilo in plaats van telefonisch kunnen worden besteld. Deze werkafspraken zijn ondertussen gangbaar.
- 6. Meetinstrumenten scorelijsten**
Om het invoeren van data in ONS en Siilo te vergemakkelijken, zijn voor verschillende meetinstrumenten/scorelijsten kaarten ontwikkeld. Deze stimuleren standaard manier van invullen en een meer uniforme werkwijze rond gebruik (en verslaglegging) van dergelijke hulpmiddelen.
- 7. Zoeken naar extra casuïstiek i.v.m. opschaling/simulatiemodel**
Vanwege het kleine aantal relevante casussen in dit team/bij deze huisartsenpraktijk is regelmatig besproken wat voor gevallen bij andere (huis)artsen, verpleegkundig specialisten (diabetes verpleegkundige, verpleegkundig specialist wondzorg, ...) en andere behandelaren op afstand ook baat zouden kunnen hebben bij de nieuwe werkwijze. Sommige van deze gevallen zijn als 'wat als' casus besproken en als zodanig ook opgenomen in de evaluatie. Belangrijke conclusie van deze besprekingen is dat in de regel de nieuwe werkwijze vrijwel zonder wijzigingen toepasbaar is voor dergelijke casussen.
- 8. Geen vraag van de huisarts**
Vanaf eind mei kwam aan de orde dat eventueel relevante diagnostiek niet was uitgevoerd omdat er 'geen vraag van de huisarts was'. We hebben in dat verband regelmatig gesproken over het belang en nut van dergelijke diagnostiek voor de verpleegkundige zelf. Verbreding van het verpleegkundig ambacht, verdieping van de verpleegkundige professie en (extra) diagnostiek als onderdeel van verpleegkundig leiderschap werden geopperd als thema's in verschillende Casusbesprekingen. We

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

hebben in overweging om hier bij de betrokkenen – huidige en eventueel nieuw te betrekken verpleegkundigen uit andere teams – meer aandacht voor te vragen en bewustzijn te creëren dat verpleegkundigen dit soort aanvullende diagnostiek/hulpmiddelen juist voor eigen verpleegkundig functioneren goed zouden kunnen inzetten. Het project is bedoeld om ervaring op te doen met dit soort nieuwe mogelijkheden, laten we die ervaringen dan ook echt opdoen en evalueren wat de effecten en meerwaarde zijn.

In verlengde van de twee bovenstaande punten is verlenging aangevraagd en verkregen voor het project. Met een langere pilot/gebruiksfase verwachten we meer inzet van diagnostiek te hebben en hopen we in het algemeen ook meer casussen te kunnen meenemen in de evaluatie.

7. Discussie en vervolgstappen

Met dit tussenrapport hopen we een goede weergave te hebben gegeven van stappen tot dusver en enkele resultaten. Het is een lopend project. Niet alle aspecten zijn volledig uitgekristalliseerd; met name de kwantitatieve evaluatie zal nog de nodige inspanning vergen. Toch denken we al een aantal aardige (tussen)resultaten te hebben behaald. Mede daarom wordt er gekeken naar bredere toepassing van de werkwijze, door meer wijkteams vanuit Coöperatie LIZ te includeren dan wel door met extra huisartsenpraktijken vergelijkbare werkafspraken te maken. Daarnaast is het voor de kwantitatieve evaluatie van belang dat we meer en meer relevante casuïstiek in het project krijgen – vooral casuïstiek waar de inzet van (extra) diagnostische instrumenten en hulpmiddelen een rol speelt.

Opschaling en verbreding van de werkwijze

Al vrij snel na de start van de pilotfase werd de vraag gesteld of andere teams de nieuwe werkwijze niet ook konden invoeren, of dat de betrokken wijkverpleegkundigen (nu: Oprecht zorgend) met andere (huis)artsenpraktijken ook volgens deze werkwijze zouden kunnen samenwerken. Het antwoord van Oprecht zorgend en andere teams bij Coöperatie LIZ hierop was positief. Vanuit de huisartspraktijk wordt ondertussen ook verkend of andere thuiszorg teams op de nieuwe werkwijze willen overstappen – dit valt overigens buiten de scope van het project.

Voor verbreding van de extra diagnostische hulpmiddelen hebben we voorsnog te weinig gegevens verzameld om daar zinvol iets over te kunnen zeggen. Anekdotisch kunnen we wel aannemen dat ook daar potentieel grote voordelen te behalen zijn. Ook als verpleegkundigen die als onderdeel van hun eigen verpleegkundige werk gaan toepassen, en niet per se op vraag/verzoek van de huisarts. In de beoogde verlenging van het project hopen we de nieuwe werkwijze (ook) naar andere huisartspraktijken te kunnen verbreden. Op basis daarvan is wellicht meer te zeggen over de mate waarin de extra diagnostische hulpmiddelen voor de verpleegkundige resulteren in een eerder beschikbare onderbouwde beslissingen en uiteindelijk eerder beschikbare juiste zorg op de juiste plek voor de cliënt. We kunnen momenteel al wel wat zeggen in maat en getal over de gemiddelde tijdswinst van Siilo uitwisseling ten opzichte van bellen (zie volgende paragraaf), maar juist de TTC – time to care, i.e. tijd die het duurt voordat een cliënt de juiste zorg en ondersteuning krijgt – en de samenhang met eventuele inzet van extra diagnostiek kunnen we niet goed kwantitatief bepalen.

We zien net als de primair betrokkenen goede mogelijkheden om de (nieuwe) werkwijze in het project als gangbare manier van werken te introduceren in andere samenwerkingsverbanden. De genoemde voordelen zijn inspirerend genoeg en bieden goed vergelijkingsmateriaal voor volgende implementatietrajecten. Als eerste opties bieden de andere teams binnen Coöperatie LIZ en de waarnemende huisartsen rond huisartsenpraktijk Maasdorpen goede mogelijkheden. Deze pakken we als eerste op. Om andere mogelijke 'plekken' voor toepassing van de nieuwe werkwijze te exploreren zullen we in ieder geval in september aanstaande een bijeenkomst organiseren met mogelijke geïnteresseerde stakeholders in de regio. We denken daarbij in ieder geval aan assistenten c.q. praktijkmanagers van huisartsenpraktijken, maar ook aan

Slimmer samenwerken met diagnostiek - Tussenrapportage

verpleegkundig specialisten vanuit de ziekenhuizen en enkele vertegenwoordigers van huisartsenkoepels en verzekeraars.

Verlenging project en kwantitatieve evaluatie

De aangevraagde en ondertussen toegekende verlenging van het project – tot november 2023 - wordt benut om de geschetste verbreding van de nieuwe werkwijze te ondersteunen. De verlenging wordt bovendien benut om de nieuwe werkwijze op te schalen en daarmee ook meer data te verzamelen over effecten en impact. We zijn ondertussen begonnen om de casussen tot nu toe meer in detail (kwalitatief) te analyseren om op basis daarvan meer eenduidige categorieën te definiëren voor de casuïstiek. Idee is dat we daarmee de HTA evaluatie nader kunnen invullen en op grond van de verzamelde gegevens simulaties kunnen draaien waarmee verwachte effecten voor eventuele grootschalige toepassing van de nieuwe werkwijze met de Diagnosebox door wijkverpleegkundigen beter kunnen worden ingeschat. Dit zijn acties die tussen nu en oktober op de rol staan. Resultaten van de kwantitatieve evaluatie en de simulatie(s) voor verschillende soorten casussen worden in detail gepresenteerd in de eindrapportage.