

Nieuw ic-concept vergt wel andere financiering

Intensive care 'zonder muren' heeft veel voordelen

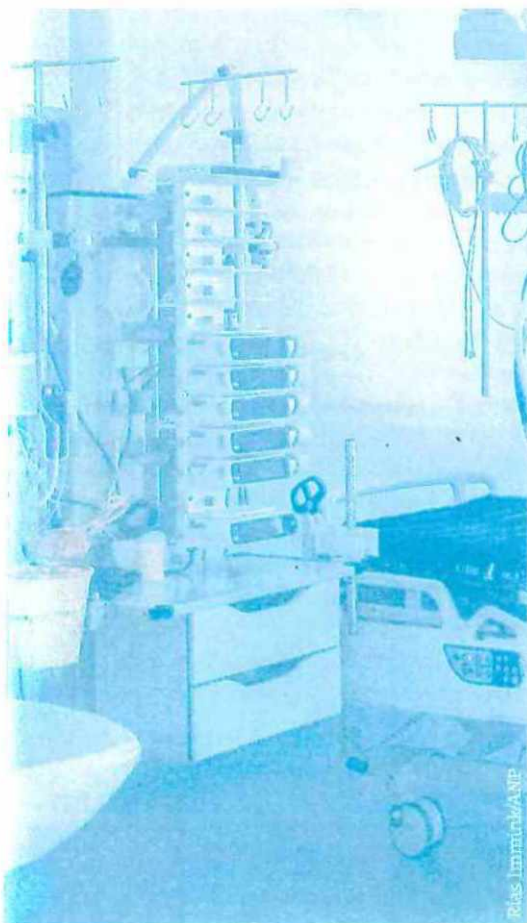
Hans Kuijsten
intensivist, stafbestuur ETZ, Tilburg

Desiree Burger
intensivist, medisch manager ic, ETZ, Tilburg

Marcel Vrijhoeven
manager zorgverkoop, ETZ, Tilburg

Reinout Miedema
director, SiRM

De ic van het Tilburgse Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis begon in 2017 met een programma dat tegenwoordig zou vallen onder de noemer passende zorg. De resultaten zijn positief, maar bestendinging van deze nieuwe manier van werken is een kopzorg. Intensivist Hans Kuijsten en collega's pleiten daarom voor wijziging van de bekostigingssystematiek.



In 2016 verscheen de Kwaliteitsstandaard Organisatie van Intensive Care met daarin de *closed format*- (de intensivist is de hoofdbehandelaar) en bedgebonden formatievereisten voor een ic-afdeling. De focus in de kwaliteitsregistraties en -indicatoren lag op overleving. Bekostiging vond, en vindt, plaats volgens een productiebekostiging met gereguleerde tarieven gebaseerd op ligdagen.

De ic in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis werd in 2017 echter geconfronteerd met vier belangrijke ontwikkelingen:

- De vraag naar inzet van ic-personeel buiten de ic-afdeling nam sterk toe. De reden hiervoor was het verdwijnen van generalistische kennis op steeds specialistischere afdelingen. Hiernaast namen de zorgzwaarte en complexiteit van de patiëntenpopulatie, zowel op de verpleegafdelingen als in de acute as, toe. Tegelijkertijd daalde het ervaringsniveau door verjonging van het verpleegkundig personeel.
- Deze toename aan zorgvraag viel echter samen met een toenemend tekort aan ic-verpleegkundigen. Hieruit volgde de sluiting van ic-bedden en daarmee een toename van het aantal weigeringen en uitstel van

electieve operatieve ingrepen. De beschikbare formatie werd volledig aan het bed ingezet, met inbreuk op de opleidingen en kwaliteitsbeleid, een toegenomen werkdruk en verlies van werkplezier tot gevolg.

- Dit viel samen met een omslagpunt in het kwaliteitsdenken op de ic. De gevolgen van een ic-behandeling werden steeds duidelijker en inmiddels erkend als het postintensive-caresyndroom (PICS). Daarmee kwam de nadruk veel meer te liggen op kwaliteit van overleven. De ic is daarmee niet langer met voor iedere patiënt 'de beste plek om te liggen' in het ziekenhuis. Immers: geen PIC zonder ic-opname.
- Kwaliteitsinitiatieven gericht op het verbeteren van zorg liepen daarbij op tegen de perversiteit en ongeschiktheid van het bekostigingsmodel. Goede zorg, resulterend in minder ic-ligdagen, kost de ziekenhuisorganisatie geld en leidt tegelijkertijd tot een afname in omzet. Activiteiten buiten de ic worden niet bekostigd en de brandweerfunctie van een ic-afdeling, waarbij een bepaalde mate van leegstand en buffer noodzakelijk wordt niet onderkend.

Nieuw ic-concept

Met als uitgangsvisie dat de ic een functie is

binnen het ziekenhuis die niet beperkt is tot een fysieke afdeling, werd een nieuw ic-concept ontwikkeld onder de naam 'ic zonder muren'. Doel was om patiënten door preventie en zorgverschuiving minder bloot te stellen aan een ic-opname en daarmee tegelijkertijd de vraag naar ic-zorg te verminderen.

Preventie vraagt om vroege herkenning en interventie nog voor een ic-opname in zicht komt. Naast het voorkomen van verslechtering bij patiënten biedt dit ook een tijdige en goede mogelijkheid tot 'advance care planning'. Daartoe is de ic actief in diverse *outreach*-taken. De ic is onderdeel van het traumateam, betrokken bij de opvang van instabiele patiënten op de Eerste Harthulp, levert de spoedinterventie- en reanimatieteam, maar heeft bijvoorbeeld ook een expertteam voor patiënten met een tracheacanule, dat ook transmuraal wordt ingezet in omliggende verpleeg- en revalidatiecentra.

Zorgverschuiving

Voor de zorgverschuiving van ic naar verpleegafdeling werden twee patiëntenpopulaties op de ic geïdentificeerd met een relatief laag risico: geselecteerde postoperatieve patiënten (zoals geselecteerde patiënten met een hersentumor) en patiënten die na de kritische fase wachten op een verpleeghuis- of revalidatieplek. Deze laatste populatie betreft in het ETZ meestal patiënten met ernstige hersenbeschadiging met een tracheacanule of patiënten met een thuisbeademingsindicatie zoals de patiënten met een hoge dwarslaesie. Naast transmurale samenwerking en scholing is ingezet op scholing in en uitbreiding van de mogelijkheden voor canulezorg binnen het ziekenhuis. Daartoe zijn onder andere financiële middelen van de ic verschoven naar een specifieke verpleegafdeling.

Om de veiligheid van deze zorgverschuivingen te borgen, maar ook sterker in te zetten op preventie is een systeem opgezet met *liaison nurses* (verpleegkundig specialisten) vanuit de ic. Hierbij biedt de ic 24/7 rugdekking door een boventallig ingeroosterde consultatieve ic-verpleegkundige (CIV). Dit zijn ic-verpleegkundigen die voor deze rol zijn geselecteerd en aanvullend geschoold om laagdrempelig en coachend op de verpleegafdelingen hun verpleegkundige collega's te ondersteunen. De CIV's nemen geen werkzaamheden over, maar helpen bij klinisch redeneren, verwoorden van 'nietpluisgevoelens' en het verlagen van de drempel om als verpleegkundige hulp te vragen bij een patiënt waar zorgen over zijn. Deze CIV is voor elke klinische patiënt inzetbaar.

Bekostiging

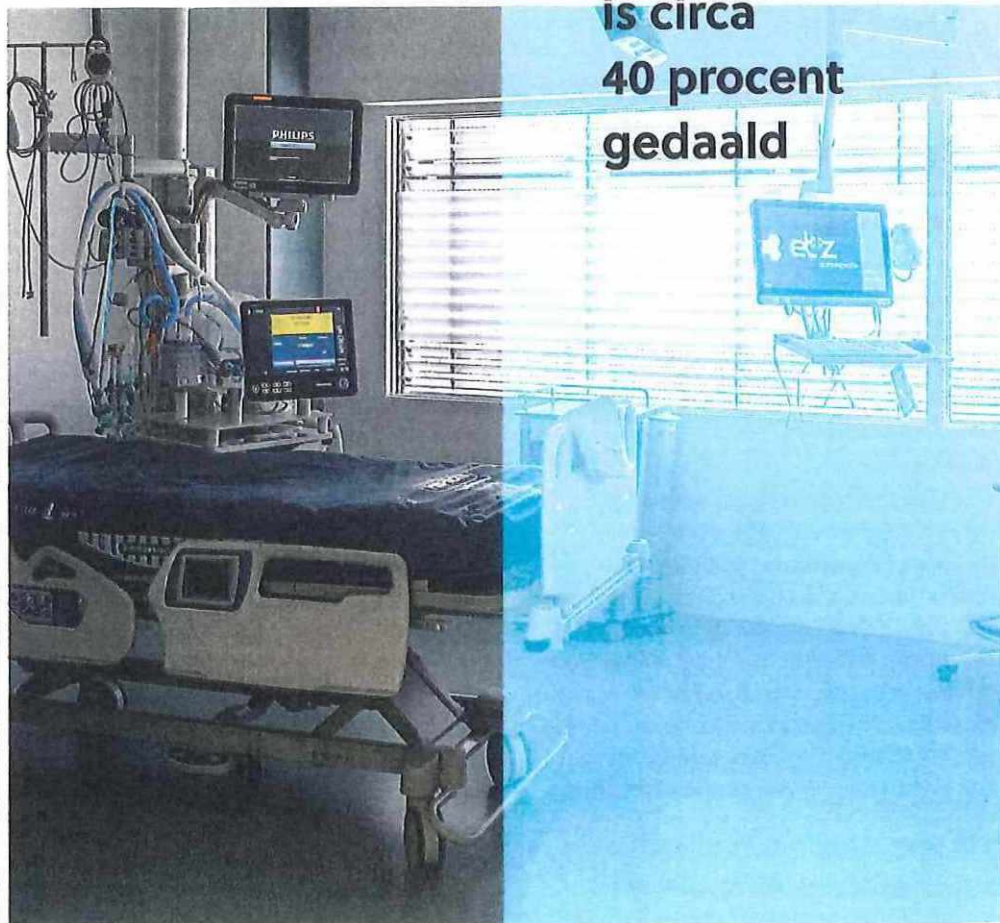
Om het concept ic zonder muren op een financieel verantwoorde en duurzame manier te implementeren, was een alternatieve bekostiging noodzakelijk. Hierbij was het cruciaal dat onze drie grootste zorgverzekeraars, CZ, VGZ en Zilveren Kruis, samen goed voor circa 90 procent van de omzet, achter het concept gingen staan. Ter facilitering werden meerjarige lumpsumafspraken gemaakt in combinatie met een *shared savings*-afpraak. Om de administratieve lasten beperkt te houden, werden er geen alternatieve betaaltitels aangevraagd of uitgebreide KPI's afgesproken. Wel werden de zorgverzekeraars periodiek geïnformeerd over de voortgang en tussentijdse resultaten.

Werkplezier

Inmiddels wordt er binnen het ETZ ruim zes jaar volgens dit ic-concept gewerkt. De resultaten zijn goed. Het aantal ic-ligdagen is circa 40 procent gedaald ten opzichte van 2017; ruim het dubbele van de landelijke trend. Het aantal

weigeringen is gedaald van ruim 10 naar minder dan 1 procent. Er zijn geen incidenten geweest met patiënten die nu buiten de ic behandeld worden en het aantal heropnames op de ic is stabiel. Het werkplezier en mogelijkheden in de beroepsontwikkeling op de ic zijn toegenomen. Tijdens de covidpandemie heeft het CIV-systeem een belangrijke rol gespeeld in het opschalen van covidzorg op de afdelingen, maar ook in de preventie van ic-opnames. Als belangrijke nevenbevinding geven verpleegkundigen van de verpleegafdelingen aan zich beter toegerust te voelen om met de toegenomen complexiteit van zorg om te gaan. Ze ervaren ook een mate van trots in het verplegen van wat voorheen ic-patiënten zouden zijn geweest.

**Het aantal
ic-ligdagen
is circa
40 procent
gedaald**





Het ETZ is overtuigd dat dit het meest duurzame model is

Toekomst

Daarmee zien we een aantal belangrijke en breed toepasbare mogelijkheden voor de toekomst. Het maatschappelijk belang van behoud van toegankelijkheid van ic-zorg blijft bestaan. Onduidelijk namelijk is nog hoe bestendig de krimp is, aangezien dit een tegen-gestelde beweging is ten opzichte van de demografische ontwikkelingen. Daar waar ic-afdelingen, geconfronteerd met de huidige landelijke autonome krimp, zoekende zijn naar behoud van productie of het vergroten van de efficiency door afvloeien van ic-personeel (wat ten koste gaat van de mogelijkheid om piekdruktes en pandemieën op te vangen), pleiten wij voor

behoud van flexibel inzetbaar ic-personeel voor de veranderende verpleegafdelingen en de transmurale keten. Deze flexibele ic-schil is essentieel als opschaling van de ic nodig is. Bovendien is de trend naar steeds minder, en minder ervaren verpleegkundigen met tegelijkertijd toenemende complexiteit en zorgzwaarte in het ziekenhuis nog steeds actueel, waarbij generalistische kennis inmiddels een specialisatie is geworden. Inzet van flexibel ic-personeel is bovendien instrumenteel in de verdere integratie van de (acute) zorg en kan een belangrijke bijdrage leveren aan verdere kwaliteitsverbeteringen, maar ook 'nurse empowerment' en het binden en boeien van zorgpersoneel. Het ETZ wil daarom vol inzetten op de ingeslagen weg in de overtuiging dat dit het meest duurzame model is.

Kwetsbaar

Toch is niet alles gelukt: zo is het meten van de uitkomst kwaliteit van leven, het opstellen van nieuwe indicatoren, het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en de inzet van wearables en AI-algoritmes bijvoorbeeld niet of onvolgende gelukt. Bovendien heeft het programma niet geresulteerd in een substantiële afbouw van kosten. Dit komt enerzijds omdat de veilige bodem van de ic-omvang is bereikt en verdere afbouw van capaciteit niet verantwoord is. Het profiel van de ic is sterk verschoven naar acute zorg met een grotere volatiliteit in zorgvraag en daarmee piekdruktes. Bovendien heeft onze ic een belangrijke brandweerfunctie voor de (boven)regionale functies traumatologie en neurochirurgie en een maatschappelijke verplichting tot een pandemische paraatheid. Anderzijds zijn financiële middelen – daar waar afbouw van capaciteit wel mogelijk was – geheralloceerd om de verschuivingen mogelijk te maken. Zo is er geïnvesteerd in onder andere het CIV-systeem en het flexibeler opleiden van verpleegkundigen. Zonder alternatieve bekostigingsafspraken met zorgverzekeraars zou de omzet met 40 procent zijn gedaald en zouden we genoemde transformatie niet hebben kunnen bewerkstelligen zonder ons noodzakelijke bedrijfsresultaat te veel onder druk te zetten. Dit maakt het ziekenhuis, ondanks positieve intenties, zeer kwetsbaar bij het maken van vervolgsafspraken met de zorgverzekeraars.

Groot bedrijfsrisico

Hoe verder deze weg ingeslagen wordt, hoe groter de risico's voor het ziekenhuis zoals hier-

boven reeds geschetst. Daarom pleiten wij voor een structurele wijziging van de landelijke bekostigingssystematiek voor in ieder geval de ic, maar eigenlijk voor de gehele acute zorg. Zolang productiebekostiging de grondslag blijft, staat of valt passende zorg op onze ic met de allianties die we hebben met onze grote zorgverzekeraars en blijft er een groot bedrijfsrisico, dat remmend werkt in de verdere opschaling van 'ic zonder muren' en andere passende zorginitiatieven in onze netwerken. Passende zorg vraagt om een passende structurele bekostiging. ●

contact

h.kuijsten@etz.nl

cc: redactie@medischcontact.nl



➔ Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.