

Aanpassing van de formulieren

Per heden zijn aangepaste versies van de dit voorjaar geïntroduceerde nieuwe aanvraagformulieren beschikbaar. De belangrijkste wijzigingen die zijn doorgevoerd:

- Toevoegen van een unieke kleur per onderzoek aan de rand van een formulier, zodat ze op een stapel eenvoudig van elkaar te onderscheiden zijn.
- Uniformiteit in het vak van de patiëntgegevens
- Verduidelijking bij de onderzoeken cardiologie
- Toevoeging van de rechtstreekse nummers per afdeling (in aanvulling op bereikbaarheid via het centrale nummer) en een hele korte beschrijving van de aanvraagprocedure op het formulier
- Vermelding van directe toegang tot ecg-onderzoek in Hoorn, Enkhuizen en Heerhugowaard

Voorbeeld van een vernieuwd formulier met een kleur in de hoek en een geüniformeerd gegevensvak.

De betrokken afdelingen en de medisch adviesraad zijn nauw bij de totstandkoming van de nieuwe formulieren betrokken, alsmede enkele collega's die zo vriendelijk zijn geweest opbouwende kritiek op de eerste versies te leveren.

Vanaf 11 augustus worden bij nieuwe bestellingen de nieuwe formulieren verspreid in plaats van de oude. Gezien de grote aanpassingen bij cardiologie worden deze formulieren aan alle praktijken verstuurd door de koeriersdienst van het DCWF. U wordt dringend verzocht na ontvangst van de nieuwe cardiologieformulieren de oude direct weg te gooien. De overige formulieren kunt u desgewenst nog blijven gebruiken. Mocht u een volledig nieuwe set willen ontvangen dan krijgt u deze uiteraard.

Werkwijze inspannings-ecg en event recorder

Al eerder verspreidde het DCWF een extra editie van de nieuwsbrief over de logistiek bij cardiologieonderzoeken in opdracht van de huisarts. Dit blijkt vaak nog niet optimaal te verlopen, wat vervelende consequenties heeft voor zowel u als verwijzer, de patiënt als de afdeling cardiologie van het Westfriesgasthuis, die de onderzoeken uitvoert.

Patenten die u verwijst voor een inspannings-ecg of een event recorder kunt u aanmelden per fax via het nummer 0229-257104. De afdeling cardiologie verstuurt dezelfde dag de afspraak per post naar de patiënt. Wanneer de datum niet uitkomt, kan de patiënt zelf met de afdeling contact opnemen voor een andere afspraak. Bij het inspannings-ecg dient u op het formulier aan te kruisen dat er geen contra-indicaties voor het onderzoek zijn, anders kan de aanvraag niet worden gehonoreerd.

Als u het formulier hebt gefaxt kunt u het formulier vervolgens aan de patiënt mee geven. Deze werkwijze geldt ook voor het aanvragen van onderzoeken met de event recorder.

Wij vragen u de patiënt te informeren dat het geen verwijzing naar de cardioloog betreft, maar dat het een eenmalig onderzoek betreft waarbij u hoofdbehandelaar blijft. Dit onderzoek is uitsluitend bedoeld voor patiënten met een gemiddelde of lage vooraf kans op ischaemie. Als de anamnese echt verdacht is, kunt u de patiënt beter rechtstreeks naar de cardioloog verwijzen. De kans op vals negatieve testen wordt dan groter. Het onderzoek op de functieafdeling cardiologie is een ondersteunend onderzoek voor de huisarts, dus u dient zelf de patiënt gerust te stellen. Uiteraard wordt bij onverwacht ernstige bevindingen wel meteen gehandeld.

Voor ecg's geldt nog steeds binnenlopen zonder afspraak: In Hoorn tussen 9:00 en 12:00 uur, in Heerhugowaard tussen 7:30 en 17:00 uur en in Enkhuizen tussen 8:30 en 17:00 uur (vrijdag tot 12:00 uur).

Online bestelmogelijkheid onderzoeksmateriaal en formulieren

Via dcwf.nl (kopje formulieren) kunt u vanaf heden, via het gebruik van een online invulformulier, formulieren en onderzoeksmateriaal bestellen. Invullen leidt tot bezorging van de bestelde materialen binnen 48 uur na het plaatsen van de bestelling via de koeriersdienst van het DCWF of eventueel via post.nl.

DCWF Aanvraag formulieren en onderzoeksmateriaal

Praktijknaam

Plaats

Graag wil ik de volgende items op mijn praktijk ontvangen:

Formulieren

Klinisch chemisch laboratorium

Medische microbiologie

Screenshot van het bovenste gedeelte van het online aanvraagformulier.

Status labelprinters

Afgelopen week heeft het DCWF besloten om Dymo labelwriters op bruikleenbasis ter beschikking te stellen aan alle regionale huisartsen en de HIDH's en AIOS die bij hen werken. Op verzoek van de huisartsen zal per arts ook de assistente een labelprinter ter beschikking krijgen. Het DCWF zorgt voor stickers met een klein logo erop, welke vanaf medio september zijn na te bestellen via de site dcwf.nl. Op de printer is het DCWF logo en een uniek nummer aangebracht.

Met deze beslissing hoopt het DCWF bij te dragen aan efficiënter werken in de praktijk en het aantal fouten rondom de aanvragen te verlagen. Het komt nog regelmatig voor dat materiaal niet juist is gemerkt, waardoor soms het hele onderzoek overgedaan moet worden.

Namens het DCWF is Harry Spelt verantwoordelijk voor de distributie naar de praktijken. Waar nodig helpt hij u bij de installatie en de koppeling aan uw HIS. De distributie start begin september.

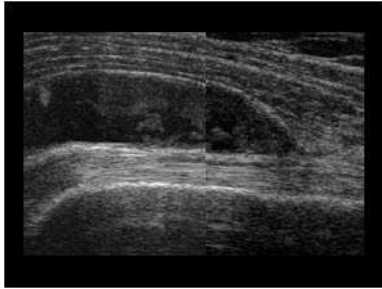
Andere medici die eerstelijnsdiagnostiek aanvragen en voor wie efficiënt aanvragen van belang is, kunnen bij het DCWF een printer aanvragen via info@dcwf.nl. Vanzelfsprekend beoordeelt het DCWF wel of dit verzoek gehonoreerd wordt. De aanvrager krijgt hierover na aanvraag spoedig bericht.

Interview: Echo's van de schouder in beeld

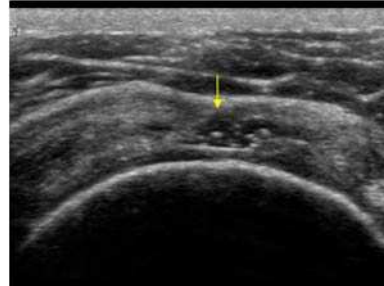
Bij het begin van het interview is de radioloog Diane Mouwen nog hard aan het werk. Alaine van Einatten probeert koffie uit het apparaat van de radiologen te voorschijn te toveren. Ondertussen praten we over de functie van Alaine. Officieel is zij "mbb"; dat betekent medisch beeldvormend en bestralingsdeskundige. Hiervoor zijn een technische HBO opleiding en een post-HBO-opleiding van anderhalf jaar in de specialisatie echografie vereist. Alaine en haar collega's maken de echo's zelfstandig en verzorgen de beeldvorming. De radioloog beoordeelt de plaatjes vervolgens en verzorgt het verslag aan de huisarts.

Het interview spits zich vooral toe op echografie van de schouder. Daar levert dit onderzoek meerwaarde op. Als je namelijk een röntgenfoto maakt, is de patiënt vaak teleurgesteld omdat een goede diagnose op basis van röntgenbeelden vaak niet mogelijk is. Pas met een echo heb je een beeld van de weke delen, waar vaak de pathologie is. Zo is echografie geschikt voor bursitis in de schouder, pees- en cuffrupturen, maar ook de bewegende delen kunnen worden onderzocht. Maar ook bij congenitale heupdysplasie is op dit moment echografie de eerste keus.

Diane Mouwen, sinds twee jaar radioloog in het Westfriesgasthuis, komt bij het gesprek. Zij is opgeleid in het Maasstadziekenhuis in Rotterdam en in Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Specifieke aandachtspunten in haar opleiding waren interventieradiologie en echografie. Zij heeft speciale kennis van de weke- delen- letsels van de schouder. Met echografie is veel pathologie van de schouder te vinden. Het onderzoek is veel goedkoper dan een MRI. Vaak wordt een MRI voorkomen door de bevindingen bij echografie. Verder is het voordeel dat de patiënt tijdens het onderzoek, dat een kwartier duurt, ook aan de echoscopiste kan aangeven wanneer het pijn doet, waardoor bijvoorbeeld de painfullarc goed te onderzoeken is en de oorzaak van het impingement te vinden is.

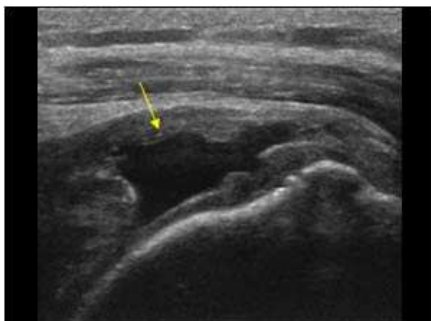


Op deze echografie is een fraaie bursitis te zien. Echografie is dé manier om een bursitis aan te tonen



Met behulp van echografie kun je ook mooi verkalkingen in de pees visualiseren.

Wat vinden Diane en Alaine van de fysiotherapeuten in de regio die ook echoscopie doen? Alaine is zelf vroeger fysiotherapeut geweest. Zij is van mening dat je dramatisch veel ervaring nodig hebt om dit onderzoek goed te kunnen uitvoeren, of ondersteuning om het te leren, zoals een deskundige radioloog om mee te overleggen. Zij zijn beide niet voor zo maar een echo door de fysiotherapeut. Hierdoor wordt de patiënt in verwarring gebracht en je geeft je als fysiotherapeut op glad ijs. Diane zegt dat vijf jaar opleiding nodig is en dat je minstens 4 maanden per jaar echo's moet maken. Verder is supervisie nodig en beoordeling van de bevindingen. De echoscopisten maken de hele dag echo's. Alaine en Diane durven de stelling wel aan dat veel fysiotherapeuten in praktijk niet verantwoord bezig zijn.



Mooi in beeld gebracht: een ruptuur in de m. supraspinatuspees in de lengterichting.



Een transversale echoafbeelding van de m. supraspinatuspees. U ziet een echoarme leasie centraal met tendinose beeld.

De echoscopie van de schouder blijkt een door de huisarts vergeten onderzoek. Het wordt relatief weinig aangevraagd. Diane en Alaine denken dat dit komt omdat er onbekendheid bij de huisartsen is. Maar het onderzoek kan eenvoudig worden aangevraagd, het levert veel informatie, vooral bij de schouder en bij heupdysplasie. Maar ook de achillespees kan goed worden beoordeeld, net zoals Bakerse cysten en meniscuscysten.

Ook peesletsels en spierhematomen kunnen goed beoordeeld worden. De radiologen proberen ook zo goed mogelijk verslag te leggen. Daardoor is het voor de huisarts mogelijk het verdere beleid te bepalen en ook adviseert de radioloog over eventueel aanvullend onderzoek, zoals een MRI als dat medisch noodzakelijk is.

Terugblik symposium 23 juni 2011

Op 23 juni 2011 vierde het Diagnostisch Centrum West-Friesland zijn éénjarig bestaan. In het cultureel Centrum Pancratius werd een symposium gehouden onder de uitstekende leiding van Mart Stel. Het thema van de avond was "In or Out". Met behulp van kaarten konden de aanwezigen aangeven met welke spreker zij het eens waren.

Zo was er de tegenstelling "echte" colonoscopie door MDL-arts Johannes Schmidt, versus de "virtuele" CT-contrast colonoscopie door radioloog Steven Wolbrink. In een geanimeerde discussie bleek het voor de nieuwe techniek lastig de juiste plaatsbepaling te vinden. Steven kreeg veel stemmers op zijn hand die de nieuwe techniek, die ook binnenkort in het Westfriesgasthuis ter beschikking komt, een plaats in de eerstelijnsdiagnostiek toekenden. Het Westfriesgasthuis is daarmee een van de eerste ziekenhuizen in Nederland. Hij legde de vinger ook op de dreigende explosie van de vraag als gevolg van de in te voeren screening, wat maakt dat je nieuwe oplossingen moet omarmen.

Een andere tegenstelling was de trans-abdominale echografie versus de transvaginale echografie. Radioloog Kang Fa Sing kon door de buik ook veel dingen goed zien met de echografie. Gynaecoloog Hajo Wildschut, pas heel recent werkzaam in het WFG, gaf de voordelen aan van het transvaginale onderzoek. Als kanttekening plaatste Sing zijn generalistisch specialisme radiologie tegenover de specialistische visie van de gynaecoloog. Soms worden daarom algemene dingen in de buik gemist door de specialist, die de generalist wel ziet.

Is er voor incontinentie patiënten plaats in de samenleving, In or Out society dus. Bekend is dat het meest voorkomend somatisch probleem bij ouderen incontinentie is. Zijn deze patiënten veroordeeld tot opvangmateriaal of zijn er andere mogelijkheden. Huisarts Quirine Meijer en gynaecoloog Joke Klinkert waren het samen wel eens. Er kan nog veel geboden worden. Middels enkele casussen werd duidelijk dat er in de zaal nog wat kennisachterstand op het vakgebied incontinentie bestond. De incontinentiepoli heeft op deze avond het bestaansrecht wel aangetoond gezien, maar mag er niet toe leiden

Onder de kop "In or Out Responsibility" werd door huisarts Theo Versteegge gedebatteerd met cardioloog Paul van Bergen. Voor de huisarts komen steeds meer (geavanceerde) diagnostische middelen ter beschikking. De interpretatie van de uitslag kan problemen opleveren en wie is dan verantwoordelijk voor het verdere traject. Als voorbeeld werd de sinds kort beschikbare fietsergometrie met inspannings-ecg gebruikt. Duidelijk werd wel dat de uitslag van deze test afhankelijk is van de vraag. Juist bij gemiddelde kans geeft dit onderzoek veel informatie. Bij hoge kans op ischaemische afwijkingen of bij zeer lage kans, is de toegevoegde waarde van dit onderzoek veel minder.

Als laatste één-tweetje traden huisarts Carine den Boer en anesthesioloog Jasper de Jong voor het voetlicht over vage klachten en onbegrepen pijn. Met een casus werd wel duidelijk hoe moeilijk te bepalen is of de patiënt nu "In or Out" de tweede lijn thuishoort. Duidelijk werd dat voor de SOLK-patiënten (Somatisch Onverklaarbare Lichamelijke Klachten) in West-Friesland nog geen systematische zorgprofielen bestaan. Deze patiënten frequenteren de huisarts en zijn verzamelaars van grote hoeveelheden DBC's in de tweede lijn.

Na een voortreffelijk buffet werd de avond afgesloten met een drietal plenaire lezingen.

Jacqueline Heeremans, zorginkoper van UVIT, besprak het DCWF. Zij stelde zichzelf de vragen of het Diagnostisch Centrum West-Friesland Doordacht, Doelmatig en Dichtbij was. De conclusie was dat het DCWF doordacht was, omdat het een brug slaat tussen de 1e en 2e lijn. Verder loopt het voor de muziek uit om mogelijkheden te benutten om de poortwachterfunctie van de huisarts via uitbreiding van de diagnostische werkzaamheden te realiseren. Er is verder een medisch specialistische consultatiefunctie ingebouwd. In de financiering is de mogelijkheid ingebouwd om eventuele winst in te zetten t.b.v. de 1e lijn. Wat de verzekeraar betreft ontbeert het de 1e lijn nog vaak aan voldoende organisatie en menskracht om vaart te

maken met de zo gewenste substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Dit is geen verwijt maar een opbouwende bedoelde constatering waar UVIT de helpende hand wil bieden.

Bij doelmatigheid merkte de spreekster op dat men nog moet monitoren of reductie in aantal verwijzingen optreedt. Voorbeelden/initiatieven zijn er al, zoals vaginale echografie, IUD's inbrengen en de nieuwe onderzoeken op het gebied van de cardiologie.

Wat betreft dichtbij is tegemoet gekomen aan de wens van de klant: 25 prikpunten in West-Friesland, ook in Enkhuizen (2013) en Heerhugowaard uitgebreidere functies mogelijk, zelfmeting door verpleegkundigen in verzorgingshuizen, een complete trombosedienst, vaginale echografie, meer onderzoeken bij cardiologie, snelle toegangstijden en ruimere openingstijden van de locaties.

Heeremans eindigde met een sheet over wat het DCWF nog te doen staat en vatte dit als volgt samen:

- Organisatievorm dichterbij de 1e lijn (de ZBC constructie ligt voor dit gebruik onder vuur)
- Samenwerking en schaalvergroting opzoeken.
- Positieve samenwerking tussen WFG, WFHO en UVIT continueren op pad met onzekerheden onder het motto: "de beste manier om de toekomst te voorspellen is door deze zelf te creëren"

Stefan Koomen, lid van de Raad van Bestuur van het DCWF, gaf een strategisch overzicht van de zorg die in de nabije toekomst op de derde lijn, de tweede lijn en de huisarts afkomt. Met zijn laatste dia, de toren met champagneglazen, maakt hij in een klap duidelijk waar het in de zorg mis kan gaan. De klant blijft maar vragen, vergrijst en bezoekt steeds vaker de specialist. Ook de huisarts wordt overstroomd met vragen. Daarom zijn ondersteuning van de huisarts bijvoorbeeld met POH somatiek, POH ouderen en POH GGZ nodig. De rol van het DCWF is het versterken van de poortwachterfunctie. Samen met een betere informatie van de patiënt leidt dit tot minder zorgconsumptie. Meer doen in eerste lijn betekent minder onderzoek, want de drempel voor een aanvraag is hoger en het voorkomt onnodige medicalisering.

De opdracht voor het DCWF is dan ook: Verenig de eerste en tweede lijn, faciliteer de eerste lijn door snelheid en beschikbaarheid; doe dingen die de verzekeraar helpen doelmatige zorg in te kopen; zorg voor lage kosten en besteed eventuele winst voor innovatieve zaken in anderhalfde lijn.

De toegevoegde waarde van het DCWF in het eerste jaar werd als volgt

gepresenteerd: Forse productiestijging laboratoria; hoge klanttevredenheid van patiënten over de priklocaties; enorme versnelling van beschikbaarheid van de uitslagen; nieuwe vormen van onderzoek zijn gerealiseerd, zoals de gynaecologische echo, en op het gebied van de cardiologie; er is een volledig uitgeruste trombosedienst en een enthousiaste medisch advies raad. Er is een dialoog met omgeving en er zijn interessante nieuwe diensten in de maak.

De focus ligt thans op basale zaken, maar die zijn arbeidsintensief en bepalend voor dagelijkse praktijk. Verder komen er nieuwe formulieren; er is een project om een etikettenprinter voor alle huisartsenpraktijken in regio ter beschikking te stellen. Er wordt optimaal gebruik gemaakt van priklocaties. Er is een website, straks ook met mogelijkheden online te bestellen. Er worden frequent nieuwsbrieven verspreid om informatie te delen.

Wat betreft de verdere toekomst van het DCWF stelde Stefan Koomen vast dat de eerste lijn de enige plaats is waar forse groei zorgconsumptie kan worden opgevangen, dat techniek, kennis en kunde vaak nodig zijn ter ondersteuning huisarts, dat experimenten zoals keten DBC's nog vaak teleurstellend zijn en dat een nieuwe generatie op uitkomst gerichte zorggroepen in aantocht is. Het DCWF zal verdere invulling moeten geven aan de innovatieopdracht.

De avond werd afgesloten met een lezing van prof. dr. Mattijs Numans, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan het VUMC. De titel "Diagnostiek in de eerste lijn versterkt de huisarts werkelijk" gaf een aanzet tot een professionele visie op de huisarts als eerstelijns specialist, die klinische vaardigheden integreert met een professionele benadering, toegespitst op de eerstelijns populatie. De huisarts doet dit evidence-based waar mogelijk en experience-based waar nodig.

Diagnostiek door de huisarts is vooral gericht op het uitsluiten ziekte. Daarbij zijn specificiteit en NPV belangrijker dan sensitiviteit en PPV. Gepast gebruik van diagnostiek is de sleutel tot doelmatigheid. Mattijs Numans acht de volgende zorginnovaties noodzakelijk: Functiedifferentiatie, kaderprogramma's, taakdelegatie (verpleegkundigen, samenwerking: binnen 1e en met 2e lijn. Hij ziet de rol van de patiënt als "shared decision making". Verder zal er een E-health aanbod komen. En de nadruk ligt op een uitbreiding diagnostisch aanbod eerstelijns. De mogelijke financiële impact van gerichte substitutie van diagnostiek van 2e naar 1e lijn, is als volgt:

Minder verwijzingen :

- Minder diagnostische DBC 's -524
 - Minder behandel DBC's -345
 - Minder geïnduceerde DBC's -392
 - Meer diagnostiek in eerstelijns +598
 - Diversen (prijverschil, concentratie etc.) -778
- Overall besparing: 917 miljoen euro per jaar

Als toekomstscenario stelde Numans substitutie: meer diagnostiek i.p.v. verwijzing, uitbreiding diagnostisch aanbod eerstelijns en een andere organisatievorm diagnostisch aanbod.

Als voorbeelden noemde hij Point of Care testen, die leiden tot een verbetering van de besluitvorming tijdens het consult:

- CRP bij verdenking bacterieel infect
- D-dimeer bij trombo-embolische processen
- Calprotectine bij diarree
- Helicobacter bij maagklachten
- Pro-BNP bij hartfalen
- Troponine bij ischemisch hartlijden

Als voorbeelden van een andere organisatie van het aanbod werden de volgende voorbeelden gepresenteerd:

- Open acces intramurale diagnostiek en gezamenlijk beheer (feedback indicatie/uitkomst aan aanvrager)
- Inrichting diagnostische centra binnen de huisartsvoorziening (v.a. 25.000 patiënten)
- Laboratoriumdiagnostiek: uitbreiding aanbod in praktijk of meer prikmomenten en centrale verwerking?
- Meer mobiele 'aan huis' diagnostiek (echo, ECG).

Als laatste stelling noemde Numans dat in het licht van versterking van de functie van poortwachter: adequaat diagnostisch aanbod de sleutel is tot doelmatigheid.

De avond werd afgesloten met het uitreiken van een prijs voor de beste debater. Een deskundige jury kende de prijs toe aan Steven Wolbrink, radioloog, die met succes zijn onderzoek verdedigde tegen een al even uitstekende spreker, die met zijn charme en zijn "echte" colonoscopie, veel mensen kon overtuigen van de superioriteit van zijn onderzoek. Maar Steven vond de juiste toon om zijn onderzoek een plek te geven en hij kan een veel kortere wachttijd realiseren.