

Organisatie van zorg van grote invloed op ligduur van patiënten met een dwarslaesie

De zorg staat voor grote uitdagingen. De vraag naar zorg neemt de komende jaren fors toe en de verwachting is dat er te weinig mensen zijn om deze zorg te verlenen. Hoe organiseer je de zorg zodat zoveel mogelijk waarde toegevoegd wordt, tegen zo laag mogelijke kosten? En hoe kunnen revalidatiecentra financieel gezond blijven met steeds beperktere budgetten? In de organisatie van de zorg is veel te winnen!



DRS. R. (RIGT) BOSMA

Kwaliteitsfunctionaris, Lean Six Sigma Black Belt, UMCG
Centrum voor Revalidatie, Groningen

PROF. DR. M.W.M. (MARCEL) POST

Senior onderzoeker, Kenniscentrum Revalidatie-
geneeskunde Utrecht, UMC Utrecht Hersencentrum, UMC
Utrecht; De Hoogstraat Revalidatie, Utrecht; hoogleraar
revalidatiegeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, UMC
Groningen, Centrum voor Revalidatie, Groningen

DR. E.H. (ELLEN) ROELS

Revalidatiearts, UMCG Centrum voor Revalidatie,
Groningen



CORRESPONDENTIE

rigtbosma@outlook.com

In het UMCG Centrum voor Revalidatie (UMCG CvR) levert de klinische behandeling van patiënten met een dwarslaesie niet genoeg op om de investeringen te doen die nodig zijn voor een toekomstbestendige organisatie.

De positieve marge komt in zijn geheel voor rekening van de patiënten met een hoge meer complete laesie. De marges voor patiënten met een minder complete en/of lage laesie zijn negatief. Dit is uiteraard geen gewenste situatie. De ligduur bepaalt in belangrijke mate de kosten van de zorg in de klinische

revalidatiesetting. Het voorkomen van onnodige ligduur is dan ook van belang. Lean Six Sigma (LSS) is een bewezen methodiek die verbetering van het bedrijfsresultaat oplevert. Er zijn voorbeelden in de gezondheidszorg bekend waarbij door het toepassen van LSS de ligduur met tientallen procenten is verkort. Zie: www.ibisuva.nl/onderzoek/case-studies.

Om aangrijpingspunten daarvoor in het UMCG CvR te identificeren heeft Rigt Bosma als onderdeel van haar opleiding tot Lean Six Sigma (LSS) Blackbelt aan de Ibis UvA voor de klinische dwarslaesierevalidatie gekeken naar welke factoren de ligduur bepalen.

PATIËNTEN EN METHODEN

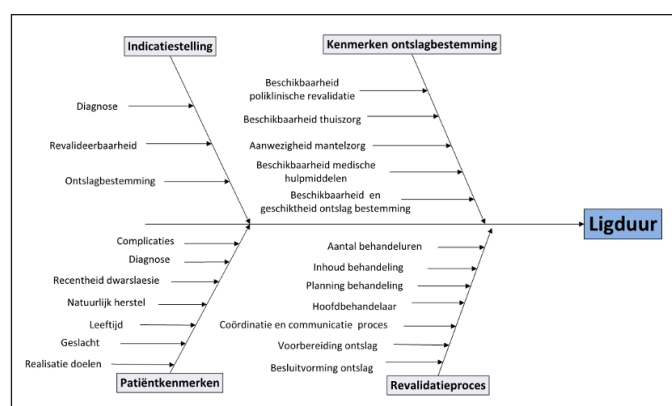
Er zijn dossiergegevens verzameld van alle klinische patiënten met een dwarslaesie die opgenomen zijn in het UMCG CvR in 2018, 2019 en 2020. Factoren die van invloed zijn op de ligduur zijn verzameld door middel van literatuurstudie, interviews met teamleden (revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, verpleegkundige en transferverpleegkundige), observatie van interdisciplinaire patiëntbesprekingen, en het in kaart brengen van de inrichting en uitvoering van het werkproces.

RESULTATEN

In het onderzoek zijn 218 patiënten opgenomen. Hiervan hadden 55 (25%) patiënten bij opname de DBC-code C1-C8/T1-T6 AIS A-C, 90 (41%) de DBC-code C1-C8/T1-T6 AIS D en 73 (33%) de DBC-code T7-T12 of lager. De gemiddelde leeftijd was 60 jaar (SD 16,7) en 63% van de patiënten was man. Tien procent van de patiënten was opgenomen met een niet-recente dwarslaesie. De mediane ligduur (exclusief (weekend)verlof en ziekenhuisopname) voor de gehele groep is 62 dagen (range: 15-301, IQR: 39 -95). Het gemiddeld

aantal behandeluren per week (alle disciplines exclusief de verpleegkundige) is rond de 10 uur per week gedurende de eerste 120 dagen van de opname.

De factoren die van invloed zijn op de ligduur zijn geordend in vier categorieën en weergegeven in een visgraatdiagram: de indicatiestelling, meer individuele patiëntkenmerken, kenmerken van de ontslag bestemming en de inhoud en de organisatie van het revalidatieproces (figuur 1). Onderstaand worden deze factoren per categorie besproken. In figuur 2 wordt per categorie een aantal uitspraken uit de interviews en patiëntbesprekingen weergegeven die de conclusies illustreren.



Figuur 1. Visgraatdiagram beïnvloedende factoren ligduur.



Figuur 2. Uitspraken behandelteam tijdens interviews en observaties.

Indicatiestelling

De criteria voor het in aanmerking komen voor een behandeling zijn van invloed op de ligduur. Patiënten moeten revalideerbaar zijn in termen van medische en psychologische situatie en moeten voldoende belastbaar zijn. Deze aspecten worden uitgevraagd bij de indicatiestelling.

Patiëntkenmerken

De ligduur van de patiënten met DBC-code C1-C8/T1-T6 AIS A-C is significant ($P < 0,001$) langer (93 dagen, IQR 56-137) dan de ligduur van de beide andere DBC-codes, die onderling weinig verschillen;

56 dagen (IQR 39 -80) in de groep C1-C8/T1-T6 AIS D en 53 dagen (IQR 34- 84) in de groep T7-T12 of lager. Binnen de DBC-code C1-C8/T1-T6 AIS A-C is er geen verband tussen de mate van compleetheit van de laesie en de ligduur. Patiënten met een recente dwarslaesie verblijven langer in het centrum dan her-opgenomen patiënten. Leeftijd en geslacht zijn niet van invloed op de ligduur. Het aantal complicaties, waaronder infecties en decubitus is groot onder de lange liggers. Zeventien van de 20 onderzochte langste liggers hebben complicaties (85%). Negen (45%) daarvan zijn hiervoor ingestuurd naar het ziekenhuis. Uit de interviews komt verder naar voren dat er een grote variatie is in natuurlijk herstel en psychologische kenmerken zoals acceptatie en motivatie.

Kenmerken ontslagbestemming

Vijfentachtig procent van de patiënten gaat met ontslag naar de eigen woonomgeving (eigen woning, andere aangepaste woning, Fokuswoning) en 7% naar een verpleeghuis. De overige 8% is onbekend of gaat naar het ziekenhuis en komt niet meer retour. De mediane ligduur in de eigen woning-groep is 59 dagen (IQR 29-91) tegen 110 dagen (IQR 83-147) in de verpleeghuisgroep ($p < 0,001$). Van de 20 langste liggers gaat het grootste deel (75%) naar de eigen woonomgeving, tegen 25% naar een verpleeghuis. Tachtig procent van deze groep heeft hulp nodig van de thuiszorg en negen hebben woningaanpassingen nodig. De omstandigheden in de woonomgeving en de wensen van de patiënt daarover beïnvloeden de ligduur. De patiënt wil bijvoorbeeld alleen naar een specifiek verpleeghuis of er moet gewacht worden op levering van hulpmiddelen door de gemeente.

Revalidatieproces

Hoewel bepaald is wat in de klinische fase (veilig functioneren in de thuissituatie en geen dagelijkse therapie meer nodig) hoort en wanneer de poliklinische fase kan starten, blijkt uit de interviews en observaties dat de klinische fase in veel casussen sneller beëindigd kan worden. Er wordt niet altijd expliciet gestreefd naar het verkorten van de ligduur.

De revalidatie wordt vormgegeven aan de hand van individuele behandeldoelen opgesteld in samenspraak met de patiënt.

Niet alle disciplines passen dit even consequent toe. De doelen zijn niet altijd goed afgestemd met de patiënt.

Tijdens de 3-6 wekelijkse interdisciplinaire patiëntenbespreking wordt het totale proces (inclusief revalidatiedoelen) besproken, benodigde acties uitgezet en vindt besluitvorming over het ontslag plaats. In het eerste overleg dat ongeveer na 2 tot 3 weken plaatsvindt, wordt een streefontslagdatum vastgelegd. Deze wordt regelmatig gemuteerd. Uit het onderzoek blijkt dat gewenste →

acties, zoals het regelen van hulpmiddelen of thuiszorg, vaak pas laat in het proces in gang gezet worden en de voortgang niet altijd goed bewaakt wordt. Soms wordt gewacht op het uitvoeren van een medische behandeling, bijvoorbeeld fenolisatie, of op de uitslag van een onderzoek.

DISCUSSIE

Uit het onderzoek blijkt dat in alle vier categorieën invloedsfactoren nog mogelijkheden liggen voor verkorting van de ligduur. Op sommige punten zijn al verbeterlagen gaande of gemaakt. Zo is de indicatiestelling inmiddels aangescherpt, is het mogelijk een patiënt ad hoc te bespreken op het interdisciplinair overleg en is er sinds enkele jaren een overleg met de transfer-verpleegkundige over weekendverlof en ontslag. Belangrijk maar grotendeels buiten de invloedssfeer van het revalidatieteam is de beschikbaarheid van de ontslagbestemming inclusief benodigde hulpmiddelen en thuiszorg. Dit vraagt om innovatie in de keten. Vanzelfsprekend is ook het voorkomen van complicaties van belang.

Dit onderzoek wijst uit dat er vooral veel verbeterpotentieel zit in het effectief sturen op ligduur in het revalidatieproces. Dit kan alleen als er per (sub-)diagnosegroep een standaard behandelproces (zorgpad) is, waarin de in- en exclusiecriteria, ontslagcriteria en de ambities op gebied van kwaliteit en efficiëntie zijn vastgelegd. Onderstaand worden vanuit de LSS-methodiek aanbevelingen gedaan om de ligduur te verkorten:

- Zorg dat revalidatiedoelen nog meer bijdragen aan de voortgang van de revalidatie door deze doelen voortdurend onder de aandacht van patiënt, naaste en team te brengen (visueel zichtbaar), niet alleen tijdens therapiesessies maar de hele dag. Maak zowel doelen voor de hele klinische revalidatieperiode als doelen voor deelstappen met een kortere cyclus. Stimuleer nog meer dat patiënten actief betrokken zijn bij hun revalidatieproces en zelfstandig oefenen.
- Organiseer interdisciplinaire overleggen eerder in het proces en met minder lange tussenpozen. Een kwart van de patiënten heeft bij het eerste interdisciplinaire overleg (na 2 tot 3 weken) de helft van de revalidatieperiode er al op zitten.
- Standaardiseer het inplannen van taken (bijvoorbeeld: voorlichting, standaard onderzoeken, kennismaking transferverpleegkundige) zoveel mogelijk, zodat deze tijd opgepakt worden. Zorg voor een duidelijker overzicht van de actuele taken in het dossier, wie verantwoordelijk is en de status ervan.
- Stuur sterker op ligduur door data over de ligduur op afdelingsniveau en op individueel niveau beschikbaar te hebben voor de zorgprofessional tijdens het interdisciplinaire

overleg. Stuur op het halen van de streefontslagdatum en bespreek direct alle opnames die langer duren dan gemiddeld.

- Communiceer vanaf de indicatie met de patiënt over het te verwachten proces en de ontslagcriteria. Geef aan dat na ontslag veelal poliklinisch of in de eerste lijn verder aan de doelen gewerkt wordt. Bespreek dat het kan voorkomen dat de ontslagsituatie niet optimaal is en dat ontslag hoe dan ook een spannende stap zal zijn. Verstrek deze informatie ook digitaal of op papier.

‘Bij ligduurverkorting wordt vaak gefocust op de langste liggers; de grootste winst aan capaciteit blijkt echter niet alleen in deze groep te liggen’

Als het over ligduurverkorting gaat dan wordt vaak gefocust op de langste liggers. De financiële pijn en de grootste winst aan capaciteit blijkt echter niet alleen in deze groep te liggen. Het werken met de indicator ‘Onverwacht langdurige opname’ (OLO; opname 50% langer dan verwacht) voor de verschillende diagnosecodes biedt mogelijk een betere indicator voor verbetering met betrekking tot ligduur, omdat een OLO relatief is.

Het introduceren van principes uit de LSS-methodiek in het inhoudelijke revalidatieproces leidt soms tot spanning. De zorgprofessional heeft het gevoel al maximaal te werken aan een zo kort mogelijke ligduur, terwijl vanuit de LSS-methodiek nog veel meer mogelijkheden naar voren komen. Het vraagt goede afstemming en uitleg over de potentie om samen te komen tot concrete aanpassingen in het proces.

In dit onderzoek is gekeken naar de ligduur van patiënten met een dwarslaesie. Het klinische revalidatieproces is bij de andere aandoeningen op een soortgelijke wijze ingericht. De aanbevelingen zijn daarom waarschijnlijk ook toepasbaar op andere klinische processen.

CONCLUSIE

Voorliggend onderzoek suggereert dat door het proces van zorg beter te organiseren en duidelijk te zijn over wat de patiënt kan verwachten, de ligduur aanzienlijk verkort kan worden. Dit is hard nodig in tijden van beperkte budgetten en gebrek aan personeel. Bovendien is het fijn voor de patiënt dat verwachtingen duidelijk zijn, het proces goed georganiseerd verloopt en ontslag zo snel als mogelijk volgt. ←