

E-HEALTH

Sebastian Blok

research lead, Cardiologie Centra Nederland, promovendus, Amsterdam UMC

Aernout Somsen

cardioloog, Cardiologie Centra Nederland

Mascha Bevers

huisarts, Regionale Organisatie Amsterdamse Huisartsen (ROHA)

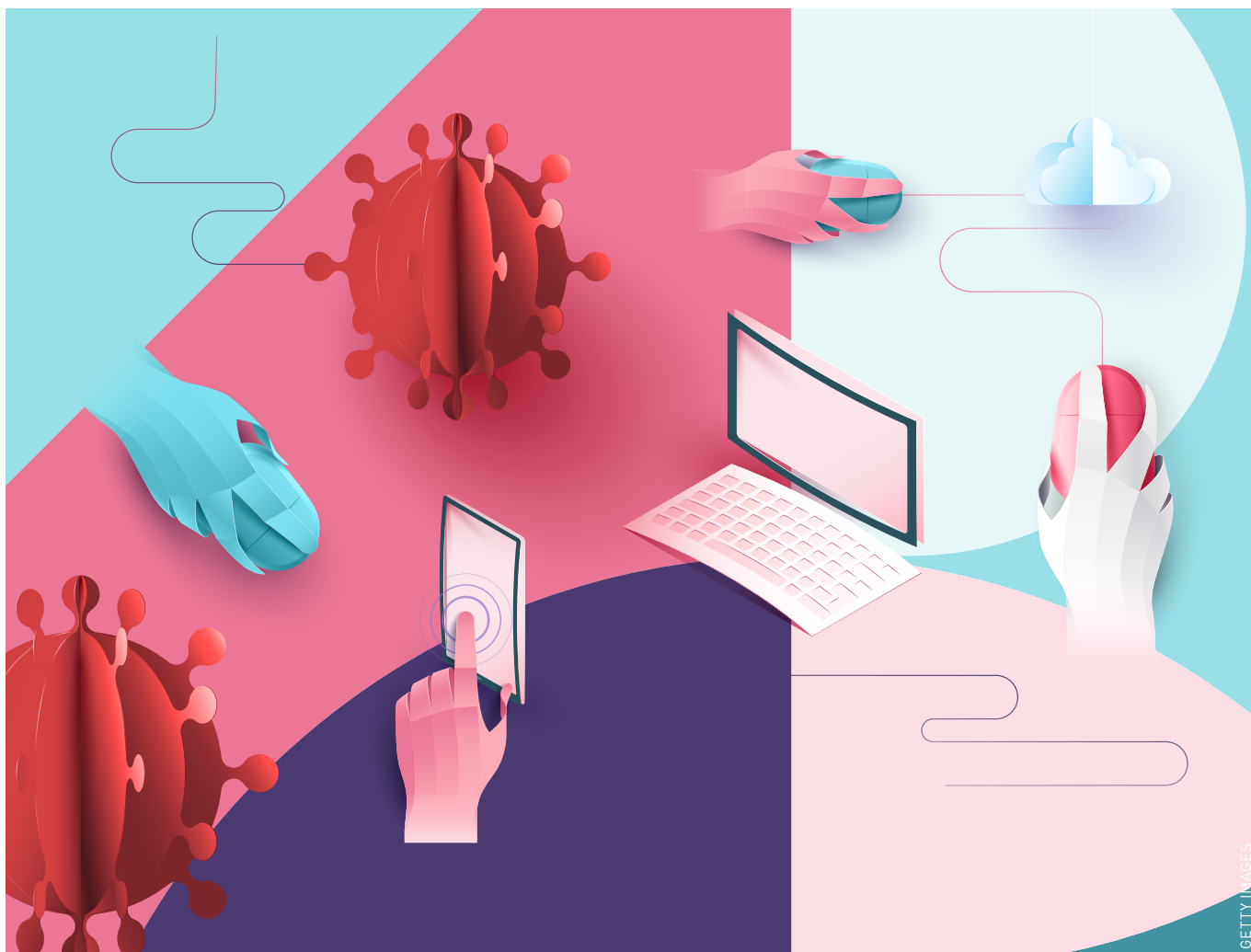
Steven van de Vijver

huisarts, Amsterdam Health & Technology Institute (AHTI)

DIGITALISERING EN ZELFMANAGEMENT IN EERSTELIJNS CARDIOVASCULAIRE ZORG PROFITEREN VAN PANDEMIE

Corona geeft e-health-innovaties wind in de rug

De covidepidemie maakt de weg vrij voor digitale innovaties, toch slagen ze niet vanzelf. De implementatie van een cardioapp maakt duidelijk waar de kansen en de risico's liggen.





Tijdens de start van de covid-19-pandemie stond de zorg onder grote druk. In dat klimaat ontstonden veel innovaties. Het gebruik van teleconsulten en beeldbellen nam bijvoorbeeld toe, zoals ook beschreven in de eHealth-monitor van Nictiz en Nivel.¹ Wij willen laten zien hoe de digitalisering van de eerstelijns cardiovasculaire zorg (CVRM-ketenzorg) bij huisartsen in Amsterdam mede door de covid-19-pandemie fors gegroeid is. Dit kan een doorbraak betekenen voor de organisatie van de chronische zorg in de eerste lijn.

Patiëntenapp

Wereldwijd zijn hart- en vaatziekten met bijna 18 miljoen slachtoffers per jaar nog steeds de grootste doodsoorzaak, met hypertensie als meest fatale risicofactor.² Ook in Nederland overlijden jaarlijks nog tienduizenden mensen aan de gevolgen van cardiovasculaire complicaties en is de zorg voor hypertensie ondanks alle inspanningen op preventie, leefstijl en behandeling nog lang niet optimaal.^{3,4}

Voorlopige resultaten van ons eigen onderzoek lieten zien dat huisartsen niet altijd de richtlijn volgen voor de behandeling van hypertensie en cardiovasculair risicomanagement. Zo blijkt bijvoorbeeld in de praktijk dat mensen van andere etniciteit regelmatig onjuiste medicatie voorgeschreven krijgen. Aan de andere kant verscheen er onlangs een publicatie die liet zien hoe de bloeddruk van hypertensiepatiënten beter onder controle was als patiënten zelf het gebruik van bloeddrukverlagers manageden.⁵

Er was ook een mentale barrière om de bestaande zorg los te laten

Mede op basis hiervan sloten huisartsen (ROHA), cardiologen (Cardiologie Centra Nederland), softwareontwikkelaars (Heart for Health) en zorginnovatoren (ahiti) de handen ineen om gezamenlijk de cardiovasculaire zorg in de eerste lijn voor patiënten en hulpverleners te verbeteren met het DHoTS-project (Digital Health: from Technology to Services).⁶

De nieuw ontwikkelde DHoTS-patiëntenapp biedt naast zelf-monitoring van de bloeddruk, een integrale digitale zorgdienst aan voor de huisarts. Op basis van de thuismetingen en persoonlijke gegevens van de patiënt (leefstijl, zoals roken, maar ook bloed- en urinewaarden) wordt een risicoschatting gemaakt, inclusief bijpassend behandeladvies gebaseerd op de vernieuwde NHG-Standaard cardiovasculair risicomanagement (CVRM).⁷ De huisarts of praktijkondersteuner van de huisarts (POH) kan besluiten het automatische behandeladvies van het algoritme

over te nemen of ervan af te wijken. Door in het portaal aan te geven waarom dit besluit is genomen, leert het systeem van de besluitvorming.

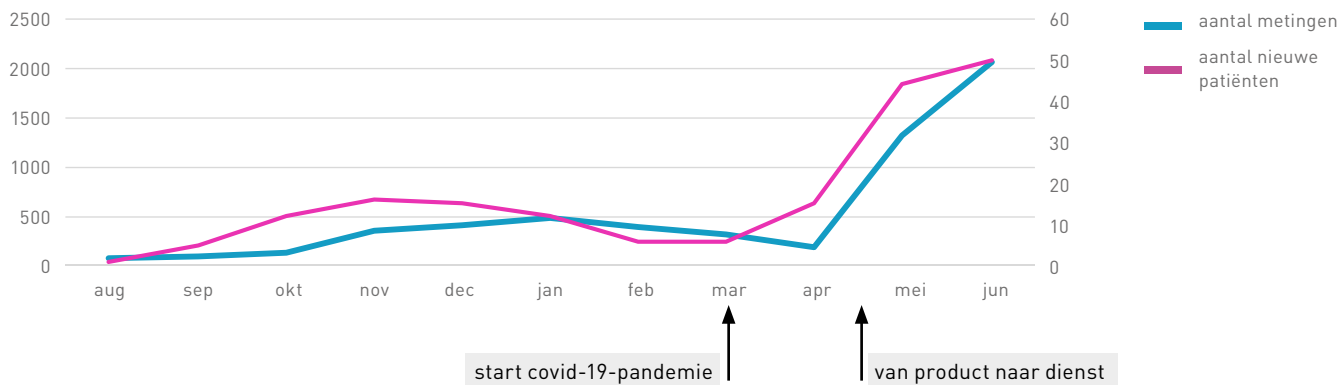
Sinds ruim anderhalf jaar doen Amsterdamse huisartspraktijken uit geografisch en sociaaleconomisch uiteenlopende wijken mee om gezamenlijk de inhoud en vorm van deze digitale zorgdienst invulling te geven. Ondanks de financiële vergoeding en de organisatorische ondersteuning was het voor de praktijken lastig om de innovatieve dienst naast de reguliere werkzaamheden te omarmen. Behalve een aantal technische elementen die verbeterd moesten worden, was er ook een mentale barrière voor zowel patiënten als huisartsen en POH's om de bestaande zorg los te laten en de nieuwe digitale zorg over te nemen.

Adoptie van e-health

Sinds de covid-19-uitbraak neemt het aantal deelnemende patiënten toe. De vraag is welke elementen zorgen voor de versnelling van inclusie in het DHoTS-programma; verschillende factoren blijken de adoptie van e-health door de huisartsen te beïnvloeden.⁸

1. Allereerst waren er natuurlijk de RIVM-maatregelen om fysiek contact te minimaliseren waardoor de bestaande vorm van praktijk voeren – inclusief de ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement – voor huisartsen drastisch veranderde. De zorg moest anders worden ingericht om behandelingen op afstand mogelijk te maken. Een ander belangrijk element is de verminderde (tijds)druk op de huisartspraktijk doordat gedurende de pandemie patiënten wegbleven. Hierdoor konden de huisarts en praktijkondersteuner zorgprocessen beter afstemmen op het e-healthsysteem.
2. Daarnaast hadden huisartsen en praktijkondersteuners meer tijd om patiënten goed te informeren waardoor patiënten mogelijk ook meer bereid waren om e-health te gebruiken. Betere voorlichting over het systeem en de procedures is essentieel voor doeltreffend gebruik en daarmee ook acceptatie van e-health door patiënten.
3. Patiënten zagen in dat er geen alternatieve zorg kon worden geboden. Hierdoor nam de motivatie toe om de e-healthservice te integreren in hun dagelijks leven.
4. De toename van patiënten en het gebruik van de app motiveerden de ontwikkelaars aan de technische kant om snel te schakelen en verbeteringen door te voeren om deze unieke groei te ondersteunen. Er was eerder contact tussen zorgverlener en ontwikkelaar en er werd op detailniveau gekeken hoe technische of praktische haperingen konden worden opgelost.
5. Om aan de stijgende vraag naar e-health te kunnen voldoen werden de huisartsen, binnen het DHoTS-project, ondersteund bij het installeren van het programma en activeren van patiënten. Deze omzetting, van product naar dienst, gedurende de covid-19-pandemie, leidde direct tot meer aangesloten patiënten. Mogelijk hebben zorgverleners deze innovatie sneller omarmd doordat ze administratieve en technische taken uit handen konden geven.

Ontwikkeling nieuwe patiënten en ingestuurde metingen



Aantallen nieuwe patiënten en bloeddrukmetingen van augustus 2019 tot juni 2020.

Succesfactoren

Logischerwijs brengen deze nieuwe digitale zorgverlening en de bijbehorende veranderende organisatie ook een andere kostenverdeling met zich mee. Immers, er is behoefte aan meer bloeddrukmeters en een nieuwe ICT-infrastructuur. Bovendien zijn er in vergelijking met de traditionele situatie veel meer datapunten beschikbaar die invloed kunnen hebben op beleid en dus verwerkt moeten worden. Aan de andere kant zal de verbeterde controle op termijn zorgen voor minder cardiovasculaire complicaties en dus minder zorgkosten. Bovendien zal de automatiseringsslag voor de huisarts minder personele kosten betekenen. Bewijs over kosteneffectiviteit van thuismeetprogramma's voor bloeddruk is heterogeen.^{9,10} In de wetenschappelijke literatuur zijn echter voldoende voorbeelden te vinden van initiatieven die een behoorlijk effect op bloeddruk teweegbrengen tegen zeer beperkte kosten. We hebben drie factoren geïdentificeerd die succesvolle programma's met elkaar gemeen hebben:¹¹

1. De zorgverlener zorgt na thuismetingen voor een actieve interventie met persoonlijke feedback.
2. De reguliere zorg wordt ten minste deels vervangen door thuismetingen.
3. Er doen veel patiënten mee.

Uit bovenstaande factoren blijkt dat het in deze startfase met hoge investeringskosten en een groeiende groep patiënten te vroeg is om de kosteneffectiviteit van de huidige activiteiten te evalueren. Het startkapitaal wordt geïnvesteerd door de partners, met een aanvullende Europese subsidie. Als meer patiënten zullen deelnemen aan een (eventueel praktijkoverstijgend) programma en de organisatie van zorg daarop is aangepast, ontstaat een financieel duurzame situatie waarin opbrengsten opwegen tegen kosten vanuit het perspectief van zorgverlener, verzekeraar en maatschappij.

Hopelijk zijn geen nieuwe uitbraken nodig om de innovaties te continueren

Gevoel van noodzaak

Doordat het gebruik van e-health tijdens de covid-19-pandemie toenam, hebben we factoren kunnen identificeren die cruciaal zijn voor de acceptatie van deze zorg door huisarts en patiënt. Vanzelfsprekend is het lastig om in andere situaties bij hulpverleners en bij patiënten een vergelijkbaar gevoel van noodzaak te creëren om bestaande zorg in te wisselen voor innovaties. Duidelijk is wel dat routines soms verbetering in de weg zitten. Mogelijk zal de dreiging van nieuwe uitbraken de noodzaak van andere zorginnovaties stimuleren. Daarnaast zien we dat bijvoorbeeld factoren als besteedbare tijd van zorgverlener en praktische hulp bij de implementatie aan de zorgvragerskant, cruciaal zijn voor het in gebruik nemen van een digitale dienst. Bij de implementatie van e-healthprogramma's zullen deze factoren moeten worden erkend en aangepakt om tot grootschalige en duurzame inzet van deze zorg te komen. Hopelijk hebben we geen nieuwe uitbraken nodig om deze versnelling van innovaties te continueren. ■

contact

s.blok@cardiologiecentra.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.