

FMS-voorzitter Marcel Daniëls over ontzuiling van de zorg

Daniël Dresden

Binnen de gezondheidszorg is een ontzuiling gaande. Het denken in schotten tussen eerste, tweede en derde lijn maakt plaats voor de ontwikkeling van netwerken waar huisartsen en medisch specialisten onderdeel van uitmaken. De specialist hoeft niet gebonden te zijn aan een ziekenhuis, maar kan ook zorg bieden in bijvoorbeeld anderhalfdelijnscentra. De Federatie Medisch Specialisten publiceerde vorig jaar een visiedocument ‘Medisch Specialist 2025’. FMS-voorzitter dr. Marcel Daniëls, tevens cardioloog in Den Bosch, benoemt enkele belemmeringen in de huidige zorg en verbeterpunten voor de toekomst.

Momenteel wordt binnen de gezondheidszorg gesproken over eerste en tweede lijn. De patiënt wordt gezien als een soort ‘pakketje’ dat van de ene naar de andere lijn gaat. Van dat systeem zouden we af moeten, vindt Daniëls. “Die patiënt is namelijk niet een pakketje dat je overdraagt. De hulpverleners blijven continu en met elkaar bij de patiënt betrokken. Dat zijn schuivende panelen.”

Dat is de basis van het concept netwerkgeneeskunde. Binnen dat systeem ligt – afhankelijk van de behoeften van de patiënt – de focus van de zorg bij de huisarts, een medisch specialist of paramedicus. De behoefte om over de lijnen heen samen te werken leidt momenteel tot het opzetten van anderhalfdelijnscentra.

Voorbeeld van hartfalen

De vormgeving van een transmuraal netwerk vindt onder andere plaats op het gebied van hartfalen. Daniëls vindt hartfalen een geschikte aandoening hiervoor. “Dat is een chronische ziekte met exacerbaties. Een probleem bij hartfalen is momenteel het grote aantal heropnames in ziekenhuizen. Binnen de netwerkgedachte verwacht ik dat heropnames veel beter te voorkomen zijn. Voor de chronische fase zou het aanspreekpunt de huisarts of hartfalenverpleegkundige kunnen zijn en gedurende de exacerbaties, dus kortdurend, de medisch specialist. Wellicht kan de cardioloog tevens de initiële diagnostiek uitvoeren, om de boel op de rails te krijgen.”

Momenteel is echter vaak nog onduidelijk wie wat moet doen. Zo ziet Daniëls dat er bijvoorbeeld weinig afstemming is tussen hartfalenverpleegkundige en praktijkondersteuner huisartsenzorg over het controleren van bloeddrukken en lichaamsgewicht. Bij de controle van dergelijke parameters kan e-health een rol spelen. En die hoeft niet heel hightech te zijn,

het monitoren van het lichaamsgewicht en digitaal communiceren daarvan is al heel relevant. Belangrijk daarbij is wel dat de zorg door verpleegkundigen of middels nieuwe digitale voorzieningen in de bekostiging goed geregeld is.

Buiten de muren

De netwerkrol is niet voor alle medisch specialisten en voor alle specialisten in dezelfde mate geschikt. Bovendien lenen sommige onderdelen van een vakgebied zich beter voor een transmurale aanpak dan andere. Daniëls noemt een voorbeeld uit zijn eigen specialisme, de cardiologie. “In Nederland zien we dat de eerste harthulpen overstromen met patiënten. Er lijkt dus een verschuiving gaande van beoordelingen van cardiale problematiek van de eerste naar de tweede lijn. Het zou overigens goed zijn om inzichtelijk te krijgen of dit echt zo is en zo ja, wat daar achter zit, om vervolgens de zorg zo optimaal mogelijk in te richten. Hierbij speelt de vraag of deze beoordelingen als ze in de tweede lijn plaatsvinden, ook echt tweedelijns werk zouden moeten zijn.”

Een mogelijkheid zou zijn om de beoordeling op de eerste harthulp niet meteen te zien als een tweedelijns beoordeling, maar de opvangende arts te laten triëren op basis van enkel anamnese, lichamelijk onderzoek en bijvoorbeeld een ECG en daar de bekostiging op aan te passen. Als het daarbij blijft, dan is de bekostiging anders dan als er uitgebreider onderzoek nodig is.

“Lichaamsgewicht monitoren en digitaal communiceren is ook e-health. Zo hightech is dat niet”

Adequate kennis en kunde

De vraag is of huisartsen voor alle aandoeningen de poortwachter zouden moeten zijn gezien de overweldigende hoeveelheid kennis die er is. Centraal is de vraag of de huidige huisartsenopleiding alles over de volledige breedte van de geneeskunde nog kan leren aan huisartsen in opleiding. Daarbij moet bekeken worden welke competenties in de huidige tijd nodig zijn. “Bijvoorbeeld het vak cardiologie is behoorlijk uitgediept in de huidige geneeskundestudie”, vindt Daniëls. “Ik kan me voorstellen dat er straks huisartsen zijn die zich niet

“De opleiding tot netwerkdokter
vraagt om een attitude met focus
op samenwerking”



meer comfortabel voelen bij de beoordeling van mensen met een potentieel cardiale aandoening. Een vervolgvraag is waar patiënten met bijvoorbeeld thoracale pijnklachten naartoe moeten gaan. Je ziet een ontwikkeling van eerste harthulpen, maar de vraag is of die ontwikkeling juist is. Van belang is dat de juiste zorg plaatsvindt op de juiste plek en door de juiste professional.”

Opleiding tot netwerkdokter

De opleiding tot netwerkdokter van de toekomst vraagt een andere attitude, namelijk met de focus op samenwerking. Daarnaast is er momenteel discussie over de vraag hoe generalistisch medisch specialisten kunnen zijn, voegt Daniëls toe. “In de afgelopen jaren was er een tendens richting het opleiden van superspecialisten. Er zijn tegenwoordig bijna geen algemeen cardiologen meer, maar onder andere ritme- en interventiecardiologen. Momenteel zie je weer een beweging terug. Iedereen worstelt ermee hoe dat vormgegeven moet worden, omdat superspecialisaties nodig blijven. Echter, in de basisopleiding worden steeds meer competenties verplicht gesteld. Daarnaast neemt de medisch inhoudelijke kennis en kunde neemt toe, en proberen we de opleiding in te korten. Dat klemt dus. Daarmee komt de vraag op of er een betere afbakening van taken van de artsen moet komen. Ook bij het NHG speelt de discussie wat de taken van een huisarts zouden moeten zijn.”

Cyclische richtlijnontwikkeling

Het netwerkdenken kan tevens tot uiting komen in het opstellen van transmurale richtlijnen. Daniëls bemerkt een cyclusbeweging in de richtlijnontwikkeling. “Voorheen waren er gescheiden richtlijnen voor de eerste en tweede lijn. Vervolgens hebben we geprobeerd om samen richtlijnen te maken, maar dat lukte niet altijd even goed. Nu bewegen de richtlijnen weer een beetje uit elkaar. Ongetwijfeld leidt dat tot de vraag hoe je de richtlijnen beter op elkaar kunt afstemmen.” Een belangrijke ontwikkeling voor de samenwerking is het opstellen van landelijke transmurale afspraken. “Die hoeven niet zozeer landelijk te zijn, maar meer regionaal, afhankelijk van de lokale expertise”, vindt Daniëls. “De lokale invulling van de richtlijnen zou je kunnen vastleggen in samenwerkingsafspraken over wie wat op welk moment doet.”

Gekoppelde EPD's

Een andere vereiste voor het komen tot een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn is een betere communicatiemethodiek. “Gekoppelde elektronische patiëntendossiers zijn een randvoorwaarde om netwerkgeneeskunde voor elkaar te krijgen”, stelt Daniëls. “Alle zorgverleners rondom de patiënt en de patiënt zelf moeten toegang hebben tot dezelfde informatie.”

Communicatie via alleen Zorgdomein is naar zijn mening niet voldoende. “Ten eerste is dat een destillatie van de informatie

uit het patiëntendossier. In dat dossier zit meer informatie dan dat ik in de tweede lijn krijg”, benoemt hij een eerste beperking. Bovendien kost dit systeem extra tijd voor de betrokken zorgverleners. Eerst moet de huisarts namelijk een compilatie van de relevant veronderstelde informatie maken, vervolgens moet de specialist een brief terugschrijven en tot slot moeten al die nieuwe gegevens ingevoegd worden in het huisartseninformatiesysteem.

Wat betreft de informatievoorziening richting de patiënt zijn huisartsen en specialisten steeds meer aan het samenwerken, bijvoorbeeld via Thuisarts.nl. Op dat platform, begonnen vanuit de huisartsgeneeskunde op basis van richtlijnen, komt steeds meer medisch-specialistische informatie. Dit biedt kansen om de netwerkgedachte te versterken, het gaat erom dat de patiënt de beste behandeling en adviezen krijgt, en het doet er minder toe in welke ‘lijn’ dat gedaan wordt.

“Als het gaat om nieuwe initiatieven moeten ziekenhuizen de zekerheid krijgen dat ze kunnen downgraden”

Ziekenhuis van de toekomst

Een andere uitdaging voor het realiseren van netwerkgeneeskunde zijn de budgettaire kaders van de huidige verdeling in eerste en tweede lijn. “Ik werk in een tweedelijns setting, omdat mijn spreekkamer toevallig in een ziekenhuis staat”, benoemt Daniëls. “Voor mijn kennis en kunde maakt het niet uit of mijn spreekkamer in het ziekenhuis of in een huisartsenpraktijk staat, maar de kosten zijn heel anders. Als je kennis en kunde gaat bekostigen, kom je veel makkelijker tot samenwerkingsverbanden van professionals. Uiteraard moet er dan wel een oplossing gevonden worden voor het vastgoed van het ziekenhuis als dat verminderd moet worden.”

Daniëls verwacht dat het ziekenhuis van de toekomst niet langer puur een beddenhuis zal zijn, waar medisch specialisten werkzaam zijn. “De ziekenhuizen zullen zich meer gaan richten op de hoog-complexe zorg, waar tevens de vereiste apparatuur staat. We hebben wellicht niet meer perse de ziekenhuizen nodig voor bijvoorbeeld een deel van de poliklinische faciliteiten als dat met e-health oplossingen geboden kan worden. Het wordt mogelijk om patiënten niet meer allemaal naar dat gebouw te laten komen.”

Voor het bewerkstelligen van nieuwe initiatieven moeten de ziekenhuizen de zekerheid krijgen dat ze kunnen downgraden. Want dat bepaalt een groot deel van de reserve van ziekenhuisdirecties tegen het werken van specialisten in een setting die niet betaald wordt als tweedelijnszorg. Het is de vraag of dit soort zorg moet plaatsvinden in separate centra of als onderdeel in het ziekenhuis. Vervolgens kan de bekostiging van de zorgverleners bepaald worden. ■