

De prangende vraag

In deze bijzondere MC is op de Federatienieuws-pagina's het woord aan de KNMG-achterban. Vertegenwoordigers van elk van de zes federatiepartners en een KNMG-studentlid stellen een brandende vraag aan een hotshot in de gezondheidszorg.

TEKST: SASKIA DANSE, MAJANKA KEIJER EN SASKIA VAN DER REE, IN- EN EXTERNE COMMUNICATIE KNMG

FOTOGRAFIE: PAUL VAN DER KLEI FOTOGRAFIE FOTOGRAFIE KANT: HILZ & VERHOEFF, HH FOTOGRAFIE HOOGERVORST: HANS VAN OOSTRUM

MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK IS WENSELIJK

Ilonka Berendsen is bedrijfsarts bij Arbo Unie in Venray/Boxmeer en NVAB-lid. Zij vraagt aan André Knottnerus, de voorzitter van de Gezondheidsraad: 'Als bedrijfsarts behandel ik werknemers met psychische klachten. Ik zou graag eerstelijnsbehandelaar zijn voor werknemers. Wat is uw visie hierop?'



André Knottnerus: 'Psychische klachten gaan vaak gepaard met ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Curatieve sector, bedrijfsarts en verzekeringsarts komen dan gezamenlijk in beeld. Als regel past een preventieve, signalerende en begeleidende taak beter bij de rol van de bedrijfsarts dan een therapeutische. Maar waar deze zich bij psychische klachten richt op functioneel herstel en reïntegratie, draagt hij ook belangrijk bij aan behandeling. Het exploreren van de relatie werk - gezondheid en het op grond daarvan aanbieden van op de arbeidssituatie gerichte programma's zijn hierbij van bijzonder belang. Bij een behandelrelatie zijn belangrijke aandachtspunten:

- De patiënt/werknemer moet erop kunnen vertrouwen dat zijn belang en niet dat van de werkgever centraal staat. Beider belangen zullen vaak met elkaar sporen waar uitval uit het arbeidsproces nadelig is voor het welzijn. Maar bij problemen in de arbeidsverhoudingen kan dat lastig zijn als de bedrijfsarts ook verant-

woordelijk is voor begeleiding en advisering van andere betrokkenen. Vanzelfsprekend heeft de patiënt/werknemer een vrije keuze inzake behandelrelaties en geldt het medisch beroepsgeheim.

- Afstemming met de curatieve sector; te beginnen bij de huisarts, is noodzakelijk. In de regel zal ook deze met de problematiek te maken hebben dan wel alert moeten zijn. Een multidisciplinaire aanpak is wenselijk. In verband met medicatiebewaking dient farmacotherapie via de curatieve sector te verlopen.
- De bedrijfsarts zal zo nodig aanvullende training hebben genoten. De rol van 'eerstelijnsbehandelaar' kan alleen worden vervuld door een ongebonden generalistisch arts, in dit geval de huisarts.

Een en ander kan worden opgenomen in te ontwikkelen multidisciplinaire (3-B) richtlijnen (behandeling, begeleiding, en beoordeling) voor curatieve sector, bedrijfsarts en verzekeringsarts.' (MK)

HOE VERSTERKEN WE DE EERSTE LIJN?

Het aantal chronische zorgvragen zal sterk stijgen en dus ook de kosten van de zorg. Zorgaanbieders en financiers moeten een verschuiving van chronische zorg van de dure tweede, naar de goedkopere en toegankelijke eerste lijn realiseren, vindt *Bram Stegeman*, huisarts en LHV-lid: 'Regionaal maken zorgverzekeraars en huisartsen daarover inmiddels afspraken. Maar ZN doorkruist deze regionale oplossingen soms met centraal beleid. Ik noem het eenzijdige verzoek van ZN aan de NZa om drastisch te snijden in de module Modernisering en Innovatie (M&I), een veel gebruikt substitutie-instrument. Welk belang heeft ZN hierbij?'

Chiel Bos, directeur Zorg van Zorgverzekeraars Nederland: 'Eind 2005 is afgesproken de lijst met M&I-verrichtingen na een jaar opnieuw te bekijken. Onze wijzigingsvoorstellen behelzen praktische, tekstuele verbeteringen en ook voorstellen om bepaalde zaken te schrappen. Zoals het plaatsen van een spiraaltje. Vroeger deed ik dat als praktiserend huisarts ook al. Niets bijzonders. Moet de huisarts hier nu extra voor worden betaald? Zo'n verrichting hoort in principe in de eerste lijn thuis. Wij stuurden de NZa de brief om de discussie hierover te openen en om ruimte te creëren om andere, zinvoller activiteiten te kunnen financieren. Zoals de ontwikkelingen

in de chronische zorg die om verdere substitutie vragen. Toch willen zorgverzekeraars de weg van versterking van de eerste lijn nu al bewandelen. En als het moet, betalen we er extra voor. Wij verwachten van de huisartsen dan wel een kritische blik naar de relatie tussen de inhoud van zorg en waarvoor we extra betalen. Wij willen de module M&I niet gebruiken om elke 'nieuwe' activiteit apart te financieren. Zullen we hier eens verder over doorpraten?' (SD)

DE ZORG STIKT

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. Daarbij staan de belangen van de consument centraal. De NZa wil efficiëntie, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot de zorg en de kwaliteit waarborgen. Maar zo ver zijn we nog lang niet, vindt *Maarten Lubbers*, chirurg in het AMC en lid van de LAD: 'Ik heb op de poli 10 minuten per patiënt, waarvan ik de helft aan administratieve zaken en DBC's moet besteden. Wat gaat de NZa doen aan de verstikkende regelgeving en de bureaucratie, zodat wij, artsen, ons weer kunnen bezighouden met het leveren van goede patiëntenzorg?'

NZa-voorzitter *Frank de Grave* denkt dat niemand zit te wachten op dokters die een groot deel van hun tijd nodig hebben om formulieren in te vullen: 'Het huidige DBC-systeem is voor verbetering vatbaar. Overigens hebben de partijen in het veld, dus ook de ziekenhuizen en specialisten, dit systeem zelf mede ontwikkeld. Het kan eenvoudiger en duidelijker, met minder administratieve rompslomp en meer tijd voor de patiënten. De NZa werkt momenteel samen

met iedereen die dit aangaat aan een verbeterplan. Wij roepen ook u en uw collega-specialisten op hieraan mee te werken en zo de werkbaarheid van het systeem te vergroten. Daar profiteert u niet alleen van, uiteindelijk vertaalt zich dat voor de consument in bijvoorbeeld meer handen aan het bed of lagere premies.' (SD).



WAAR HET GOED GAAT, GAAT HET OOK FOUT

Verpleeghuisarts en NVVA-lid *Mieke Draijer* uit Wolvega werkt in LindeStede, een verpleeghuis dat het goed doet. Toch maakt zij zich zorgen. 'De zorgzwaarte in verpleeghuizen neemt toe. Mensen blijven langer thuis wonen en hebben bij opname intensievere zorg nodig. Ziekenhuizen plaatsen steeds meer mensen die complexe medische zorg behoeven, eerder over naar het verpleeghuis. Daardoor hebben verpleeghuizen meer medisch-technische deskundigheid nodig. Maar gespecialiseerde verpleegkundigen willen niet bij ons werken. Welke oplossingen zijn er voor een verpleeghuis dat het goed doet en dat zich zorgen maakt over de schaarse zorg, het beperkte aantal hoogopgeleide werknemers en de beperkte tijd voor warme betrokkenheid bij cliënten?'

De oplossing die RVZ-voorzitter *Rien Meijerink* aandraagt, is tweeledig: blijf hameren op meer kennis en op concurrerende arbeidsvoorwaarden. 'De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg wil mensen ervan overtuigen dat in de care dringend behoefte is aan hoger gekwalificeerd personeel. Verpleegkundigen ontbreken in verpleeghuizen nagenoeg. Eén van de aanbevelingen in ons arbeidsmarktadvies is dat de care zich moet profileren als een sector waar kennis ertoe doet. Concurrerende arbeidsvoorwaarden zijn nodig om voldoende

geschoold personeel te krijgen. Daardoor kunnen professionals zorg verlenen volgens hun standaard en voorkom je dat zij elders gaan werken. Ik vind het belangrijk dat die standaard 'warme betrokkenheid' impliceert en deel uitmaakt van iedere (be)handeling. Als door de aard van de zorgverlening 'extra' tijd nodig is, behoort dat onderdeel te zijn van de prijsstelling van het 'product' verpleeghuiszorg. Verpleeghuizen moeten zich dan maar stevig profileren als instellingen die volgens de standaard werken. Dit biedt de goede verpleeghuizen voordeel.' (SD)



AANTREKKELIJKE OPLEIDING VOOR ARTS VAN STRAKS

Deepak Balak is vierdejaars geneeskundestudent in Leiden en KNMG-lid. Zijn vraag aan minister Hoogervorst: 'In 2006 is het College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) opgericht. Het CBOG gaat opleidingen en beroepen in de gezondheidszorg beter structureren en de medische vervolgoopleidingen worden aangepast. Wat betekenen deze veranderingen voor artsen in spe?'



Hans Hoogervorst: 'De KNMG heeft in zijn rapport 'De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm' van 2002 duidelijk gemaakt, dat met het oog op de toekomst, de basisartsopleiding en de medische vervolgoopleidingen in onderlinge samenhang doelmatiger en korter georganiseerd moeten en kunnen worden. In 2003 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg vervolgens in zijn rapport 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' bepleit de medische opleidingen ook te herbezielen vanuit het perspectief van het anders verdelen van taken tussen zorgverleners om hen doelmatiger in te zetten. Het kabinet heeft beide rapporten destijds omarmd. Beide invalshoeken vind ik op zich al voldoende belangrijk om de opleidingen op een nieuwe leest te schoeien. Een belangrijk bijkomend

voordeel vind ik dat de modernisering de opleidingen meer aantrekkelijk kan maken voor zowel degenen in opleiding als voor de opleiders zelf.

De modernisering van de vervolgoopleidingen sluit goed aan bij andere ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Sterker nog, die dwingen daartoe. Velen voorspellen in de komende dertig jaar meer behoefte aan zorg en aan andere zorg. Er ontstaat een spanning tussen vraag en aanbod. Hierop moeten we nu anticiperen door de beroepsopleidingen anders vorm te geven. Door efficiënter, korter en gericht op te leiden kunnen we een deel van de voorziene problemen ondervangen. Zo krijgt Nederland voor hetzelfde geld sneller de artsen die nodig zijn. Artsen die ook goed weten wanneer zij bepaalde taken met een gerust hart aan anderen kunnen overlaten.' (MK)

ALLE HENS AAN DEK



'Kunnen we alle Nederlanders wel die zorg bieden die technisch mogelijk en noodzakelijk is?' Die vraag houdt Maarten van der Elst, chirurg in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft en lid van de Orde, bezig. Belangrijk, want specialisten hebben beloofd iedereen naar beste vermogen te helpen: verzekerd of onverzekerd, arm of rijk. 'Door de vergrijzing en de stijgende vraag naar zorg komt het aanbod in de breedte in de knel als niet gelijktijdig de faciliteiten worden uitgebreid. Hoe denkt Martin van Rijn over de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg?'

Martin van Rijn, directeur-generaal Gezondheidszorg van het ministerie van VWS: 'Uw vraag raakt de kern: goede zorg voor iedereen beschikbaar en betaalbaar houden, terwijl de vraag stijgt. De uitgaven groeien harder dan de economie, dus blijft het alle hens aan dek: meer productie tegen een lagere prijs met een hogere kwaliteit. Kan dat? Met een gezamenlijke inspanning komen we ver. Door de nieuwe Zorgverzekeringswet kan iedereen (jong, oud, gezond, ziek) zich verzekeren van een breed basispakket. Verzekeraars moeten iedereen accepteren. Goede toegankelijkheid dus! Diezelfde wet dwingt zorgverzekeraars tot lage bedrijfskosten en efficiënt werken. Door de prestaties van zorginstellingen beter

zichtbaar én afrekenbaar te maken, verbeteren we doelmatigheid en kwaliteit. Ik beseft terdege dat het invoeren van DBC's geen sinecure is, maar het geeft inzicht in kosten en prestaties, waarvan we veel leren en waarover verzekeraars en zorginstellingen kunnen onderhandelen.

Ten slotte, we werken hard aan transparante kwaliteit van dokters én instellingen, zodat de kwaliteit verbetert en burgers iets te kiezen hebben. De randvoorwaarden voor duurzame gezondheidszorg zijn aanwezig. Beroepsgroepen, zorginstellingen, verzekeraars, overheid én burgers zijn echter gezamenlijk verantwoordelijk voor die duurzaamheid. Zolang de noodzakelijke druk op doelmatigheid 'een probleem van Den Haag' is, komen we er niet. Goede zorg voor iedereen is ook een uitdaging voor iedereen.' (SvdR)



HET SCHREEUWT OM ONDERZOEK



Henry Does, verzekeringsarts en NVVG-lid, vindt dat bij evaluatie van de effecten van (nieuwe) arbeidsongeschiktheidswetten, ook de gevolgen voor de gezondheidstoestand van de verzekerden moeten worden onderzocht. Aan Agnes Kant, Tweede Kamerlid voor de SP, vraagt hij: 'Vindt u dat verzekeringsartsen ook moeten worden belast met het op populatieniveau in kaart brengen van de gezondheidkundige gevolgen van de (nieuwe) arbeidsongeschiktheidswetten?'

Agnes Kant reageert in samenspraak met partijgenoot en kamerlid Paul Ulenbelt: 'De kille cijfers die de gevolgen van de herbeoordelingsoperatie en de invoering van de Wet WIA (Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) weergeven, geven alle aanleiding om gezondheidsschade te veronderstellen. Ongeveer 40 procent van de herbeoordeelden raakt de uitkering geheel of gedeeltelijk kwijt. Slechts 5 procent die geen werk had, heeft acht maanden na de herbeoordeling vast werk. Klachten op onze SP-meldlijn wijzen erop dat onzekerheid over de gevolgen van de aanstaande herbeoordeling leidt tot depressieve klachten en verslechtering van de gezondheidstoestand. Het ministerie van Sociale Zaken wil herbeoordeelden wel volgen, maar stelt alleen vragen over inkomen en werk na herbeoordeling. Sociaal-medische gevolgen komen niet in beeld. Het zou goed zijn als verzekeringsartsen de gezondheid en het welbevinden systematisch bijhouden. Veel minder mensen dan

verwacht, worden volledig arbeidsongeschikt verklaard. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten zouden wel weer werk vinden. De SP vindt dat de belastbaarheid van deze mensen veel minder is dan aangenomen, dus wordt gezondheidsschade aangericht. Alle reden voor grondig onderzoek.

Daar komt bij: inkomensverlies is niet goed voor de gezondheid. Arme mensen leven minder lang en minder lang gezond dan rijkere mensen. Bijna 50 procent van de verzekeringsartsen vindt dat het Schattingsbesluit (de mate van arbeidsongeschiktheid) bewerkstelligt dat zij niet volgens professionele en medisch-ethische normen kunnen werken. Dat schreeuwt om onderzoek. Ik ben het dus volledig eens met de heer Does. Nog belangrijker: we moeten snel de oorzaak van de noodzaak van dit onderzoek wegnemen!' (SvdR)

