

Deskundigen over de blauwdruk voor gecoördineerde zorg

‘De patiënt staat nu echt centraal’

Henk Maassen
Ben Crul

Dit is een tweeluik: het eerste artikel (blz 148) geeft een overzicht van de inhoud van de handreiking. In dit stuk bespreken drie betrokken artsen de merites ervan en de gevolgen voor de praktijk. Op de website van MC vindt u een verwijzing naar de complete tekst van de handreiking.

André Wolff, architect van de richtlijn ‘Het pre-operatieve traject’, hoofdinspecteur Wim Schellekens en KNMG-voorzitter Arie Kruseman debatteren over de ‘Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg’.

‘**H**ulde’, roept Wim Schellekens als antwoord op de vraag wat hij van de handreiking (zie blz. 148) vindt. De Hoofdinspecteur voor de Curatieve Gezondheidszorg vindt dat de KNMG en de andere beroepsorganisaties hun nek hebben uitgestoken met het stuk. ‘Want de praktijk is allerm minst zoals die in het stuk wordt beschreven. Eindelijk staat niet langer het belang van de dokter, maar dat van de patiënt centraal. Dat is heel sterk. Bij alle calamiteiten waarmee wij als inspectie te maken krijgen, en in bijna alle thematische onderzoeken die we doen, lopen we tegen zaken aan die samenhangen

met falende verdeling van verantwoordelijkheden en onderlinge afstemming. Ooit zijn de verschillende medische disciplines in hun eentje aan de slag gegaan, ze zijn geleidelijk van elkaar afhankelijk geworden, maar zonder hun werkwijze op elkaar af te stemmen. Patiënten leiden daardoor emotionele schade – de ene dokter vertelt een ander verhaal dan de andere – of fysieke schade – ze krijgen verkeerde medicatie. Of er is sprake van doelmatigheidschade: dingen worden dubbel gedaan. Als we de gezondheidszorg helemaal opnieuw zouden ontwerpen, dan zouden we opschrijven wat in deze handreiking staat.’

Volgens Schellekens dwingt de handreiking elke arts zich ervan te vergewissen dat hij alle informatie heeft die nodig is om een behandeling te beginnen. ‘Het veld heeft dat al afgesproken in de nieuwe richtlijn Medicatie’, zegt hij met verbazing in zijn stem. ‘Daarin staat dat een arts niet mag voorschrijven als hij niet beschikt over de gehele medicatiegeschiedenis van de patiënt.’ (zie: conceptrichtlijn Overdracht van medicatiegegevens, www.medicatie-overdracht.nl, red.).

André Wolff, chef de clinique van de afdeling Anesthesiologie, pijn en palliatieve geneeskunde UMC St Radboud, vindt de handreiking een goed initiatief. ‘Maar ik kan me voorstellen dat ze als moeilijk wordt ervaren. Bij elke patiënt moet je voortaan bepalen welke rol je hebt; dat moet een soort tweede natuur worden.’



beeld: Corbis

André Wolff (links), Wim Schellekens (midden) en Arie Nieuwenhuijzen Kruseman zijn tamelijk eensgezind in hun waardering voor de handreiking.

De Beeldredactie, Evelyn Jacq





Schellekens (links): 'Wij zullen bestuurders en professionals erop aanspreken als ze niet bezig zijn de handreiking in te voeren.'

KNMG-voorzitter en internist Arie Kruseman geeft toe dat de handreiking de lat hoog legt. Maar dat moet ook, want hij ziet veel ondoelmatigheid in de huidige zorg. Hij somt op: 'Onvoldoende informatie richting patiënt, het beleid bij ontslag is niet goed geregeld, de overdracht naar de huisarts hapert. Ik heb veel chronische patiënten die met meerdere specialisten te maken hebben. Die moeten soms twintig keer per jaar naar het ziekenhuis komen. Terwijl drie of vier consulten per jaar voldoende zouden moeten zijn. Er is nu geen regie.' De drie heren zijn bijeengekomen op de kamer van de KNMG-voorzitter. Tijdens een lunch blijken ze tamelijk eensgezind in hun waardering voor de handreiking, die de inspecteur in de loop van het gesprek zo nu en dan 'richtlijn' zal noemen.

Wat is voor de inspectie de status van dit stuk?

Schellekens: 'Het heet een handreiking, geen richtlijn. Maar dat maakt voor ons geen verschil. Ik begrijp waarom een aantal dingen nog niet goed gaat. Maar de wereld gaat aan grip ten onder. We verwachten dat professionals het

voortouw nemen bij invoering. En waar ze het niet doen, moeten bestuurders het initiatief nemen.' Hij geeft een voorbeeld. 'In de vakantietijd zijn er minder dokters en verpleegkundigen. Afdelingen worden

dan gecombineerd. Chirurgische patiënten gaan dan vaak naar een interne afdeling. Daar werken verpleegkundigen die niet weten waarop ze moeten letten bij postoperatieve zorg. Deze patiënten lopen daardoor ernstige risico's.

Calamiteiten die zich daar voordoen, noem ik *boardroom killings*, want ze zijn het resultaat van een besluit dat op bestuursniveau is genomen.' De handreiking maakt dat onmogelijk, aldus Schellekens.

In de handreiking zijn drie cruciale functies gedefinieerd: inhoudelijk verantwoordelijk voor zorg, zorgcoördinatie en aanspreekpunt voor de patiënt. Vaak zijn die niet in één persoon, de huisarts bijvoorbeeld, te verenigen. Maar waarom eigenlijk niet?

Schellekens: 'Als een patiënt bij de longarts en de cardioloog loopt, dan is zijn huisarts niet verantwoordelijk voor de cardiologische of pulmonologische zorg. Maar wel voor de coördinatie en de informatievoorziening. In het algemeen moet in de transmurale zorg alle informatie op één punt bij elkaar komen en dat is uiteraard de huisarts. Maar is hij daarmee ook de regisseur van de chronische patiënt? Nee, dat hoeft niet. Hij is er wel voor verantwoordelijk dat die regiefunctie wordt vervuld – door de diabetesverpleegkundige of een internist bijvoorbeeld. Maar raakt een patiënt tussen wal en schip, dan zullen we de huisarts daarop aanspreken.'

Wolff ziet ook een rol voor de 'mondige' patiënt – zeker als die chronisch ziek is – in de coördinatie van de zorg. 'We moeten nog meer werk maken van *patiënt empowerment*.' Maar Kruseman denkt dat veel chronisch zieke ouderen daar niet mee zijn geholpen. Hij verwacht veel van de komst van de *case manager*. 'Een nieuw beroep. Daaraan zie je overigens dat invoering van de handreiking geen budgettaire neutrale operatie zal zijn.'

De belofte is dat de handreiking in 2013 is ingevoerd. Kan de inspectie daarop wachten?

Schellekens: 'We gaan de handreiking nu al gebruiken bij de toetsing van incidenten en calamiteiten. Bedenk dat de handreiking is gebaseerd op uitspraken van de tuchtrechter. Daarmee is ze nu al een veldnorm die geldt voor professionals in de zorg. Wij zullen bestuurders en professionals erop aanspreken als ze geen activiteiten in gang hebben gezet om de handreiking in te voeren.'

Kruseman: 'Wees reëel: geef de professional de ruimte. Hoeveel tijd krijgen we?'

Schellekens: 'Daar hebben we intern over gesproken. Wij zullen hier niet in 2010 en 2011 thematisch onderzoek naar gaan doen. Voorstelbaar is wel dat we in 2012 gaan kijken of raden van bestuur en professionals actief aan de gang zijn gegaan om ervoor te zorgen

'Invoering van de handreiking zal geen budgettaire neutrale operatie zijn'

dat de patiënt volgens deze handreiking wordt behandeld, en of dat redelijkerwijs zal leiden tot implementatie van de richtlijn.'

Kruseman: 'Ik kan je verzekeren dat het in 2011 nog niet is geregeld. In 2012 zullen veel ziekenhuizen een heel eind op weg zijn.'

Schellekens: 'In ziekenhuizen moet het onderdeel worden van het veiligheidsmanagement-systeem. Deze handreiking is immers essentieel voor veilige zorg. Eind 2012 moet dat gecertificeerd zijn. Daar hebben de ziekenhuizen zich aan gecommitteerd. Dus moet de handreiking dan ook geïmplementeerd zijn.'

De toelichting op de handreiking rept van randvoorwaarden om invoering mogelijk te maken. Eén ervan, het elektronisch patiëntendossier, lijkt ons zelfs een absolute voorwaarde.

Schellekens: 'Nee, het is een relatieve randvoorwaarde. Het helpt als het er is.'

Wolff beaamt dat: 'ICT is geen panacee. Je moet eerst afspreken hoe je werkt, ontdekken waar de knelpunten in de communicatie en de overdracht zitten. Pas dan kun je de stap naar ICT maken.'

Kruseman ziet het anders: 'Bij een intramurale patiënt kun je nog uit de voeten met een papieren dossier. Maar bij de poliklinische en transmurale patiënt niet: je hebt dan te maken met meer locaties en professionals en dan kunnen de informatievoorziening en coördinatie alleen maar digitaal goed verlopen. Ik vind het een absolute voorwaarde.'

Andere randvoorwaarde: de organisatie van de zorg moet op de schop. Mee eens?

Kruseman: 'Ja. Ik geef een voorbeeld: de afdeling Interne geneeskunde in mijn ziekenhuis is

opgedeeld in subdisciplines zoals endocrinologie en nefrologie. Als de nefroloog een patiënt opneemt, is hij de consultant voor die patiënt, maar de chef de clinique en de zaalarts zijn verantwoordelijk. Zo is de regiefunctie geregeld. Maar legt de reumatoloog of de gastro-enteroloog een patiënt op onze afdeling dan blijven zij verantwoordelijk. De zaalarts heeft geen zeggenschap. Dat kan anders worden met de komst van een *attending physician*, een arts die op zo'n afdeling permanent aanwezig is en verantwoordelijk is voor de algehele coördinatie.' Er zijn daarom meer generalistisch opgeleide dokters nodig, vindt Kruseman. 'Momenteel is er een mismatch in volume tussen generalistische en specialistische zorg in de opleidingen. Het Capaciteitsorgaan en de wetenschappelijke verenigingen zouden daar aandacht aan moeten besteden.'

Kruseman ziet verder veel in de invoering van een matrixorganisatie, zoals bij de universiteiten. 'Tot de jaren tachtig was onderzoek vanuit disciplines georganiseerd. Dat was ondoelmatig, kostbaar en niet altijd van goede kwaliteit. Nu fungeren de vakgroepen als kenniscentra, maar de aansturing en de financiering gebeurt vanuit de onderzoeksscholen. Aan een soortgelijke kanteling is de zorg nu toe, waarbij coördinatie plaatsvindt in multidisciplinaire zorgteams.'

Belemmert de huidige bekostigingssystematiek invoering van de handreiking?

Wolff: 'Ja, dat kan tegenwerken, want het geld loopt niet mee met de patiënt.'

Kruseman: 'Zolang we gestratificeerde bekostiging hebben, krijgen we geen integrale zorg. Dat moet anders. En dat kan niet zonder consequenties voor de wijze waarop in de tweede lijn het dienstverband is geregeld. Loondienst vind ik geen oplossing. Mijn vaste voorbeeld is het Haagse Bronovo ziekenhuis: daar hebben ze een stafmaatschap. Alle maten krijgen hetzelfde basissalaris, opgeplust met inconvenienten voor bijvoorbeeld de snijdende specialisten die diensten draaien. De relatie tussen wat een specialist doet en wat hij verdient, lijkt daar op een dienstverband, maar dat is het niet.'

André Wolff kan zich daarin vinden. Hij durft ook best hardop te zeggen dat vakgroepen en maatschappen achterhaald zijn als het gaat over integrale of thematische zorg. 'De manier van werken kan veiligheid, kwaliteit en continuïteit van het zorgproces in de weg staan.' Maar hij verzucht ook: 'De werkelijkheid is weerbarstig.' Wil het tot goede samenwerking en onderlinge afstemming komen in de zorg

Er zijn meer generalistisch opgeleide dokters nodig, vindt KNMG-voorzitter Arie Kruseman.





André Wolff beschouwt het elektronisch patiëntendossier niet als een absolute voorwaarde: 'ICT is geen panacee.'

dan moeten artsen heel goed op de hoogte zijn van elkaars kerncompetenties. Hij verduidelijkt: 'Ze moeten af van de zegswijze "op mijn terrein geen probleem". Ze moeten meedenken over de vraag waar de patiënt vervolgens heen moet met zijn klachten. Met grote regelmaat multidisciplinaire casusbesprekingen houden en elkaar continu attenderen op problemen die op andere geneeskundige deelterreinen spelen, is daarom van groot belang.'

Schellekens wijst erop dat dokters 'misschien nog wel vaker' hun eigen grenzen onvoldoende kennen en daardoor niet tijdig doorverwijzen. 'Ik heb wel meegemaakt dat er een ervaren

oncologisch chirurg in huis was, terwijl een algemeen chirurg een rectumamputatie ging doen: een berucht moeilijke ingreep.'

Kruseman: 'In het kwaliteitskader dat de KNMG nu maakt, worden die

kerncompetenties beschreven. Ze moeten in de scholing en herregistratie een rol spelen; de vrijblijvendheid moet eruit.'

Voor professionals zal de handreiking een cultuurshock zijn, denkt Wolff. 'Artsen hebben nooit geleerd procesmatig met elkaar af te stemmen.' Hij heeft zijn kaarten daarom gezet op de opleiding. 'Training en educatie moeten het in de hoofden en harten van de professionals brengen.'

Wolff was zeer nauw betrokken bij de nieuwe richtlijn 'Het preoperatieve traject'. 'Daarin hebben we vastgelegd wie voor welke fase verantwoordelijk is. De richtlijn is zo een voorbeeld geworden van een verdeling van

verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de geest van de handreiking.' Dat leverde veel commentaar op van beroepsgenoten. Ze vreesden meer bureaucratie en een grotere papierwinkel. Wolff: 'Ja, maar er zit niks anders op: artsen moeten leren zo te denken. Het moet een vanzelfsprekend onderdeel worden van vakuitoefening.'

Schellekens vat samen: 'De handreiking formuleert basisprincipes van kwaliteitsmanagement. Als bestuur zeg je tegen de medische staf: in welke zorgprocessen in ons huis loopt de patiënt het grootste risico? Dan haal je alle betrokkenen erbij. Je laat ze die processen in kaart brengen en onderzoekt ze op effectiviteit, veiligheid en ook doelmatigheid. Dat leidt tot herontwerp van zorgprocessen en tot een heldere taakverdeling. Je benoemt een proceseigenaar – een zorgcoördinator, zegt de handreiking – die bijhoudt of het loopt zoals het moet lopen en je formuleert indicatoren op sleutelmomenten om te zien of het goed gaat. Die indicatoren worden gerapporteerd aan de proceseigenaar. Dat kun je niet voor alle processen in het ziekenhuis doen, dat weet ik ook wel, maar wel voor de belangrijkste.'

Maakt deze handreiking het leven van artsen gemakkelijker?

'Op de langere duur wel', verwacht Kruseman. Wolff knikt: 'Invoering van de handreiking geeft duidelijkheid en zal veel ergernis wegnemen.' Schellekens ten slotte: 'Maar invoering zal vooral in het begin veel inspanning vergen. Belangrijk is dat de patiënt nu echt centraal staat.'



'Invoering van de handreiking zal veel ergernis wegnemen'

