PATIËNT, MAAR OOK DOKTER GEBAAT BIJ NETWERKGENEESKUNDE

‘Door de schotten heen breken’

Dit is de tijd van netwerkgeneeskunde: samenwerken, verbinden, afstemmen. Zorg dicht bij de patiënt organiseren, over de muren van ziekenhuis of praktijk heen. Drie artsen lichten het toe met praktijkvoorbeelden.

TEKST: ELS WIEGANT
BEELD: GETTY IMAGES

SAMENWERKING ROND ARBEID

Desiree Dona, van oorsprong bedrijfsarts, vindt haar werk als klinisch arbeidsgeneeskundige (gespecialiseerd in oncologie) een typisch voorbeeld van netwerkgeneeskunde. ‘Als solist kan ik niks, ik ben vooral aan het verbinden. Ik ga uit van wat de patiënt wil en zoek daarvoor een weg. Als dat betekent dat ik door de schotten tussen curatieve sector en arbeidsgerelateerde zorg heen moet breken, doe ik dat.’

Toen het Radboudumc drie jaar geleden zijn beleid kantelde naar persoonsgerichte zorg, kreeg Dona de ruimte om een brug te slaan tussen het zorg- en het arbeidsdomein. ‘In consulten wordt patiënten tegenwoordig altijd gevraagd: wat wilt ú behandeld zien? Vragen rondom arbeid staan steevast in de top 3. Daar komt mijn expertise van pas.’

Dona werkt voor patiëntpopulaties met een aandoening die veel gevolgen heeft voor hun werkzame leven, zoals jongvolwassenen met kanker en volwassenen die in hun jeugd de ziekte hebben gehad. Ze opereert in een breed veld van zorgverleners, maar ook van organisaties op het gebied van arbeid, zoals re-integratiebureaus en UWV. Haar toegevoegde waarde, legt ze uit, zit ’m in de combinatie van haar kennis van iemands medische voorgeschiedenis en die van arbeid en bedrijfsleven.

‘UWV werkt met functiemogelijkhedenlijsten, FML’s, maar die zijn te grofmazig. Re-integratiebureaus hebben niet meer dan een opdracht en een overzicht van beperkingen en mogelijkheden tot hun beschikking. Zij komen bovendien pas laat en niet bij alle patiënten in beeld. Dat hiaat vul ik op.’

Op die manier kan Dona mensen ondersteunen die tijdens hun behandeling willen blijven werken, of erna weer aan de slag willen. Zo kon ze onlangs een jonge kankerpatiënt begeleiden naar een 32-urige baan. ‘Die jongen werd helemaal gek van het thuiszitten. Nu heeft hij weer perspectief. Werk heeft voor veel mensen een normaliserend effect. Ze kunnen er vaak hun behandeling beter door doorstaan, zijn eerder fit en pakken hun leven sneller op.’

‘Ik ben vooral aan het verbinden’

SAMENWERKING ROND PARKINSON

Een aandoening die zich goed leent voor netwerkgeneeskunde is parkinson. Naarmate de ziekte vordert, vergt de behandeling meer onderlinge afstemming tussen zorgverleners, stelt prof. dr. Teus van Laar, neuroloog in het UMCG. In de noordelijke provincies bestaat al langere tijd een regionaal netwerk om dat te bevorderen. Afstemming is nodig over geavanceerde behandelingen zoals de toediening van apomorfine of levodopa met een pompje, of *deep brain stimulation*. 'Niet elk ziekenhuis kan en doet álles. We zagen nogal eens dat patiënten een behandeling kregen die voor hen misschien niet de beste was, maar die de instelling nu eenmaal in huis had. In de maandelijkse casuïstiekbespreking in ons netwerk stellen we nu altijd de vraag: welke behandeling is voor deze patiënt het meest geschikt, en wie kan die uitvoeren?' In de zorg voor parkinsonpatiënten zijn zo'n twintig verschillende disciplines actief. In ParkinsonNet vormen zij een landelijk netwerk. 'Wat ontbrak, was een regisseur om al die disciplines aan elkaar te koppelen', aldus Van Laar.

Om daarin te voorzien richtte hij, samen met neuroloog Wijnand Rutgers van het Martiniziekenhuis, in 2010 het Punt voor Parkinson Noord-Nederland (PPNN) op. Voordeel voor de patiënt, legt Van Laar uit, is structurele zorg van professionals die alle ins en outs van de ziekte kennen. Binnen PPNN worden zogeheten Punten voor Parkinson opgericht, waar de regionale zorg wordt gecoördineerd en uitgeoefend. Zo heeft Punt voor Parkinson Groningen bijvoorbeeld een gespecialiseerde apotheker in dienst. Winst voor de samenleving, stelt Van Laar, is: betere effectiviteit en efficiëntie en minder kosten. 'Gebrek aan coördinatie kost geld doordat dingen dubbel of niet worden gedaan.'
Ondanks die voordelen kent het totstandbrengen van een netwerk forse hindernissen, heeft Van Laar ondervonden. In zijn ervaring is financiering de belangrijkste. 'Je kunt miljoenen besparen door bijvoorbeeld parkinsonrevalidatie in het verpleeghuis in plaats van in het ziekenhuis te doen. Daarmee blijk je permanente opname in het verpleeghuis namelijk te kunnen uitstellen. Maar de financiering in Nederland is niet ingesteld op transmurale ketenzorg.'

'De financiering is een belangrijke hindernis'



SAMENWERKING ROND OUDEREN

‘Nu ouderen langer thuis blijven wonen, komt hun vaak zeer complexe problematiek bij de huisarts terecht. Het is niet reëel te veronderstellen dat die daar altijd voldoende tijd en expertise voor heeft. Daarom is het prettig dat wij ze kunnen ondersteunen.’

Dat vindt specialist ouderengeneeskunde Jentie Kraamer. Ze is in dienst van Zonnehuisgroep Amstelland, maar is het grootste deel van haar werkweek in de eerste lijn actief. Ze ondersteunt huisartsen in Amstelveen, Ouderkerk en Duivendrecht.

Het leuke, zegt Kraamer, is dat huisartsen door de samenwerking steeds meer kennis over complexe ouderenzorg krijgen. ‘Als een probleem al eens aan de orde is geweest, kunnen huisartsen het daarna vaak zelf oplossen.’

Dat beaamt huisarts Yvonne van Dun uit Amstelveen. ‘Wij hebben veel bijgeleerd, ook van elkaars casussen. Door de samenwerking met Jentie kunnen ouderen langer thuis blijven wonen, maar weten we het ook eerder als dat níét haalbaar is. Daardoor hebben we minder acute opnames. We zijn proactiever geworden. En door het gestructureerd periodiek overleg dat we met haar en andere zorgverleners voeren, weten we beter van elkaar wat ieder doet. Dat vinden patiënten en familie ook ontzettend fijn.’

Probleem is het ook hier om een structurele financieringsvorm te vinden. Kraamer: ‘Als specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn hebben we geen betaaltitel. Het lastige is dat de winst van onze ondersteuning zich niet zo eenvoudig in harde cijfers laat vertalen.’

Meer integrale zorg en een financiering die daarop aansluit, is nadrukkelijk een wens van artsenfederatie KNMG. Voorzitter René Héman riep de nieuwe minister onlangs op om daar samen met artsenverenigingen en andere zorgkoepels op in te zetten. ‘Het is hard nodig dat de keten, het netwerk van de zorg rond patiënten, weer een sluitend geheel gaat vormen. Dit vraagt ook om financiële investeringen om de zorg weer lopend te krijgen waar deze stagneert of ophoopt door bezuinigingen.’ ■

‘Onze ondersteuning laat zich niet eenvoudig in harde cijfers vertalen’

Wat doen de federatiepartners?

• De **Federatie Medisch Specialisten** heeft de ambitie dat in 2025 de medisch specialist onderdeel is van een netwerk rondom de patiënt. Zorg wordt gepland rondom de patiënt, voor een deel fysiek en voor een deel virtueel. Zorg zo dicht mogelijk bij de burger. Dit betekent dat het werk van de medisch specialist zich niet beperkt tot één gebouw of één lijn. Er ontstaan netwerkorganisaties, waarin huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, medisch specialisten en ziekenhuizen samenwerken. Samen bepalen ze wie de patiënt het beste kan helpen. Om dit te realiseren moeten specialisten zich vrij kunnen bewegen om de zorg op de juiste plek te geven.

• De **Landelijke Huisartsen Vereniging** (LHV) ondersteunt en bevordert samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners zoals apothekers, artsen voor verstandelijk gehandicapten, bedrijfsartsen, fysiotherapeuten, specialisten ouderengeneeskunde, sportartsen, verloskundigen en wijkverpleegkundigen met verschillende activiteiten en producten. Gemeenten spelen een steeds grotere rol in lokale zorg en daarom ondersteunt de LHV huisartsen ook bij de samenwerking met gemeenten.

• **Verenso** pleit voor een betaaltitel in de Zorgverzekeringswet voor de zorg van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn. Steeds meer kwetsbare ouderen met complexe problematiek blijven thuis wonen. Dat vraagt, aanvullend op de huisartsenzorg, om de expertise van specialisten ouderengeneeskunde. De huisarts kan patiënten doorverwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde voor specialistische kennis over multimorbiditeit, ouderdomsziekten, polyfarmacie, het verwachte ziektebeloop, behandeling van psychiatrische en gedragsmatige kenmerken van dementie en palliatieve zorg.

• Bruggen bouwen zit in het DNA van artsen maatschappij en gezondheid. Tussen gezondheid, geneeskunde en leefomgeving. Tussen preventie en curatie. Tussen beleid en individuele zorg voor mensen. **KAMG** draagt bij door de brug te slaan tussen de specialisten arts M&G onderling, andere medisch specialisten, maatschappij en politiek. Om de gezondheid te beschermen, bevorderen en te bewaken.

• De **Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband** (LAD) vindt het heel belangrijk dat artsen over hun eigen ‘heg’ heen kijken, omdat dit ontzettend veel oplevert. De LAD faciliteert dit onder andere via haar ledenraad, waar artsen uit alle disciplines samenkomen, en brengt best practices via haar magazine voor het voetlicht.