

Simone Paauw

s.paauw@medischcontact.nl

@medischcontact

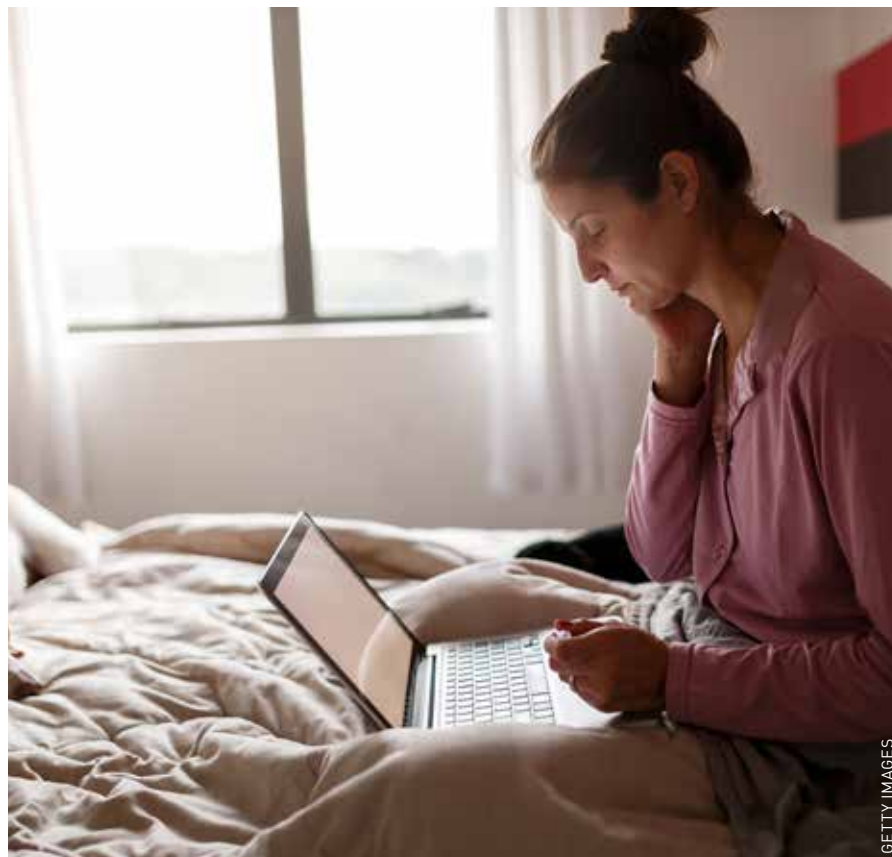
Ilse Kleijne

i.kleijne@medischcontact.nl

@medischcontact

Verplicht 'handjes schudden' hoeft niet altijd meer

Medisch specialisten hoeven niet meer in alle gevallen aan het begin van een zorgtraject de patiënt zelf te zien. De zogeheten face-to-face-eis verdwijnt, bracht de NZa twee weken geleden naar buiten. Maar dat heeft slechts gevolgen voor een klein deel van de medisch-specialistische zorg en voor e-healthtoepassingen.



'Supergoed nieuws', juichte professor gynaecologie Jan Kremer aan het Radboudumc op Twitter nadat hij een bericht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voorbij zag komen. Daarin meldde de NZa per 2020 de eis af te schaffen dat 'aan het begin van een zorgtraject face-to-facecontact is tussen een patiënt en beroepsbeoefenaar met een poortwachtersfunctie.' Deze eis staat pas sinds 2018 in de NZa-regels voor het registreren en declareren van alle medisch-specialistische zorg, dus voor het openen van dergelijke dbc's. Die 'beroepsbeoefenaars met poortwachtersfunctie' zijn zorgverleners die van de NZa een dbc mogen openen. Dat is een afgebakende groep, waar onder meer de interventieradioloog, de SEH-arts en de specialist ouderengeneeskunde onder vallen, maar ook de verpleegkundig specialist en de physician assistant. En dat fysieke contact moest in de eerste negentig dagen van een zorgtraject gebeuren. In de regel was niet nader gedefinieerd hoe dat face-to-facecontact eruit moest zien, maar in de wandelgangen wordt er door dokters aan dat verplichte consult gerefereerd met 'even handjes schudden'.

Jonge eis

De regel is destijds ingevoerd op de vleugels van de e-healthontwikkelingen, licht NZa-beleidsmedewerker tweedelijns somatische zorg Daphne Hoogveen toe. De NZa zag die eis als 'borging van de kwaliteit van zorg'. 'We vonden e-health een goede ontwikkeling, maar net als veel ziekenhuizen en artsen wel nieuw en spannend. Daarom wilden we waarborgen dat een patiënt niet alleen via een telefoontje of een computerprogramma medische informatie krijgt.'

Maar de nog jonge eis begon alweer te trekken in de praktijk, hoorde de NZa van zorgaanbieders. Daarom werd vorige week bekendgemaakt dat de eis per 2020 verdwijnt. Want de regel leidt ertoe dat patiënten onnodig op een poli moeten verschijnen, of 'poortwachters' omwille van de administratie moesten komen opdrijven in een behandelkamer, terwijl dat voor goede zorg niet altijd nodig is.

Doorbraak

Professor gynaecologie Kremer veerde in eerste instantie verheugd op uit zijn stoel. Hij is medeoprichter van de website fertilityconsult.nl, waarmee hij onlineadvies geeft aan mensen met vruchtbaarheidsproblemen. Nu gebeurt dat volgens Kremer nog binnen een pilot van het Radboudumc en het Jeroen Bosch Ziekenhuis en dus zonder financiering vanuit de zorgverzekering. 'Echt een doorbraak', dacht Kremer bij de NZa-mededeling. 'Als een dbc kan worden geopend zonder dat fysiek contact noodzakelijk is, opent dat vele mogelijkheden om patiënten op afstand online van advies en zorg te voorzien.' Kremer zag allerlei voordelen voor zijn eigen organisatie. 'Mensen met vruchtbaarheidsproblemen zouden meteen na doorverwijzing van de huisarts in een onlineomgeving terecht kunnen voor advies.'

Dat advies hoeft, volgens Kremer, ook niet altijd door medisch specialisten te worden gegeven. 'Ik zie een soort callcenter voor me waarin medewerkers videoconsulten houden met patiënten, waar de medisch specialist dan als een soort coach voor de medewerkers aanwezig is. En uiteindelijk komen mensen dan, als het echt nodig is, toch naar het ziekenhuis. Een ivf-punctie kun je natuurlijk niet online doen.' En dat zou ook 'een belangrijke maatschappelijke stap' betekenen 'naar het organiseren van betaalbare zorg', aldus Kremer. Het zou de deuren veel wijder openzetten voor allerlei medische, onlinediensten. Iets wat volgens Kremer gunstig is. 'We moeten ernaartoe dat de kennis die in de hoofden van artsen zit op grotere schaal beschikbaar komt. Daar hebben we innovatieve methoden voor nodig. We moeten op afstand en online gaan werken waar dat mogelijk is.'

Opdraven

Maar de face-to-facesoep wordt iets minder heet gegeten dan ze is opgediend. Volgens de NZa betekent het loslaten van de eis bij zo'n 10 tot 20 procent van de behandelingen een vergemakkelijking. 'De meeste behandelingen, 80 tot 90 procent, starten binnen het ziekenhuis bij iemand

Ik zie een soort callcenter voor me waarin medewerkers videoconsulten houden

met een poortwachtersfunctie', aldus NZa-beleidsmedewerker Hoogeveen. 'Het verandert wat bij behandelingen die starten zonder dat er een poortwachter nodig is voor de zorg.'

Als voorbeeld noemt ze parallelle zorgtrajecten, zoals bij een patiënt die gaandeweg een behandeltraject ook nierdialyse nodig blijkt te hebben. Nu moet er nog een 'poortwachter' opdraven om de dbc voor die dialyse te openen, terwijl die poortwachter niet bij de uitvoering betrokken is. Een ander voorbeeld zijn hartteam-, of longteambesprekingen waar patiënten niet bij aanwezig zijn. Maar door de eis moest zo'n team toch fysiek contact maken met de patiënt om dit overleg te kunnen declareren.

Ins Blaue hinein

Maakt het loslaten van de face-to-face-eis veel meer mogelijk rond e-health? Ook beperkt, licht Hoogeveen toe. Op zich mogen artsen nu ook al een eerste consult via een computerscherm doen. 'Zo'n screen-to-screencontact staat voor ons gelijk aan een eerste poliklinisch bezoek', aldus Hoogeveen. 'Je moet elkaar in de ogen kunnen kijken, dat is van belang.' Een meettraject om bijvoorbeeld een patiënt na een hartoperatie op afstand via e-health te blijven monitoren, mag straks niet zomaar ins Blaue hinein worden gestart. Zo'n toepassing van e-health is ook straks alleen mogelijk als de patiënt eerst een poortwachter in de ogen heeft gekeken – aan tafel of via een beeldscherm. Voor de NZa, die e-health vooral 'als onderdeel van een gewone behandelrelatie beschouwt', is het nog te vroeg om de face-to-faceregel binnen medisch-specialistische zorg helemaal af te schaffen. E-health staat daarvoor, wat de NZa betreft, nog te veel in de kinderschoenen. Een behandeltraject opstarten op basis van alleen telefoongesprekken of een mailcontact mag

straks nog steeds niet, aldus Hoogeveen. Voor de ggz ligt dat overigens al anders: daar geldt dat er 'direct patiëntgebonden tijd' moet zijn geweest voordat een behandelaar mag declareren. Dat directe patiëntencontact mag al verschillende vormen hebben: face to face, schriftelijk, telefonisch of via internet (chat of Skype).

Vooruitgang beknot

Kremer reageert in mineur. De verruiming die hij dacht te krijgen, zou volgens hem 'fundamenteel anders zijn dan de huidige regelgeving'. 'Op dit moment worden projecten zoals die van ons erg beperkt. Het zou erg teleurstellend zijn als verruiming van de regels juist niet op e-health of onlinebehandeling van toepassing zou zijn. Dan zou de vooruitgang worden beknot.' Hij wil er dan ook 'voor pleiten dat de NZa daar alsnog de mogelijkheden voor schept'. Hij denkt bijvoorbeeld aan een app die in Zweden al – weliswaar eerstelijns – consulten mogelijk maakt zonder dat patiënten live worden gezien. Ook hoogleraar telemedicine Leonard Witkamp, die ook e-healthondernemer bij Ksyos is, is teleurgesteld. 'Ik denk dat 95 procent van de mensen, net als ik, de mededeling heeft geïnterpreteerd als een kans voor digitale transformatie van de zorg. De tijd is rijp om zo'n eis voor e-health los te laten en de medische beroepsgroep meer autonomie bij de borging van kwaliteit te geven.' 'Als wij vanuit het veld signalen krijgen dat die eis niet goed meer werkt voor e-health, kunnen wij daarmee aan de slag', reageert NZa-medewerker Hoogeveen. 'Maar tot nu toe hebben we die signalen niet gehad.' ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.