

KNMG-voorzitter pleit voor integrale gezondheidszorg

Regionale ordening haalt schotten weg

Joost Visser

De tijd is rijp voor een langetermijnvisie op de gezondheidszorg, vindt KNMG-voorzitter Nieuwenhuijzen Kruseman. De achterban wordt binnenkort geraadpleegd, maar zelf werpt hij alvast een balletje op.

‘We zijn het aan onszelf verplicht om een visie te formuleren op de toekomst van de gezondheidszorg,’ KNMG-voorzitter Arie Nieuwenhuijzen Kruseman twijfelt niet. Een groeiende zorgvraag, dreigende personeelstekorten, exploderende kosten: de gezondheidszorg heeft grote problemen. En als er één beroepsgroep moet nadenken over mogelijke oplossingen, dan zijn het wel de artsen, ‘de centrale spelers op het veld’.

De achterban van de KNMG wordt de komende maanden om zijn mening gevraagd (zie *kader*), maar nu al wil Kruseman graag vertellen hoe

de zorg anders kan en waarom die veranderde zorg nodig is: ‘De belangrijkste ontwikkeling is de vergrijzing. Zorg wordt steeds meer ouderenzorg, waarvoor verschillende disciplines verantwoordelijk zijn. Dat stelt hoge eisen aan coördinatie, communicatie en regievoering. Tegelijk is de zorg gefragmenteerd door de manier waarop de eerste en tweede lijn worden gefinancierd, maar ook door een lappendeken aan verantwoordelijkheden. Om dat op te lossen is een meer integrale gezondheidszorg nodig. En een organisatie en bekostiging die daarop zijn toegesneden.’

Hoe krijgen we dat voor elkaar?

‘Volgens een afspraak tussen de Orde van Medisch Specialisten en het ministerie van VWS komen er in ziekenhuizen brede stafmaatschappen of stafcoöperaties. Daarmee verdwijnt de onderlinge concurrentie tussen de specialisten voor een groot deel. Ze zijn samen verantwoordelijk voor het product, en dat levert een gemeenschappelijk inkomen. Ik kan me voorstellen dat je deze constructies voorbij de deuren van het ziekenhuis uitbreidt tot regionale zorgnetwerken, ook met een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Hierin zijn behalve de specialisten ook de huisartsen in die regio opgenomen, en mogelijk anderen in de eerste lijn.

Nu nog kan een verwezen patiënt makkelijk in de tweede lijn worden vastgehouden. Voor de huisarts is het niet altijd makkelijk om het gesprek daarover aan te gaan. Maar als je deel uitmaakt van één groep, kun je eenvoudiger afspraken maken over taakverdeling, concen-

Toekomstige zorg volgens de KNMG

In november 2010 bogen de voorzitters en directeuren van de zeven KNMG-federatiepartners (KAMG, LAD, LHV, NVAB, NVVG, OMS en Verenso) zich over een korte notitie van KNMG-voorzitter Arie Kruseman over de gezondheidszorg in de toekomst. Dat resulteerde in een conceptvisiedocument voor het federatiebestuur met daarin de uitgangspunten van goede zorg, uitdagingen voor de toekomst, knelpunten in de huidige zorg en mogelijk oplossingen daarvoor.

Het bestuur vond het echter niet verstandig om een uitgewerkt plan uit te brengen zonder consultatie van de leden. De voorstellen zouden immers grote consequenties voor hen kunnen hebben, maar ook vragen kunnen oproepen. Dus wordt het visiedocument de komende maanden eerst uitvoerig besproken tijdens bijeenkomsten die de KNMG in de districten gaat organiseren.

Als alles goed gaat, krijgt het federatiebestuur in februari 2012 opnieuw een stuk onder ogen, waarin de opvattingen van de achterban zijn verwerkt.

knmg
voor verantwoorde
medische zorg

tratie, coördinatie en regie. Huisartsen kunnen patiënten voor eenmalige consultatie naar de specialist sturen, of deze komt daarvoor naar de huisartsenpraktijk. Het is ook voorstelbaar dat huisartsen kleine ingrepen in het ziekenhuis gaan doen. Zo krijg je integratie, zonder dat de onderlinge taakverdeling wordt aangetast. Want de poortwachterfunctie van de huisarts staat niet ter discussie.'

De financieringsschotten zijn met de komst van die netwerken nog niet verdwenen.

'In 2012 al krijgen de ziekenhuizen van de zorgverzekeraars een budget om te verdelen onder de medisch specialisten. Je kunt je voorstellen dat verzekeraars straks niet per ziekenhuis budgetafspraken maken, maar per regio. Als ziekenhuizen taken van de eerste lijn dan ook daadwerkelijk dáár leggen, dan krijgen zij binnen dat budget meer ruimte voor andere dingen. Ze hebben er dus ook belang bij. Zeeuws-Vlaanderen is een goed voorbeeld. Daar vormt het ziekenhuis met de verpleeghuizen één organisatie, met een bestuur dat met de zorgverzekeraar afspraken maakt over de kosten voor care én cure. Huisartsen en anderen in de eerste lijn kunnen daarbij betrokken worden. Als zij met meer dan één ziekenhuis relaties hebben, kunnen zij aan verschillende zorgnetwerken zijn verbonden. Medisch specialisten zullen niet snel in meer dan één netwerk werken, behalve mogelijk ook in een ZBC.'

De KNMG pleit ook voor concentratie en differentiatie van ziekenhuiszorg. Hoe valt dat te organiseren?

'Zorgverzekeraars moeten op basis van kwaliteits- en beleidscriteria afspraken maken met ziekenhuizen. Maar concentratie op basis van kwaliteit alléén is niet genoeg, want dat kan leiden tot een onevenwichtige verdeling over het land. Er moet een beleidsmacht zijn – bijvoorbeeld de overheid, of het Kwaliteitsinstituut – die ervoor zorgt dat voorzieningen goed gespreid zijn en dat ook complexe zorg voor iedereen bereikbaar is. Voor zeldzame aandoeningen als bepaalde kankerproblematiek zijn twee centra waarschijnlijk het maximum dat je in de lucht kunt houden. Maar om bepaalde blaasproblematiek of gastro-enterologische problematiek te concentreren, zijn zeker meer centra nodig. Die moeten niet allemaal in de Randstad komen, omdat daar de beste kwaliteit zou worden geleverd. Als je

een expertisecentrum in bijvoorbeeld Drenthe opzet, dan ontstaan de ervaring en de kwaliteit daar vanzelf.'

Geen ziekenhuis stoot graag afdelingen af.

'In Zuid-Limburg, waar ik werk, maken Orbis en Atrium dergelijke afspraken al, in Eindhoven zijn het Máxima Medisch Centrum en het Catharina-ziekenhuis ermee bezig. Veel ziekenhuizen zijn allang met elkaar aan de gang. Zoals ze hier en daar ook al afspraken maken over het concentreren van laboratoriumfaciliteiten. Elk ziekenhuis moet een basisset aan labbepalingen doen, maar je kunt grote doelmatigheidswinst behalen door bijvoorbeeld bijzondere bepalingen op het gebied van de endocrinologie of immunologie te concentreren. Natuurlijk spelen bij concentratie belangen een rol. Die zijn deels van inhoudelijke aard, omdat mensen het leuk vinden om bepaalde te dingen te doen. Soms zijn ze van financiële aard. Het mooie van de stafmaatschap- of coöperatieconstructie vind ik dat financiële aspecten er minder nadruk krijgen en er vanzelf een klimaat ontstaat waarin men bereid is om vooral op inhoudelijke gronden afspraken te maken.'

De KNMG wil de subspecialisaties in de opleiding terugdringen.

'Vooral oudere patiënten met een chronische meervoudige aandoening zijn gebaat bij een generalistische benadering, ook in de tweede lijn. Natuurlijk moet je subspecialisten blijven opleiden, maar vooral in de grote disciplines als interne geneeskunde, heelkunde, neurologie, gynaecologie en kindergeneeskunde lijkt sprake te zijn van subspecialisatie ten koste van generalisatie. Daardoor ontstaat fragmentatie van de zorg, wat ertoe kan leiden dat de patiënt meer vanuit zijn ziekte wordt benaderd, en minder als zieke. Niet iedereen hoeft generalist te worden, maar nu is het evenwicht verstoord. Een algemeen internist die in staat is om zowel diabetes te behandelen als de hartproblematiek en de nierproblematiek die daarbij horen, is te verkiezen boven een internist-endocrinoloog als ik, die de patiënt voor hartproblematiek naar de cardioloog stuurt en voor nierproblematiek naar de internist-nefroloog.'

Wie moet die omslag laten maken?

'Een aantal jaren geleden schreef ik in een beleidsnota voor de interne geneeskunde dat maar 7 procent van de aiossen algemeen internist wilde worden. De rest wilde een subspecialistisch aandachtsgebied. De assistenten dachten op die manier hun marktpositie te

'Niet per ziekenhuis budgetafspraken maken, maar per regio'



Arie Nieuwenhuijzen Kruseman:

'In de grote disciplines als interne geneeskunde, heelkunde, neurologie, gynaecologie en kindergeneeskunde lijkt sprake te zijn van subspecialisatie ten koste van generalisatie.'

beeld: Raphaël Drent

kunnen vergroten, en de opleiders faciliteerden hun wens. Ik denk dat de wetenschappelijke verenigingen, gesteund door het Capaciteitsorgaan, een grens moeten stellen: 50 procent van de aiossen krijgt een aandachtsgebied. Meer heeft de zorg niet nodig.'

Hoe ziet de vervolgopleiding er concreet uit?

'Je kunt per domein denken aan een generalistisch basistraject na het artsexamen. In snijdende disciplines kan dat leiden tot de bevoegdheid om simpele ingrepen te doen, in beschouwende disciplines tot de status van ziekenhuisarts. De chirurg is dan verantwoordelijk voor de operatie, de perioperatieve zorg laat hij over aan de ziekenhuisarts. Op dit moment moet je je opleiding onafgebroken volgen, als je er een halfjaar uitstapt, heb je een probleem. Met de toenemende feminisering van het beroep kan het voor veel jonge artsen aantrekkelijk zijn om dat te veranderen. Dan volg je bijvoorbeeld binnen de interne geneeskunde een tweejarig traject tot ziekenhuisarts. Die functie valt goed te combineren met gezinsvorming. Na een jaar of zes ga je dan verder met de opleiding, en na twee jaar ben je algemeen internist. Als je dan in een ziekenhuis gaat werken met een bepaalde subspecialisatie, dan kun

je je daarin verder specialiseren. Die opleiding kan dan worden betaald door het ziekenhuis. Dat het opleidingsfonds voor het hele traject beschikbaar blijft, lijkt me onwaarschijnlijk.'

Het laatste punt is een betere samenhang van patiëntgerichte en publiekgerichte gezondheidszorg.

'Als het gaat om preventie zijn populatiemaatregelen effectiever dan individuele maatregelen. Dan heb je het niet alleen over de zorg zelf, maar ook over zaken als ruimtelijke ordening en onderwijs. Artsen moeten erop wijzen dat die implicaties hebben voor de gezondheid. De bekostiging moet stimuleren dat artsen investeren in preventie. Een voorbeeld. Stel je voor dat een patiënt met hartfalen thuis een weegschaal heeft die signalen doorstuurt naar de computer van de huisarts. Telkens als die patiënt op de weegschaal gaat staan, ziet de huisarts het gewicht op zijn beeldscherm. Blijft het gewicht over een langere periode gelijk, dan doet hij niets. Neemt het toe, dan belt hij de patiënt om even langs te komen, constateert vocht in de benen en geeft hem extra Lasix. Nu nog zou hij alleen voor dat laatste worden betaald. Voor het op afstand monitoren niet, terwijl dat in feite veel belangrijker is. Dat moet anders.' 



Meer artikelen over en van Arie Nieuwenhuijzen Kruseman vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.