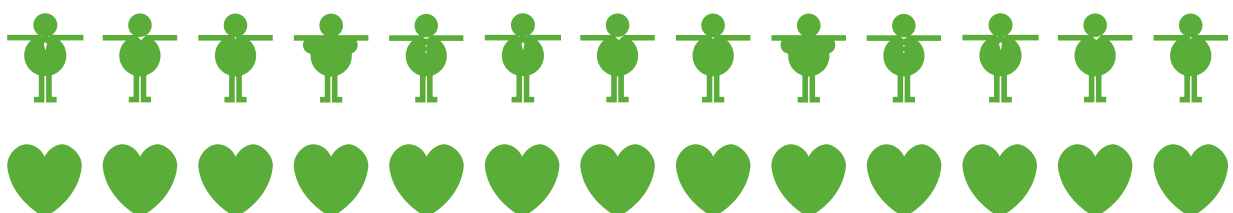


DWARS

GROENLINKSE JONGEREN

CURATIEVE ZORG DWARS ZORGVISIE

13 OKTOBER 2012



INHOUDSOPGAVE

Inleiding	3
1. Curatieve zorg	5
1.1 Gezondheidsverschillen en toegankelijkheid van zorg	5
1.2 Wanneer behandelen niet het beste is	6
1.3 Beperken van overbehandeling	7
1.4 De inrichting en functie van de eerste lijn	9
1.5 De inrichting en functie van de tweede lijn	12
1.6 Bronnen	16

INLEIDING

Voor je ligt de Zorgvisie van DWARS, GroenLinkse Jongeren. In dit stuk zetten wij uiteen hoe de zorg volgens ons geregeld zou moeten worden. Aandacht voor de patiënt, goed samenwerkende zorgverleners en alleen bezuinigen wanneer dat verantwoord is, zijn daarin de sleutelbegrippen.

In de politiek horen we vaak dat de kosten van de zorg de pan uit rijzen, dat zorgverleners efficiënter moeten gaan werken en dat er bezuinigd moet worden op 'onnodige' zorg. DWARS kiest een ander beginpunt: goede zorg is noodzakelijk om een maatschappij draaiende te houden en mag dus ook wat kosten. Mensen willen graag dat er geïnvesteerd wordt in zorg, omdat het één van de meest essentiële voorzieningen is voor een gelukkige samenleving.

Natuurlijk moeten we proberen om zo efficiënt mogelijk te werken in de zorg en natuurlijk moet zorg betaalbaar blijven, maar uiteindelijk gaat het om het welzijn van de patiënt en de samenleving.

Vergrijzing en schaarste in de zorg

De vergrijzing maakt het steeds moeilijker om goed te zorgen voor onze ouderen. Daarbij is het niet aantrekkelijk om te gaan werken in de zorg, omdat de lonen van verpleegkundigen, in verhouding tot de werkdruk, erg laag zijn. Doordat er steeds meer mensen zorg nodig hebben en doordat er steeds minder mensen beschikbaar zijn om deze zorg te leveren, moeten verpleegkundigen buitensporig hard werken. Ook hebben ze geen tijd meer voor het leukste deel van hun werk: de patiënt een zo prettig mogelijk verblijf in ziekenhuis of verpleeghuis bezorgen.

Ziekenhuizen dreigen op deze manier te verworden tot onpersoonlijke bedrijven die productie moeten draaien om open te kunnen blijven. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van zorg en we moeten dit dus proberen te voorkomen.

Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn erg machtig. Zij vergoeden niet alleen de verzekerde zorg, maar adviseren ook de overheid over bijvoorbeeld het basispakket. Daarnaast hebben zij het recht om prijsafspraken te maken met zorgverleners. Ook mogen zij voor een patiënt bepalen naar welke zorgverlener hij of zij toe moet. Dit resulteert erin dat de zorgverzekeraars geld besparen, maar het zorgt er ook voor dat het basispakket beperkt blijft en dat mensen niet vrij zijn om zelf hun zorgverlener te kiezen. Dit is een onwenselijke situatie en de macht van de zorgverzekeraars moet dus worden ingeperkt.

Kostenbesparing

In Nederland zullen we in 2013 zo'n beetje 80 miljard euro uitgeven aan zorg (Ministerie van VWS 2012), in 2011 was dat 90 miljard (Gezondheidszorgbalans 2011). Er gaat vooral veel geld naar langdurige zorg, bijvoorbeeld zorg voor ouderen en gehandicapten. Ook ziekenhuizen zijn relatief duur. De huisarts krijgt maar een klein deel van het geld, zo'n 2-3% van het totale budget (Gezondheidszorgbalans 2011).

Als we de kosten willen beperken, zullen we eerst een aantal ethische vragen moeten beantwoorden. De belangrijkste daarvan is: Mag men een prijs plakken op een mensenleven? Dit is uiteindelijk de vraag waar het om draait als we het hebben over het wel of niet vergoeden van behandelingen en over het wel of niet toekennen van een indicatie voor zorg. Als we de zorg niet leveren, is de uiterste consequentie namelijk dat iemand (eerder) doodgaat.

Een goed voorbeeld is de regel dat iemand die in een verpleeghuis woont niet gereanimeerd wordt, tenzij hij of zij aangeeft dat perse te willen. Een aantal jaren geleden was hier veel ophef over, nu is het de normale gang van zaken. Het kost namelijk geld om iemand te reanimeren. Die persoon moet daarna namelijk nog uitgebreid behandeld en verzorgd worden, vooral als hij of zij schade heeft opgelopen als gevolg van de reanimatie. In dit geval is gekozen voor een pragmatische aanpak; het is te duur, dus we doen het niet. Er speelt echter nog iets anders mee. De kwaliteit van leven is na een reanimatie vaak beperkt. Daarom is de winst van zo'n reanimatie niet groot, kan men stellen.

Het argument dat de kwaliteit van leven niet meer goed is na een reanimatie is een goed argument. Als daarbij komt dat er kosten bespaard worden, dan is dat een goede zaak. Als het in eerste plaats om de kostenbesparing gaat, dan is dit onacceptabel. Uiteindelijk mogen de financiële overwegingen nooit de enige of de belangrijkste motivatie zijn voor de keuze om wel of niet te behandelen.

We vinden wel dat mensen meer kennis moeten krijgen over de kosten van de zorg. Niemand weet wat een consult bij de huisarts kost (ca. 8,75) en dat een bezoek aan de huisartsenpost tien keer zo duur is. Waarschijnlijk zou dat bewustzijn schelen in het gemak waarmee mensen onnodig dure zorg vragen.

Grenzen van de politiek

DWARS wil niet dat de politiek zich teveel bemoeit met het werk van de professionals in de zorg. De politiek kan in principe alleen wetgeving en organisatiestructuren aanpassen. Wij denken dat de organisatie van de zorg beter en patiëntvriendelijker kan, zonder dat we de autonomie van de zorgverleners hoeven aan te tasten.

Wij willen echter ook een aantal suggesties doen die strikt genomen buiten de zeggenschap van de politiek vallen, vooral met betrekking tot de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners.

Leeswijzer

In dit stuk zullen wij in vijf hoofdstukken toelichten hoe wij de zorg patiëntgericht willen maken, hoe wij zorgprofessionals beter willen laten samenwerken en hoe we op een verantwoorde wijze kosten willen besparen.

In hoofdstuk 1 zullen we de curatieve zorg behandelen. Hoofdstuk 2 gaat over preventie in de zorg en hoofdstuk 3 over chronische zorg. Hoofdstuk 4 betreft de geestelijke gezondheidszorg en tot slot gaat hoofdstuk 5 over de financiering van zorg en over de financiële consequenties van dit visiestuk.

Onderaan elk deelhoofdstuk kun je steeds de belangrijkste punten lezen.

Wij wensen je veel leesplezier en wij hopen dat we een bijdrage leveren aan uw ideeën over de Nederlandse gezondheidszorg.

NB: Tijdens het congres te Rotterdam op 13 en 14 oktober leggen wij alleen hoofdstuk 1 voor. De overige hoofdstukken zullen naar verwachting volgen op het voorjaars- en/of najaarscongres in 2013.

HOOFDSTUK 1: CURATIEVE ZORG

1.1 Gezondheidsverschillen en toegankelijkheid van de zorg

Tot op de dag van vandaag zijn er grote gezondheidsverschillen in Nederland, die vooral gerelateerd blijken te zijn aan sociaal-economische status (Mackenbach en Van der Maas 2008). DWARS is van mening dat die gezondheidsverschillen zoveel mogelijk gelijk moeten worden getrokken. Een belangrijk middel om dit te bereiken is dat mensen gelijke toegang hebben tot de zorg. Mensen met een lagere sociaal-economische status horen dus dezelfde zorg te kunnen krijgen als mensen met een hoge sociaal-economische status. De toegankelijkheid van de zorg is technisch gezien onder te verdelen in drie begrippen: toegankelijkheid (niet-fysieke toegang tot de zorg), bereikbaarheid (fysieke toegang tot de zorg) en behoefte (behoefte aan zorg van de patiënt en hoe een instelling in deze behoefte voorziet).

Rechtvaardigheid

In verschillende bronnen wordt deze gelijke toegang tot de zorg ook 'gelijkwaardigheid,' 'billijkheid' en zelfs 'rechtvaardigheid' genoemd. Het probleem dat men tegenkomt als men de zorg rechtvaardig wil maken, is de achtergrond van de zorggebruiker. In principe is het 'rechtvaardig' te noemen dat ieder mens gelijke toegang heeft tot de gezondheidszorg. In de praktijk is dat echter niet voldoende om de gezondheidsverschillen weg te nemen, omdat de middelen waarover iemand beschikking heeft en zijn achtergrond onveranderd zijn gebleven. We zien namelijk dat hoger opgeleiden meer zorg vragen, ook al hebben zij niet meer toegang tot de zorg. Verder zien we dat 'de rijken' hun zorggebruik meer benutten als preventieve zorg. Lager opgeleiden zouden, ook als de toegankelijkheid volledig gelijk zou zijn, nog steeds minder gebruik maken van de zorg. (Mackenbach en Van der Maas 2008, SEO 2006). Ook zijn mensen met een lager inkomen niet in staat een gezonde levenswijze te betalen.

Op het eerste gezicht lijkt het een logische oplossing om de zorg voor rijke mensen duurder te maken, zodat zij minder gebruik maken van zorg en er meer 'overblijft' voor de minderbedeelden. Deze maatregel kent echter een belangrijk nadeel: uit onderzoek blijkt dat de invoering van een te sterk inkomensafhankelijke prijs van gezondheidszorg het gezondheidspatroon juist om zou kunnen draaien (Smits, Droomers & Westert 2002). Dat wil zeggen dat juist de veelverdieners ongezond zouden worden. Dit is dus niet de volledige oplossing voor een rechtvaardige gezondheidszorg.

DWARS ziet in de bovengenoemde probleemstelling een extra argument om de inkomensverschillen in de maatschappij zoveel mogelijk gelijk te trekken. Gelijke maatschappelijke kansen en inkomens scheppen de mogelijkheid tot een echt gelijke toegang tot de zorg. Ook moet het goedkoper worden om gezond te leven. Het is onacceptabel dat een hamburger in verhouding goedkoper is dan een bordje boerenkool.

Andere verbeteringspunten voor de toegankelijkheid van de zorg

DWARS maakt zich, met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg, vooral zorgen over ouderen in rurale gebieden. Deze mensen blijken namelijk niet vaak naar de huisarts te gaan, waardoor zij te laat aan de bel trekken als zij ziek zijn. Een oplossing voor deze groep kwetsbare mensen kan gezocht worden bij de huisarts. Zij moet inventariseren of er oudere patiënten bij haar praktijk ingeschreven staan die zij nooit ziet. Deze mensen kan

zij dan met enige regelmaat uitnodigen voor een gesprek om hun gezondheidstoestand te bekijken. Zo kan op tijd worden ingegrepen als iemand ziek is.

Een ander belangrijk verbeterpunt is dat ieder ziekenhuis goed bereikbaar zou moeten zijn met het openbaar vervoer. In een rapport van het RIVM (Smits, Droomers & Westert 2002) wordt benadrukt dat dit onderwerp in het buitenland al veel aandacht heeft gekregen. Voornamelijk in dunbevolkte landen zoals de Verenigde Staten, Australië en Spanje, is hier veel aandacht voor vanwege het grote geografische verzorgingsgebied van ziekenhuizen in die landen. Nederland is duidelijk niet dunbevolkt. Toch zijn er problemen met de bereikbaarheid van ziekenhuizen, omdat ze vanuit rurale gebieden en bepaalde woonwijken nauwelijks of moeizaam te bereiken zijn. De aanleg van nieuwe wegen is geen oplossing, maar beter openbaar vervoer op de al bestaande wegen is een groen en duurzaam alternatief.

Ten derde maken wij ons zorgen over de spoedeisende zorg in afgelegen gebieden. Het is vaak lastig voor een ambulance om daar op tijd te zijn. Het is echter te duur om extra ambulances in te zetten die sneller ter plaatse kunnen zijn. Een uitermate geschikt alternatief is de ambulancemotor. Door middel van dit voertuig is het ambulancepersoneel in staat om zich makkelijk en relatief goedkoop van A naar B te bewegen. De ambulancemedewerker heeft al het materiaal bij zich dat nodig is om de eerste hulp te bieden. De gewone ambulance kan dan later volgen om de patiënt naar het ziekenhuis te brengen. Een voorwaarde om dit systeem te laten functioneren is dat de motorrijder in uiterlijk 10 minuten op de bestemming is aangekomen. Om dit mogelijk te maken moeten er goed verspreid door het land meer ambulancemotors ingezet worden.

Kernpunten

Om gezondheidsverschillen te verkleinen moeten de inkomensverschillen kleiner worden.

Gezond leven mag niet duurder zijn dan ongezond leven.

De huisarts moet de gezondheid van kwetsbare ouderen in rurale gebieden goed in de gaten houden.

Ziekenhuizen moeten goed bereikbaar zijn met het openbaar vervoer.

Er moeten meer ambulancemotoren komen om te voorzien in de spoedeisende zorgbehoefte in afgelegen gebieden.

1.2 Wanneer behandelen niet het beste is

Het past bij het idee van maakbaarheid in onze consumptiemaatschappij dat iedere patiënt te genezen zou moeten zijn, in de geneeskunde cure of curatie genoemd. De realiteit is dat het soms beter is geen curatief beleid in te zetten, en dat het soms helemaal niet mogelijk is de patiënt te genezen. In dat geval worden alleen verzorgende maatregelen, care, aangeboden.

Als een vergaand beleid de enige behandeloptie is zou de arts meer sturend te werk moeten gaan en zou zij de patiënt goed moeten voorlichten over de geringe winst die een behandeling op zou leveren. Een voorbeeld hiervan is een grote operatie bij een oudere patiënt, waarvan het effect op de kwaliteit van leven gering of zelfs nadelig is.

Zo'n ingreep zou een arts moeten afraden of zelfs moeten weigeren uit te voeren.

Artsen zouden in de eerste plaats zelf meer bewust moeten worden van de nadelen van hun handelen. In 15% van de gevallen is de patiënt slechter geworden door medisch handelen (Mackenbach en Van der Maas 2008). - Dit zou tijdens de geneeskunde-opleiding meer aan bod moeten komen, bijvoorbeeld als (keuze)vak niet-behandelen. Verder zou er in ziekenhuizen tijdens besprekingen en overdrachten vaker gesproken moeten worden over de voordelen van niet behandelen voor een patiënt. Ook is DWARS ervoor dat artsen in het elektronische dossier moeten kiezen tussen de optie niet behandelen of behandelen, zodat ze gedwongen worden om stil te staan bij deze keuze.

Als het gaat om minder vergaand beleid, bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie, wordt er door de arts vaak onvoldoende tijd besteed aan het uitleggen van de mogelijke nadelen, bijwerkingen en complicaties van de behandeling. Dit heeft als gevolg dat patiënten een behandelingstraject in gaan met verkeerde verwachtingen. Er zou meer tijd gemaakt moeten worden voor uitleg en voorlichting aan de patiënt, ook voor vaak voorgeschreven of simpele medicatie.

Een van de redenen dat artsen behandelen wanneer daar eigenlijk geen indicatie voor is, is uit angst voor claims. Protocollen kunnen een arts hierin deels dekken, maar DWARS vindt het beter om het recht van een arts op niet-behandelen wettelijk vast te leggen, zodat zij geen claim krijgt als hij een behandeling met goede reden weigert uit te voeren. Dit zouden we kunnen doen door in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) vast te leggen dat zowel de arts als de patiënt een veto heeft om een behandeling te weigeren. In de huidige wetgeving heeft eigenlijk alleen de patiënt een veto. Sociale en psychische componenten van de patiënt mogen meespelen in een weigering door de arts, bijvoorbeeld als de arts denkt dat de behandeling psychisch te belastend zal zijn voor de patiënt. Uiteraard moet een arts altijd heel goed beredeneren waarom hij de behandeling weigert. Als een patiënt de behandeling toch wil, ook na een goede uitleg, dan heeft hij uiteraard recht op een second opinion.

Kernpunten

Het is soms beter voor de patiënt om niet behandeld te worden, artsen moeten patiënten helpen bij het nemen van deze beslissing.

Er moet tijdens intercollegiaal overleg meer aandacht komen voor de mogelijkheid van niet-behandelen.

In het EPD moet de keuze worden geboden tussen 'behandelen' en 'niet-behandelen'.

Er moet meer tijd besteed worden aan het uitleggen van nadelen en bijwerkingen van medicamenteus behandelen.

In de WGBO moet het recht van zowel arts als patiënt om een behandeling te weigeren beter worden vastgelegd.

1.3 Beperken van overbehandeling

Overbehandeling is een zaak van arts en patiënt, maar er moet wel toezicht zijn op mogelijke overbehandeling, en waar nodig moeten er stappen worden genomen.

Hiervoor wil DWARS een nieuw orgaan in het leven roepen, met als doel het verminderen van overbehandeling.

Overbehandeling kan bijvoorbeeld zijn het doen van allerlei aanvullend onderzoek dat geen bijdrage levert aan de in te stellen behandeling of de prognose. Ook kunnen er behandelingen worden gestart die geen wezenlijke bijdrage leveren aan de gezondheid of de kwaliteit van leven. Hierbij kun je denken aan het aanvragen van bloed om elke dag 20 verschillende waardes te bepalen, terwijl dit geen consequenties heeft voor de behandeling. Of opnames en (dure) behandelingen in de laatste levensfase die niet levensverlengend werken, en net zoveel voor- als nadelen hebben waardoor de levenskwaliteit ook niet noemenswaardig toeneemt. In het recent verschenen rapport van Ab Klink over dit onderwerp blijkt dat er veel kosten bespaard kunnen worden als er onnodige zorg niet meer geleverd wordt.

Controle-orgaan

Om de medische wereld bewuster te maken van de nadelen van overbehandeling en om hierin een cultuurverandering teweeg te brengen, willen wij een nieuw controlerend orgaan in het leven roepen. Dit orgaan zou samen kunnen werken met mensen en instellingen die overbehandeling kunnen signaleren. Hierbij kun je bijvoorbeeld denken aan de verzekeraar. Deze kan geen precieze indicaties bekijken, maar ziet wel wanneer iemand bijvoorbeeld heel frequent de specialist bezoekt, of wanneer er jarenlang specialistenbezoeken zijn. Voor sommige indicaties is dit nodig, maar lang niet voor alle aandoeningen hoeft iemand door de specialist gecontroleerd te worden. Ook huisartsen, verpleging en collega-specialisten kunnen samenwerken met het controle-orgaan en in de gaten houden of de zorg passend is. Bij twijfel of misstanden kunnen zij dit melden. Het orgaan kan vervolgens kijken of dit inderdaad zo is, en dan vragen aan de betreffende specialist stellen. Hiervoor moet deze controlerende instantie inzicht kunnen verkrijgen in het dossier van de patiënt. Om de privacy te waarborgen moet er eerst schriftelijke toestemming aan de patiënt worden gevraagd.

In het orgaan zouden medici uit verschillende disciplines moeten plaatsnemen, die goed in staat zijn om te beoordelen wat voor zorg iemand nodig heeft. Zij zullen casus bespreken die door anderen zijn gesignaleerd, en bekijken of er inderdaad sprake is van overbehandeling. Als dit niet zo is hoeven zij de behandelend specialist niet te spreken en is de zaak in principe klaar. Op deze manier voorkom je dat de specialisten veel tijd kwijt zijn aan zaken waarbij zij volgens het orgaan juist gehandeld hebben.

Maatregelen tegen overbehandeling

Mocht het orgaan het niet eens zijn met de werkwijze van de specialist, dan kunnen zij deze hierop aanspreken. Een arts mag van de richtlijnen afwijken, mits zij dit goed kan beargumenteren. Hiervoor kan het orgaan een gesprek aangaan met de specialist. Bij ernstige misstanden, die ook na dialoog niet opgelost zijn, zou het orgaan mogen klagen. Straffen mag het orgaan echter niet, de zaak zou dan bij het tuchtrecht terecht moeten komen. Hiervoor zou het tuchtrecht moeten worden uitgebreid of een apart takje moeten krijgen om maatregelen te kunnen nemen.

Wie moet gecontroleerd worden?

In dit stuk spreken wij vooral over specialisten, en worden huisartsen niet genoemd. Hier zijn enkele redenen voor.

Ten eerste zijn huisartsen over het algemeen minder geneigd om allerlei duur onderzoek te doen, of 15 verschillende hartmedicijnen voor te schrijven. Het werk van een huisarts bestaat voor een groot deel uit een selectie maken tussen mensen die aanvullende zorg nodig hebben, en mensen die bij de huisarts kunnen blijven. Huisartsen zijn dus al bewust bezig met minimaal behandelen. Ook is het voor hen wat ingewikkelder en tijdrovender om aanvullend onderzoek aan te vragen, omdat zij niet in het ziekenhuis werken en hun patiënten niet opgenomen liggen.

Verder is het moeilijker te controleren of huisartsen overbehandelen of niet. Vanuit collega's uit dezelfde praktijk kunnen dingen gesignaleerd worden, maar verpleging of verzekeraar kan dit veel moeilijker bekijken. Het is immers niet gek als mensen elke week naar de huisarts gaan voor bijvoorbeeld controles. Dit hebben we juist liever dan elke week naar de specialist, en dit is dus geen mogelijk signaal voor overbehandeling.

Als laatste een praktisch punt: huisartsenzorg is veel goedkoper dan specialistenzorg. Wij denken dat overbehandeling minder voorkomt onder huisartsen, en de signalering is moeilijker. Dan is het waarschijnlijk kosteneffectiever om de huisartsen buiten beschouwing te laten, in plaats van een (duur) systeem te bedenken om huisartsen ook te controleren. Wij hopen dat dit orgaan uiteindelijk ook zorgt voor meer bewustwording, en minder overbehandeling bij alle medici, dus ook bij huisartsen.

Kernpunten

Er moet een orgaan komen dat controleert op overbehandeling.

Uiteindelijk is het doel hiervan om artsen bewuster te laten kiezen voor een behandeling, wat de kwaliteit van zorg ten goede komt en de kosten van de zorg beperkt.

Zorgverzekeraars, collega-artsen, verpleegkundigen en patiënten kunnen overbehandeling signaleren en melden, waarna er een onderzoek plaatsvindt.

Een arts mag altijd beredeneerd afwijken van de standaarden of richtlijnen.

Vooraf specialisten moeten worden gecontroleerd, bij huisartsen is dit minder nodig.

1.4 De inrichting en functie van de eerste lijn

De eerste lijn is de eerste stap in het zorgtraject, en in verreweg de meeste gevallen de enige stap die een patiënt zet. Het grootste deel van de zorg in Nederland wordt gedaan door huisartsen, met slechts een klein deel van het totale budget. Een huisarts verwijst ongeveer 5-10% van zijn patiënten naar de tweede lijn.

De huisarts als poortwachter

In Nederland mag iemand alleen naar een medisch specialist met een verwijzing van de huisarts. Dit geeft de huisarts de rol van 'poortwachter', die de toegang bewaakt naar de duurdere specialistische zorg. De rol van de huisarts is hierin tweeledig. Leed een: veel problemen kunnen ook door een huisarts opgelost worden, ook al had een patiënt in eerste instantie een verwijzing naar de tweede lijn in gedachten. De huisarts selecteert alleen de mensen die dit echt nodig hebben. Naast dat specialisten duurder zijn, zijn er

ook vaak wachtlijsten. Deze zouden nog veel langer worden als mensen zonder verwijzing naar de specialist zouden kunnen. Leed twee houdt in dat de huisarts een patiënt naar de goede specialist kan verwijzen. Veel klachten zijn voor een patiënt moeilijk te duiden, een huisarts echter kan hier wel de goede specialist bij zoeken, en eventueel al wat onderzoek doen zodat het traject in de tweede lijn sneller kan verlopen. Ook kan zij selecteren op urgentie, zodat semi-spoedeisende patiënten ook sneller worden gezien. Zo heeft de huisarts ook een belangrijke rol in het kanaliseren van doorverwezen patiënten.

Verwijzen naar paramedici

Verder vinden wij dat een huisarts een belangrijkere rol moet krijgen in het verwijzen naar paramedici. Wij willen dat fysiotherapie of een diëtist vergoed mag worden, mits er een verwijzing van de huisarts is met een medische indicatie. Fysiotherapie, diëtist en andere paramedici moeten eerstelijns beschikbaar blijven, maar zonder verwijzing wordt dit niet vergoed. Huisartsen zijn wel verantwoordelijk voor een regelmatige verversing van de verwijzing, waarbij goed moet worden gekeken of de medische indicatie nog steeds aanwezig is.

De huisarts als regisseur van de patiëntenzorg

Een andere belangrijke functie van de huisarts is de regie die zij houdt over een patiënt. Er komen steeds meer patiënten met multiple ziektes en aandoeningen, die bij verschillende specialisten lopen, die soms tegenstrijdige adviezen en therapieën geven. Ook kunnen mensen bij een specialist uit de controle worden ontslagen, maar wel hun medicijnen behouden. Een huisarts kan de zorg hierin overnemen, en het beleid van verschillende specialisten goed afstemmen. Ook kunnen zij in de gaten houden wanneer een patiënt toch weer verwezen zou moeten worden. In tijden van vergrijzing, waar vaak complexe zorg bij komt kijken, is het belangrijk dat één arts overzicht heeft over de hele patiënt, evenals de psychische gezondheid en de omgeving waarin de patiënt verkeert. De huisarts is hier bij uitstek geschikt voor, en heeft een belangrijke functie in de algehele gezondheid van een patiënt. Ook voor een patiënt, die soms door de specialistische bomen het bos niet meer ziet, is het prettig om één regisseur te hebben. Niet voor niets wordt vaak gesproken over 'de molen ingaan' als iemand allerlei afspraken krijgt in het ziekenhuis. Dit kan erg onoverzichtelijk worden voor een patiënt, die soms niet weet waar hij aan toe is. Binnen het ziekenhuis willen wij meer casemanagers die deze patiënten goed opvangen, maar eenmaal thuis moet hier weer een huisarts klaarstaan om de zorg over te nemen.

Daarnaast heeft de huisarts vaak zicht op een hele familie. Dingen binnen een familie kunnen invloed hebben op iemands gezondheid, maar ook bijvoorbeeld op de therapietrouw. Een huisarts die hier vanaf weet kan gericht zorg aanbieden en zo de gezondheid van de patiënt vanuit verschillende invalshoeken verbeteren.

Uitbreiding van de taken van de huisarts

Er is een aantal punten waarop wij de inrichting van de eerste lijn verbeterd willen zien. Ten eerste blijven patiënten vaak 'hangen' in de tweede lijn, met bijvoorbeeld hoge bloeddruk. Bij elk patiëntencontact moet weer worden overwogen of dit niet iets is wat een huisarts ook zou kunnen doen, en zo ja, moet de patiënt worden terugverwezen naar de eerste lijn. Hier moeten richtlijnen voor worden opgesteld door zowel de huisarts als

het betreffende specialisme, en er moet goed op worden gelet of dit wordt nageleefd. Dit kan binnen een vakgroep of maatschap zelf gebeuren.

Daarnaast willen wij meer dingen, zoals langdurige controles bij sommige veelvoorkomende chronische ziekten (diabetes, hypertensie) ondergebracht hebben bij de huisarts, eventueel in samenspraak met zogenoemde nurse practitioners. Zij moeten wel laagdrempelig contact met een specialist kunnen hebben, maar de zorg voor deze veelvoorkomende aandoeningen, waar veel richtlijnen voor bestaan, kan in de eerste lijn worden ondergebracht.

Ook kleine verrichtingen die nu nog vaak in chirurgische dagbehandeling worden gedaan, kunnen door huisartsen worden gedaan. Dit geldt ook voor sommige gynaecologische ingrepen, zoals het plaatsen van een IUS of IUD. Patiënten mogen hiervoor naar de gynaecoloog, maar als de huisarts hier geen medische noodzaak van inziet, moet dit zelf worden betaald.

Zeker nu huisartsenpraktijken uit meer huisartsen bestaan dan vroeger, is het mogelijk dat huisartsen zich 'specialiseren' in bijvoorbeeld kleine chirurgische of gynaecologische ingrepen. Zo kunnen veel ingrepen binnen één huisartsenpraktijk worden gedaan, en hoeft de patiënt hiervoor niet naar het ziekenhuis.

Wij willen dat er dan ook geld wordt vrijgemaakt om huisartsen de mogelijkheid te geven zich hierin bij te scholen, zodat zij hun vaardigheden kunnen uitbreiden om deze kleine dingen over te nemen. Er moet wel een lijst komen, opgesteld door zowel de huisarts als de betreffende specialist, welke ingrepen in een huisartsenpraktijk kunnen worden gedaan en welke niet.

Overleg tussen eerste en tweede lijn

Verder moet er meer en laagdrempeliger contact komen tussen de eerste en de tweede lijn. Vaak 'verdwijnen' patiënten voor maanden bij een specialist, en krijgt de huisarts na een half jaar een briefje waarin staat wat er allemaal met de patiënt gebeurd is. Dit moet meer worden. Een huisarts hoeft geen wekelijks epistel te krijgen, maar wel binnen afzienbare tijd een kattenbelletje van de specialist als er een belangrijke diagnose wordt gesteld of een grote behandeling wordt gepland. Zo is het voor een huisarts makkelijker een generalist te blijven, maar patiënten toch goed te kunnen behandelen.

Ook kan een huisarts zo makkelijker een patiënt begeleiden als die weer 'terugkomt' uit de tweede lijn, niet zelden met een waslijst aan medicatie en tegenstrijdige adviezen van verschillende specialisten. Hier zou de casemanager een rol in kunnen spelen, die laagdrempelig contact onderhoudt met de huisarts, haar op de hoogte houdt en een aanspreekpunt is.

Kernpunten

- Vergoeding paramedici alleen bij medische indicatie en na verwijzing

- Patiënten sneller en waar mogelijk terug naar eerste lijn, o.a. bij veel voorkomende chronische ziektes

- Meer kleine verrichtingen van chirurgische dagbehandeling naar de huisarts

- Laagdrempeliger contact tussen huisarts en specialist

- Casemanager voor patiënten met veel verschillende behandelaars

1.5 De inrichting en functie van de tweede lijn

In de tweede lijn wordt specialistische zorg gegeven. Men heeft een verwijzing van de huisarts nodig om in de tweede lijn terecht te komen. Het is dus de tweede stap in het zorgproces, van daar de naam. Tweedelijnszorg wordt meestal gegeven in ziekenhuizen, maar kan ook in privéklinieken plaatsvinden.

Artsen in loondienst van het ziekenhuis

In de tweede lijn werken artsen vaak in maatschappen. Zij huren ruimte en personeel van het ziekenhuis en betalen het ziekenhuis als zij aanvullend onderzoek aanvragen voor hun patiënten. Deze kosten worden door de arts direct gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Artsen die op deze manier werken verdienen meer als zij zo veel mogelijk patiënten in behandeling nemen en deze mensen zo min mogelijk behandelen. Daardoor kan het gebeuren dat artsen uit het oog verliezen dat goede zorg geven voorop staat. DWARS vindt het een kwalijke zaak dat het huidige systeem deze prikkel geeft.

DWARS is van mening dat artsen in loondienst van een ziekenhuis zouden moeten werken. In sommige ziekenhuizen is dit al het geval en veel artsen zijn hier zeer tevreden over. Op deze manier is het inkomen van medisch specialisten binnen de perken te houden en is het primaire doel van de specialist niet het maken van winst (T. Calkoen 2010, K. Kraaijeveldt 2010). Een mogelijk nadeel van het werken in loondienst is dat specialisten in loondienst minder productief werken, omdat hun inkomen niet afhankelijk is van de omzet die ze draaien (SEO 2010).

Voor arts-assistenten die bij de specialisten in dienst zijn is het ook beter als de specialisten in loondienst werken. Nu hebben de specialisten er belang bij deze jonge dokters zo hard mogelijk te laten werken zodat ze zo veel mogelijk winst maken. In loondienst werken haalt de druk van de ketel en biedt de ruimte om naast het behandelen van patiënten meer tijd te maken voor onderwijs en zelfstudie, waardoor de opleiding van artsen beter zou worden.

Een ander belangrijk voordeel van het werken in loondienst is dat de miscommunicatie en spanningen tussen de maatschappen en de ziekenhuisdirecties minder zullen worden. Nu blijkt het vaak moeilijk te zijn om goed samen te werken, en als gevolg daarvan zijn er veel administratieve handelingen in het leven geroepen. Ziekenhuizen kunnen doelmatiger werken als iedereen voor het ziekenhuis werkt.

Ook de samenwerking tussen verschillende specialisten kan op deze manier beter gecoördineerd worden. Nu is het nog weleens het geval dat twee maatschappen in een ziekenhuis langs elkaar heen werken doordat hun administraties volledig gescheiden zijn, aanvullend onderzoek wordt dan bijvoorbeeld twee keer aangevraagd. Als alle dokters in loondienst zijn van het ziekenhuis, zal dit niet meer gebeuren.

Het is voor optimale zorg in deze constructie wel belangrijk dat ook het ziekenhuis geen winstoogmerk heeft. DWARS is in principe tegen marktwerking in de zorg. De zorg voor de patiënt moet de hoogste prioriteit hebben.

Naast de zorg die wordt geleverd in het ziekenhuis, zou er wel ruimte moeten zijn voor gespecialiseerde klinieken die mogen concurreren op planbare zorg voor patiënten bij wie geen complicaties te verwachten zijn, bijvoorbeeld spataderen verwijderen en veel

cosmetische chirurgie. Voor dit soort zorg zijn geen uitgebreide voorzieningen nodig, zoals een intensive care. Als deze zorg in een ziekenhuis geleverd wordt, zijn die voorzieningen er wel en wordt daar ook voor betaald. Daarbij zijn dit ingrepen waarvoor patiënten meestal zelf kiezen. Patiënten zouden dit dus ook zelf moeten betalen, tenzij de ingreep medisch noodzakelijk is. Als patiënten zelf betalen, moeten ze ook de vrijheid hebben om zelf een behandelaar te kiezen en hiervoor is een zekere vorm van marktwerking een geschikt middel.

Door deze maatregelen kunnen de kosten van specialistische zorg beperkt worden. Ook denken wij dat het makkelijker is om samen te werken als er minder concurrentie is binnen een ziekenhuis.

Veranderingen in verpleegkundigezorg: de rol van ondersteunend verpleegkundigen

Mensen onthouden de informatie die wordt gegeven in een consult vaak slecht. Hier kan een getrainde gespecialiseerde verpleegkundige bij helpen door na een consult vragen te beantwoorden en telefonisch bereikbaar te zijn om de gegeven informatie te herhalen. Om mensen meer psychologisch te begeleiden in het verwerkingsproces dat hoort bij hun ziekte en behandeling, kunnen de gesprekken met de arts gevoerd worden met een nurse practitioner erbij. In de oncologie zou dit bijvoorbeeld gedaan kunnen worden met een oncoverpleegkundige, die ook de psychische kant kan belichten en mensen vertelt wat ze te wachten staat. Op die manier zijn patiënten beter in staat met hun ziekte om te gaan.

Multidisciplinair werken

Volgens DWARS heeft multidisciplinair werken de toekomst in de zorg. Vooral in de tweede lijn liggen nog veel kansen op dit gebied, omdat alle specialismen hier dicht bij elkaar gevestigd zijn. Door een goede overlegcultuur en een betere overdracht tussen verschillende zorgverleners kan de zorg een stuk veiliger en beter worden.

Om goed multidisciplinair te kunnen werken, is het noodzakelijk dat hieraan aandacht wordt besteed tijdens de verschillende medische en paramedische opleidingen. Elke arts moet op de hoogte zijn van wat al het andere (para-)medisch personeel weet en kan. Een arts moet bijvoorbeeld een goed beeld hebben van de kennis van een verpleegkundige, zodat hij hem of haar geen opdrachten geeft die hij of zij niet begrijpt.

Ook moet de sterke hiërarchische structuur in ziekenhuizen doorbroken worden, zodat iedereen vrijuit tegen elkaar kan spreken. Ook kritiek uiten op een meerdere moet mogelijk zijn. Uit een enquête die in 2002 in het UMC Utrecht is gehouden blijkt dat veel van de arts-assistenten niets te zeggen als een specialist een fout dreigt te maken. Dit percentage moet stijgen door al in de basisopleiding debat en discussie tussen studenten en opleiders te stimuleren.

Zorgpaden

In verschillende ziekenhuizen worden nu zorgpaden opgezet. Dit is multidisciplinaire zorg die is opgebouwd rond een klacht of aandoening. Dit wil zeggen dat bijvoorbeeld kinderen met astma op één dag gezien worden door zowel de kinderarts als de astmaverpleegkundige en dat er op diezelfde dag aanvullend onderzoek wordt verricht. Op die manier hoeft een patiënt niet meerdere malen naar het ziekenhuis te komen voor diagnostiek en kan er sneller met een behandeling gestart worden. Deze manier van werken is erg patiëntvriendelijk en kan op termijn ook een kostenbesparing opleveren, omdat complicaties van aandoeningen voorkomen kunnen

worden. Dit laatste vooral doordat de wachttijd tussen de afspraken komt te vervallen en de behandeling sneller opgestart kan worden. Ook vereist deze multidisciplinaire aanpak dat men zich houdt aan protocollen, waardoor er minder fouten gemaakt zullen worden en er een gestandaardiseerd pakket noodzakelijke onderzoeken wordt gedaan.

Casemanagers

Een andere manier om het multidisciplinaire werken te bevorderen is het aanstellen van casemanagers. Bij het grootste deel van de patiënten vervult de huisarts de rol van casemanager, hij heeft alle belangrijke informatie en houdt het overzicht over de patiënt.

Een groeiende groep patiënten maakt zo veel gebruik van tweede- of derdelijnszorg, dat zij vrijwel nooit meer bij de huisarts komen. Voor deze groep is het niet handig als de huisarts de rol van casemanager vervult, omdat hij deze patiënten onvoldoende kent. Deze taak zou beter uitgevoerd kunnen worden door de specialist die de patiënt het beste kent en die hem regelmatig ziet. Nu is al geregeld dat patiënten die onder behandeling zijn van meerdere specialisten een hoofdbehandelaar hebben, maar dit werkt in de praktijk onvoldoende.

DWARS pleit er daarom voor dat gecompliceerde patiënten een casemanager krijgen die werkt in het ziekenhuis. Deze specialist heeft zaken als de voorgeschiedenis en actuele medicatie te allen tijde paraat voor collega's die daarom vragen (uiteraard alleen als de patiënt hier toestemming voor geeft). Ook krijgt hij alle brieven van collega's, zodat hij een volledig dossier heeft. Op die manier worden er minder fouten gemaakt en hoeft de patiënt niet iedere keer hetzelfde te vertellen. Ook worden dure en gevaarlijke zaken als polyfarmacie en onderbehandeling tegengegaan als er meer overzicht is. Dit vraagt natuurlijk een tijdsinvestering van de casemanager, maar er zullen minder complicaties optreden en de patiënt zal een grotere gezondheidswinst ervaren.

Naast het beheren van de informatie heeft de casemanager ook een taak in het begeleiden van de patiënt. Hij kent de patiënt het beste en heeft het meeste inzicht in de wensen en behoeften van de patiënt. Als er bijvoorbeeld psychologische hulp of betrokkenheid van Maatschappelijk Werk geïndiceerd is, dan verwijst de casemanager door en zal hij blijven communiceren met de andere hulpverlener. Ook dient hij, indien nodig, het initiatief te nemen voor multidisciplinair overleg.

Kortom, de casemanager behartigt de belangen van zijn patiënt en garandeert de kwaliteit van zorg.

Scheiding tweede en derde lijn

Op het moment voeren derdelijnscentra, de academische ziekenhuizen, behandelingen uit die net zo goed kunnen worden uitgevoerd in de tweede lijn. Daardoor ontstaan langere wachttijden voor de behandelingen die alleen in de derde lijn uitgevoerd kunnen worden. Ook is de zorg in de derde lijn duurder dan in de tweede lijn. Het is wenselijk dat de tweede en derde lijn beter gescheiden worden. Hiervoor is het ook noodzakelijk dat huisartsen niet meer alle patiënten naar de derde lijn kunnen verwijzen. Alleen patiënten met een ziekte die duidelijk behandeld moet worden in de academie of mensen die in de directe omgeving van het academisch ziekenhuis wonen, mogen direct worden doorverwezen naar de derde lijn. De huisarts moet eerst overleggen met de dienstdoende arts in het academisch ziekenhuis om te overleggen of een behandeling in

de derde lijn op zijn plaats is. Alle andere patiënten dienen eerst te worden verwezen naar de tweede lijn. Als de artsen er daar niet uit komen, komt een patiënt pas in de derde lijn terecht. Om hun basale kennis te behouden kunnen artsen uit de derde lijn deeltijd in de tweede lijn gaan werken.

Kernpunten

Artsen werken in loondienst van het ziekenhuis

Er komt een belangrijke rol voor gespecialiseerde verpleegkundigen om de patient te begeleiden bij zijn of haar ziekte.

Multidisciplinair werken wordt gestimuleerd door het opzetten van zorgpaden en door de hiërarchie in ziekenhuizen te verminderen.

Alle patiënten met een complexe ziektegeschiedenis krijgen een casemanager in de tweede lijn.

De tweede en derde lijn worden beter gescheiden.

BRONNEN

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; De Gezondheidszorgbalans, via <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kosten/zorguitgaven/totale-zorguitgaven/>

Rijksoverheid & Ministerie van VWS, Begroting 2013 Ministerie van VWS, via <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/09/18/begroting-vws-2013-goede-betaalbare-en-toegankelijke-zorg.html>

J.P. Mackenbach, PJ van der Maas; Volksgezondheid en Gezondheidszorg; Elsevier gezondheidszorg Maarssen; 4e druk 2008

L. Kok, A. Houkes, C. Tempelman; Sociaal-economische status in vereveningsmodel zorgverzekeraars: wat zijn de mogelijkheden?; SEO Economisch onderzoek 2006 via http://www.seo.nl/uploads/media/886_Sociaal-economische_status_in_vereveningsmodel_zorgverzekeraars_wat_zijn_de_mogelijkheden.pdf

Smits, J.P.J.M., M. Droomers, G.P. Westert; Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM; 2002.

T. Calcoen; Rechtsvorm beroepsuitoefening maakt weinig verschil, Mednet 2010 via http://www.mednet.nl/wosmedia/117/rechtsvorm_beroepsuitoefening_maakt_weinigverschil.pdf

K. Kraaijeveldt; Alle specialisten in loondienst of niet?; Vrij Nederland 2010 via <http://www.vn.nl/Opiniemakers/Kees-Kraaijeveld/Artikel-Kees-Kraaijeveld/Alle-specialisten-in-loondienst-of-niet.htm>

K. Sadiraj, I de Groot; Medisch specialisten in loondienst: niet de beste optie; SEO Economisch onderzoek 2010 via <http://www.seo.nl/fileadmin/site/overige-publicaties/topics/Topics-juni-2010.pdf>