

Eerstelijnscentrum houdt patiënten binnenboord

De korte lijnen in Tiel

Ingrid Lutke Schipholt

Met intensieve, laagdrempelige samenwerking en zorgstraten probeert Eerstelijns Centrum Tiel patiënten zolang mogelijk uit de tweede lijn te houden. Met succes, zegt huisarts Evert Kooijman, één van de voortrekkers.

‘Wij doen er veel aan om patiënten in de eerste lijn te houden’, zegt de Tielse huisarts Evert Kooijman. ‘Om hoeveel procent het gaat, is moeilijk te zeggen. Misschien wel 70 procent van de chronisch zieken. We realiseren dat door intensieve samenwerking met praktijkondersteuners en andere werkers in de eerste lijn.’ Kooijman, die al bijna dertig jaar huisarts is, heeft drie turbulente jaren achter de rug. Hij verruilde zijn solopraktijk in een statig pand in Tiel voor een ruimte in een verbouwd schoolgebouw, één van de locaties van Eerstelijns Centrum Tiel (ECT). Daarin zijn zestien huisartsenpraktijken en circa twintig praktijken voor paramedische zorg verenigd. Lichte kleuren en glas karakteriseren de drie panden waaruit de voormalige school bestaat. Kooijman kent er alle medewerkers. Vaak loopt hij even binnen bij anderen, zoals de apotheker. ‘Ik wil graag goede contacten met de mensen om mij heen. Soms, als ik een middel nodig heb voor een behandeling en ik heb het niet, loop ik

hier met een recept binnen en pak ik zelf de medicatie. De assistenten handelen het verder af. En soms vraag ik bij de apotheker om advies.’

Het ECT is een stichting met naast huisartsen

onder meer verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, maatschappelijk werkers, podotherapeuten, psychologen, apothekers en logopedisten. De huisartsen werken in drie teams. Het team van Kooijman telt vijf artsen en is verantwoordelijk voor 6900 patiënten. Alle hulpverleners zijn via maatschappen of als zelfstandig ondernemer aangesloten bij het ECT. De stichting draagt zorg voor basale

diensten zoals ICT, doktersassistentie en praktijkondersteuning. De huisartsen dragen naar rato van het aantal patiënten geld af aan het ECT.

Doorverwijzing naar paramedici en andere zorgprofessionals gebeurt op basis van collegialiteit. ‘We hebben ook de vrijheid om patiënten door te sturen naar hulpverleners die niet bij het ECT zijn aangesloten. Maar omdat we veel contact hebben met de mensen hier, zullen we ze eerder naar hen doorverwijzen. De lijnen zijn kort.’

Hetzelfde voor minder

Kooijman vindt het belangrijk dat patiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn worden gehouden. ‘Ik vind ons huisartsen ook bewakers van de kosten van de gezondheidszorg. Als je mensen met eenvoudige middelen van hun klachten af kunt helpen, moet je dat doen. Je moet voorkomen dat je hen blootstelt aan allerlei heftige diagnostiek in het ziekenhuis. Dat is beter dan het jezelf gemakkelijk maken en iedereen maar doorsturen naar het ziekenhuis, zodat je er van af bent. Daarmee schuif je de verantwoordelijkheid af.’

Hij noemt een voorbeeld uit de chirurgie. ‘Als ik een atheroomcyste uit iemands rug haal dan krijg ik daar van de zorgverzekeraar iets van 78 euro voor. Een chirurg in het ziekenhuis doet dat voor misschien wel zeshonderd euro. Dan kunnen wij dat toch net zo goed doen voor minder geld? Bovendien is het leuk om de chirurgische technieken te onderhouden. Natuurlijk moet ik wel mijn beperkingen kennen. Een atheroomcyste in het gezicht zou ik waarschijnlijk niet verwijderen. In zo’n geval vraag ik mijn collega’s erbij die zich daarin hebben gespecialiseerd. En als ze even tijd hebben komen ze het direct doen.’

‘Als je mensen met eenvoudige middelen kunt helpen, moet je dat doen’



Van boven naar beneden: huisarts Evert Kooijman; in de apotheek; beoordeelt bij een knieblessure of een MRI-scan nodig is.

beeld: De Beeldredactie, Erik van 't Hullenaar



Binnenboord

Het binnenboord houden van patiënten in de eerste lijn is doorgedrongen tot in de kleinste onderdelen van de praktijk. Dat blijkt gedurende een willekeurige spreekuurmiddag. Er komt een 53-jarige vrouw binnen die al een lange geschiedenis bij Kooijman heeft. Nu komt ze vanwege vermoeidheid en een groeiende moedervlek. Kooijman zal foto's maken en ze opsturen naar een dermatoloog in Breda. Niet in Tiel, omdat hij de ervaring heeft dat hij dan lang op een reactie moet wachten. De patiënt wil snel duidelijkheid. 'Teledermatologie voorziet in een behoefte', zegt hij. 'Nu hoeven de mensen niet naar een dermatoloog. Binnen een of twee dagen weten we de diagnose.'

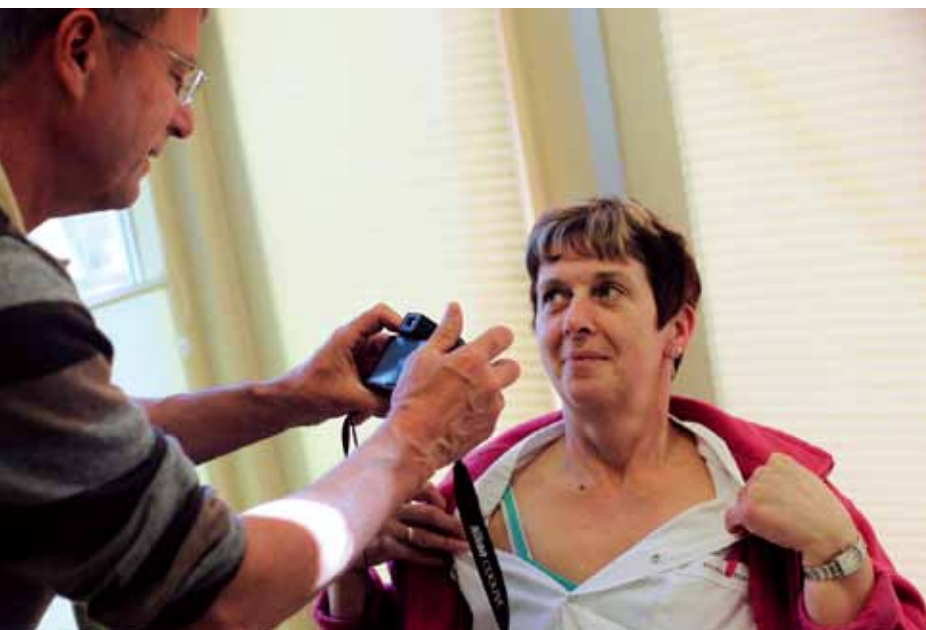
Hij maakt meteen een vervolgspraak voor het bespreken van de uitslag van de foto en van bloedonderzoek dat hij ook nog laat doen. De vrouw kan meteen door naar de dependance van het Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Rivierland dat ook in het ECT is gevestigd. Patiënten kunnen hier terecht voor bloedonderzoek, ecg's, longfunctiemeting en fundusfotografie. De vrouw vindt het 'wel handig', al deze voorzieningen bij elkaar en om de hoek.

Zorgstraten

Tussen deze en de volgende patiënt komt praktijkondersteuner Hermine Peters even overleggen over een patiënt. Het ECT heeft een aantal praktijkondersteuners (POH's) in dienst waarmee de artsen veel en intensief samenwerken. Samen met de huisartsen verlenen zij de ketenzorg aan chronisch zieken. Elke chronische aandoening heeft zijn eigen zorgstraat. Er zijn zorgstraten voor diabetes, depressie, COPD, reizigersadviesing, hartfalen, cardiovasculair risicomanagement en overgewicht bij kinderen. Verder zit er nog een aantal programma's in de pen, waaronder oncologie,

arbeidsgerelateerde zorg en complexe zorg bij multimorbiditeit. Peters houdt zich veel bezig met diabetespatiënten. Wanneer Kooijman diabetes bij iemand heeft vastgesteld, legt hij het beleid aan de patiënt uit. Binnen twee dagen – en soms zelfs dezelfde dag – gaat de patiënt naar Peters. Zij verzorgt de reguliere vervolgbehandeling. Alle afspraken en medicijnvoorschriften worden door Kooijman achteraf geaccordeerd. Diabetespatiënten worden vrijwel niet meer doorverwezen naar de internist. Kooijman: 'Als ik in het verleden een patiënt met een glucosewaarde van 30 had, gingen alle alarmbellen rinkelen en belde ik meteen de internist. Tegen-

Evert Kooijman overlegt met praktijkondersteuner Hermine Peters; fotografeert een moedervlek voor een tele-dermatologisch advies.



woordig kunnen we deze patiënt zelf vrij snel instellen, soms na overleg met de internist of onze kaderarts die er een tweejarige opleiding voor heeft gevolgd.'

Verdieping

Nu komt Peters toevallig naar Kooijman voor overleg, maar vaak hebben arts en praktijkondersteuner telefonisch contact terwijl ze in hetzelfde patiëntendossier kijken. De vraag rijst of een praktijkondersteuner, die dag in, dag uit met diabetici te maken heeft, op een deelgebied niet meer over de ziekte weet dan de huisarts. Maar dat is volgens Kooijman niet zo. 'Wij weten er genoeg van om de handelingen van de POH te flatteren. Huisartsen kunnen dit werk in principe zonder praktijkondersteuner, maar wij hebben eenvoudig de tijd niet om bijvoorbeeld uit te leggen hoe een patiënt moet prikken en wanneer.'

De consulten van Peters duren gemiddeld twintig tot dertig minuten. Daarin geeft ze niet alleen instructie maar begeleidt zij patiënten ook, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijl. 'Wij zijn voor de patiënt laagdrempelig, nemen de tijd en helpen de patiënten problemen op te lossen die toegespitst zijn op hun eigen leefomgeving', vertelt ze.

Kooijman vindt deze werkwijze een vooruitgang en noemt de komst van zorgstraten een verdieping voor zijn vak. 'Nu we meer patiënten binnenboord houden, moet je veel meer weten van diabetes of COPD. Ik leer en lees er meer over en volg de patiënten beter, omdat ze niet in de tweede lijn verdwijnen. Ik houd de regie.'

En ook als de patiënt toch wordt doorverwezen, dan verliest de huisarts hem niet uit het oog. De artsen in de regio Tiel werken er met de internetgebaseerde verwijsapplicatie ZorgDomein. De huisarts, specialisten en andere zorgprofessionals informeren elkaar zodat iedereen weet wanneer er wat is gebeurd of moet gebeuren. De patiënt komt sneller op het juiste spreekuur bij de juiste arts en onnodige bezoeken worden voorkomen. 'Met dit systeem kan elke aangesloten hulpverlener de patiënt in de gaten houden; ik vind het ideaal', zegt Kooijman.

Kniebanden

De volgende patiënt dient zich aan. Het is een jongeman van achttien jaar die kampt met een knieblessure. Kooijman had hem doorverwezen naar de fysiotherapeut vanwege problemen met de collaterale banden. De patiënt consulterde een fysiotherapeut die niet bij het ECT is aangesloten. Die constateerde een te

lange voorste kruisband en adviseerde een MRI-scan in een specifieke privékliniek te laten maken met daaraan gekoppeld een consult bij een orthopeed. Met die mededeling komt de patiënt op het spreekuur. Kooijman is het niet eens met de fysiotherapeut: 'Een orthopeed zal met een collateraal probleem niet zo veel doen en met een voorste kruisband wel. Maar ik betwijfel het oordeel van de fysiotherapeut.' Hij vindt het niet zinnig om de patiënt door te verwijzen naar de orthopeed en vraagt zich ernstig af wat de patiënt opschiet met een MRI-scan van de privékliniek bijna tachtig kilometer verderop. 'Hier in het ziekenhuis kun je binnen zeven tot acht dagen een scan laten maken. Pas daarna kunnen we kijken of er een brace moet komen, of dat er een orthopeed naar moet kijken.'

Als de patiënt weg is, verzucht Kooijman dat hij enig vooroverleg met de fysiotherapeut wenselijk had gevonden. 'Bij ons zijn de lijnen korter, dus onze fysiotherapeut had zeker contact met mij opgenomen. Of andersom, dat gebeurt ook vaak in dit soort gevallen.'

Intercollegiale toetsing

Meer documenteren en meer samenwerken kan gevolgen hebben voor de autonomie van de huisarts. Deze moet meer verantwoording afleggen aan de zorgverzekeraar doordat hij transparanter werkt. Desondanks zegt Kooijman zich nog altijd heel autonoom te voelen. 'Natuurlijk moet je via de protocollen die zorg-

straten vereisen verantwoording afleggen. Maar als ik bijvoorbeeld andere statines voorschrijf dan de zorgverzekeraar wil, dan doe ik dat, mits ik het maar goed beargumenteer.'

Kooijman voelt zich niet op de vingers gekeken.


Inzage in zijn handelen ziet hij als een goede toetsing. Met regelmaat is er een diagnostisch toetsoverleg. Dit is een vorm van intercollegiale toetsing waarin huisartsen feedback krijgen over hun aanvraaggedrag bij laboratoriumdiagnostiek. Met deze methode willen de artsen hun aanvraaggedrag optimaliseren. 'Je kunt feilloos zien wanneer je afwijkt. En inderdaad, collega's zien jouw zwakheden of sterke punten. En je spreekt elkaar er ook op aan. Niet in een vijandige sfeer maar collegiaal. Je bent als huisarts gewend kritisch te kijken naar je vak en dan is het niet raar dat een collega dat ook bij jou doet. Je moet tegen kritiek kunnen, anders moet je hier niet aan meedoen.'

Oud zeer

Minder dan tien jaar geleden had Kooijman nooit kunnen bedenken dat hij zo intensief met paramedici en met zijn collega's zou samenwerken. De relatie tussen de Tielse huisartsen was verre van optimaal. Er was veel oud zeer, dat soms nog dateerde uit de periode van hun voorgangers (MC 32-33/2003: 1217). Bovendien waren er in Tiel veel niet op naam ingeschreven patiënten (noni's) en dat probleem werd door niemand aangepakt.

Totdat de districtshuisartsenvereniging, gemeente, ziekenhuis en preferente zorgverzekeraar – die nu Menzis heet – om de tafel gingen zitten. Het zeer tussen de huisartsen is door middel van één-op-ééninterviews met gedragsdeskundigen uit de wereld geholpen. Er kwam een stuurgroep zonder de zorgverzekeraar, omdat de huisartsen vonden dat die te veel dicteerde in plaats van overlegde. In een paar jaar tijd is het ECT ontstaan, werd er een locatie gevonden en ging het centrum van start. 'Onze werkwijze is uniek in Nederland en we hebben dit in drie jaar tijd voor elkaar gekregen. De wijze van samenwerking met de zorgverzekeraar is ook uniek. Wij bespreken onze programma's inhoudelijk met de verzekeraar en wij bepalen wat we uitvoeren. De prestatie-indicatoren ontwikkelen wij zelf.'

Argwaan

Aanvankelijk stonden artsen uit de tweede lijn argwanend tegenover de plannen van de huisartsen. 'Maar nu is men blij met de manier waarop wij werken', weet Kooijman. Ook met hen is er intensief overleg. Zo ook met de cardioloog over de zorgstraat hartfalen. 'Toen we dat programma gingen ontwikkelen, hebben we een cardioloog en verpleegkundigen uitgenodigd. Ze stelden zich afwerend op en vonden dat wij de patiëntgroep niet konden identificeren en instellen. Zij vonden dat zij iedereen met een verdenking op hartfalen eerst moesten zien. Wij zouden onvoldoende weten van souffles en dergelijke. Ik vind dat onzin en vertelde ze dat ik prima in staat ben om aan de hand van bloedonderzoek, thoraxfoto, hartfilmpje en echodoppler een diagnose te stellen en te behandelen. Pas als ik de patiënt niet goed kon instellen, dan zou ik hem doorverwijzen. Het resultaat? We zijn een onderwijsprogramma aan het ontwikkelen samen met een cardioloog. Zij krijgen nu voornamelijk nog de complexe patiënten. En daarmee zijn ze druk genoeg.' 

'Je moet tegen kritiek kunnen, anders moet je hier niet aan meedoen'



Het MC-artikel waarnaar wordt verwezen vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook een verwijzing naar een site met meer informatie over Eerstelijns Centrum Tiel.