

Internist in dienst van de eerste lijn

Internist Jeroen Nijhuis werkt niet in een ziekenhuis en heeft geen eigen poli. In plaats daarvan ziet hij, vanuit zijn eigen bedrijf als zelfstandig internist, patiënten bij een aantal huisartsenpraktijken in Limburg. Met deze 'anderhalvelijnszorg' blijven veel patiënten bij de huisarts en kan gerichter worden doorverwezen als dat toch nodig is. "Dit is de zorg van de toekomst."

Als assistent in opleiding zag Nijhuis patiënten van wie hij vond dat deze eigenlijk bij de huisarts thuis hoorden. Dat deed hem besluiten om daarover met een aantal huisartsen te gaan praten. Die zagen het meteen zitten om nauwer te gaan samenwerken. "We spraken af dat ik een middag in de week in hun groepspraktijk zou zitten. Zij verwezen alle patiënten naar mij die normaal gesproken naar de internist in het ziekenhuis werden doorverwezen. Ik zag de patiënten en adviseerde de huisarts over de diagnostiek en het te volgen beleid. We bespraken alle patiënten die we gezamenlijk hadden gezien, plus de consultvragen die de huisartsen nog hadden. Al na twee tot drie weken waren de huisartsen enthousiast. Hun reactie was: 'dit is precies wat de zorg nodig heeft.' Ook andere huisartsen aan wie ik het concept uitleg, zijn enthousiast en vragen meestal meteen wanneer ik bij hen kan beginnen."

Halvering

De werkwijze resulteerde al snel in bijna een halvering van het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis.

"En dat lijkt nu langzaam zelfs naar 60% te gaan", zegt Nijhuis, die zelf ongeveer 10% van alle patiënten die hij ziet doorverwijst naar de tweede lijn. "De insteek is dat patiënten de juiste zorg op de juiste plaats krijgen aangeboden, waarbij de poortwachtersfunctie van de eerste lijn wordt versterkt en de huisarts ondersteuning krijgt van een specialist. Er zijn uiteraard ook patiënten die wél moeten worden doorverwezen. Maar ook daar ligt een winst: doordat vaak al duidelijk is wat er aan de hand is, komen deze patiënten sneller bij de juiste specialist terecht."

Voor de huisartsen is deze manier van werken meteen een soort nascholing, omdat zij de patiënten bespreken met Nijhuis. Ook voor Nijhuis zelf is dat leerzaam: "De huisarts is praktisch, kent de context van de patiënt en heeft al verschillende dingen geprobeerd. Het is heel goed om zijn visie te horen. De vragen gaan bovendien vaak over dingen die niet in de richtlijnen staan. Bijvoorbeeld het gebruik van rode gistrijst door patiënten tegen hoog cholesterol. Wat moet de huisarts daarmee? Ik

zoek zoiets uit en geef een advies. Dat deel ik, als een stukje onderwijs, ook met de andere huisartsen met wie ik samenwerk. Daarnaast geef ik één of twee keer per maand les aan groepjes praktijkondersteuners of nurse practitioners in een huisartsenpraktijk."

Expertise

Een vraag die hem vaak wordt voorgelegd door collega's: is het wel uitdagend om als internist hoofdzakelijk patiënten te zien die weinig mankeren? Patiënten die wél ziek zijn, worden immers doorgestuurd naar het ziekenhuis. Maar Nijhuis ziet nog voldoende uitdagingen: "Door de zorg op deze manier in te richten, kun je circa 700 nieuwe patiënten per jaar zien. Het klachtenpatroon van deze patiënten beslaat de gehele breedte van het vak interne geneeskunde. Zo zie en bespreek ik patiënten met onder meer gestoorde levertesten, anemie, gewrichtsklachten, verhoogde bezinking, moeilijk te reguleren diabetes, nierfunctiestoornissen, problemen met instellen op schildkliermedicatie, therapieresistente hypertensie en osteoporose. Ook de zogenaamde 'witte raven', bijvoorbeeld een patiënt met een feochromocytoom. Het is een andere manier van werken dan voor een internist in een ziekenhuis. Ik moet meer denken vanuit de huisarts. Dat is een leerproces van beide kanten, en dat vind ik zelf erg interessant." Nijhuis doet dit werk inmiddels ruim twee jaar, bij verschillende huisartsenpraktijken in Limburg. Niet alleen de huisartsen, maar ook veel patiënten kennen hem

"Anderhalvelijnszorg is de zorg van de toekomst"

“Het is een andere manier van werken: je moet meer denken vanuit de huisarts”

inmiddels. “Je bent als het ware de internist van een wijk, waar je elke week of elke twee weken een dagdeel bent. Patiënten weten dat en vinden dat prettig. Dit type zorg is ook zeer goed parttime te doen in combinatie met een baan in het ziekenhuis.”

Als uitdaging noemt Nijhuis ook om up-to-date te blijven en je toetsbaar op te stellen. Daarom heeft hij vanaf het begin samenwerking gezocht met een andere internist: Wim Venekamp, die eveneens in huisartsenpraktijken in Limburg werkt. Samen bespreken ze wekelijks de nieuwe patiënten die zij zien en volgen zij nascholing.

Nieuwe mogelijkheden

De grootste winst is volgens Nijhuis dat de zorg echt rond de patiënt plaatsvindt. Hij kan als internist al zijn tijd steken in patiënten en ziet hen in hun context. Het geeft nieuwe mogelijkheden om de patiënt in de eerste lijn te houden. De kosteneffectiviteit wordt nu onderzocht door de Universiteit Maastricht, maar Nijhuis heeft daar geen twijfels over. “Waar we nog wel goed naar moeten kijken, zijn de kleine huisartsenpraktijken in wijken of dorpen. Misschien zijn daar voor mij te weinig patiënten. Ik ben nu bewust ook bij enkele kleine praktijken gaan zitten om te ervaren hoe dat gaat. Misschien kan ik in een ochtend twee kleine praktijken combineren, of op een andere manier mijn tijd effectief indelen, bijvoorbeeld met e-health.”

Een ander punt is nog de financiële kant. Nijhuis heeft met een verzekeraar tijdelijk een tarief afgespro-

ken waarvoor hij kan werken. De patiënt hoeft op dit moment niet voor een consult te betalen. Nijhuis hoopt de verzekeraar over niet al te lange tijd te kunnen adviseren over de hoogte van vergoeding van een consult. Zijn voorkeur gaat uit naar een vast tarief per ingezetene in de praktijk, van waaruit de huisarts de internist kan betalen. “De verzekeraar gaf overigens al meteen aan dat er altijd een mogelijkheid is om te declareren via DOT-financiering. Maar dat voelt voor mij als vals spelen, omdat ik geen gebruikmaak van ziekenhuisfaciliteiten. Dus dat wil ik niet. Uiteindelijk zal de verzekeraar een tarief vaststellen voor deze zorgvorm. Als internist moet je daarmee je verdienmodel inrichten. Dat is ondernemen.”

Landelijke maatschap

Dat laatste spreekt Nijhuis erg aan en het geeft hem nieuwe ideeën: “Misschien kunnen meerdere internisten een landelijke maatschap opzetten die in regio's en wijken gaat werken. Er is ook samenwerking mogelijk met andere partijen die de eerste lijn willen versterken. Ik heb nu met een apotheker afgesproken om samen polyfarmaceutische screening te verrichten. Bij apothekers heerst eveneens het idee dat ze meer kunnen doen voor de eerste lijn en de patiënten. Met anderhalvelijnszorg kun je tevens, door samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts, de hele ouderenzorg anders vormgeven. Dat geldt ook voor de ketenzorg rondom mensen met hart- en vaatziekten of diabetes. Ik ben ervan overtuigd dat dit concept ook werkt voor specialis-



Dr. J. Nijhuis: “Je bent als het ware de internist van een wijk”

men als neurologie, kindergeneeskunde of psychiatrie. Dat kan in wijkcentra met huisartsen, specialisten en vanuit de gemeente ook met WMO-consulenten. Dat is een ontwikkeling die al gaande is. Alles wat je in een dagdeel kunt doen, kan daar gebeuren. Met name in steden kan dat heel rendabel zijn.” Nijhuis kan zich goed voorstellen dat niet alle internisten op deze manier willen werken. Er zijn nog onzekerheden over de financiering, maar ook over de inhoud: word je niet een ‘gespecialiseerde huisarts’? “Het is een sprong in het diepe waarin je flexibel en innovatief moet zijn”, besluit Nijhuis. “Het is echt ondernemen. Ikzelf vind deze ontwikkeling heel spannend. Het is een boeiende reis waarin ik veel interessante en gemotiveerde mensen tegenkom. Ik hoop dat het eindpunt een goed functionerend wijkcentrum is, waarin verschillende specialismen in dienst van de huisarts en de patiënt de poortwachterfunctie van de eerste lijn versterken.” ■