

Door veranderingen in de zorg hebben huisartsen de laatste jaren veel op zich af zien komen. Ziekenhuizen en specialisten zijn gebudgetteerd waardoor men is gaan kijken naar welke zorg 'naar buiten kan worden gebracht'. De huisarts heeft steeds meer behoefte aan ondersteunende en aanvullende faciliteiten.

Klinisch chemicus Wim Rutten (54), die sinds 1998 voorzitter is van de Samenwerkende Artsenlaboratoria Nederland (SAN), zet uiteen hoe deze organisatie inspeelt op de nieuwe behoeften van de huisarts: "Bij de oprichting van SAN in 1977 is als doelstelling geformuleerd 'de huisarts voorzien van (laboratorium)faciliteiten' en om deze doelstelling actueel te houden passen de SAN-leden hun aanbod aan op de vraag. Dat heeft geleid tot een nota¹ waarin wij pleiten voor een SAN dat bestaat uit een landelijk netwerk van diagnostische centra voor huisartsen."

Rutten kent de praktijk van de veranderende rol van het huisartsenlab als geen ander. Hij is al ruim 10 jaar algemeen directeur van de Stichting Huisartsenlaboratorium in Breda en heeft van dichtbij meegemaakt hoe de druk op de huisarts geleidelijk toeneemt: "We zien een verschuiving van klinische naar ambulante behandeling, waarbij de specialist steeds meer een beroep doet op de huisarts. Er wordt anno 2000 in de huisartsenpraktijk meer aandacht besteed aan preventie van ziekten, aan diagnose en behandeling van chronische ziekten en aan patiëntenbegeleiding. Ook stijgt de vraag naar huisartsenhulp door de toenemende vergrijzing.



foto: SHL, Breda

diagnostisch voor huisartsen

Daarbij komt dat de patiënt mondigter wordt en verwacht dat de huisarts altijd beschikbaar is en van alles op de hoogte is." De vereniging SAN is de overkoepelende organisatie van laboratoria en diensten ten behoeve van de zogeheten eerstelijnszorg (huisartsengeneeskunde). Op dit moment telt de organisatie drieëntwintig leden. Zij dienen een gezamenlijk belang, namelijk de ondersteuning van de huisartsenpraktijk. Overheerste aanvankelijk nog wel 'de ieder voor zich' gedachte, sinds medio jaren negentig zijn

het 'geïntegreerd denken' en het 'gezamenlijk belang' gemeengoed. Een eerste praktijkvoorbeeld daarvan is de bijdrage die SAN heeft geleverd aan de totstandkoming van een nieuw CTG tarief- en richtlijnsysteem (januari 1998). Rutten: "Het ging om een nieuwe formulering van de totale tariefstellingstructuur waarin werd gezocht naar zoveel mogelijk harmoniseren van tarieven en richtlijnen van de huisartsenlaboratoria met die van de ziekenhuislaboratoria. Het heeft geleid tot uniforme analyseprijzen van laboratoriumtests."

artsenlab naar

Wim Rutten, voorzitter van de vereniging Samenwerkende Artsenlaboratoria in Nederland (SAN) en algemeen directeur van de Stichting Huisartsenlaboratorium (SHL) in Breda: "de tijd dat wij konden volstaan met een glucose-uitslag in drie cijfers achter de komma is allang voorbij."

Positieve spiraal
Het aantal diagnostische aanvragen is de laatste jaren zeer sterk gegroeid. Niet alleen omdat de taken van huisartsen zich uitbreiden en de behoefte aan aanvullende diagnostiek toeneemt, maar ook omdat het aanbod van snelle en betrouwbare tests sterk is gegroeid. Om onnodige diagnostiek te voorkomen én noodzakelijke diagnostiek te bevorderen, is door NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), SAN en NVKC (Nederlandse Vereniging van Klinische Chemie) het probleemgericht aanvraagformulier ontwikkeld. Rutten is ervan overtuigd

aangevraagde tests plus een rapportage in welke gevallen de test nuttig was, overbodig was of waar een alternatief beter zou zijn geweest. Op verzoek kunnen huisartsen ook anoniem de beschikking krijgen over het aanvraaggedrag van collega's." Rutten benadrukt dat het feedbackmechanisme niet is bedoeld om rapportcijfers uit te delen, maar om huisartsen de mogelijkheid te bieden hun aanvraaggedrag bij te stellen: "Je hebt natuurlijk altijd uitschieters maar gemiddeld krijgt iedereen aan de hand van deze spiegelinformatie toch een heel goed gevoel over gevallen waar overdiagnostiek en waar onderdiagnostiek plaatsvindt." Rutten noemt van beide een typisch praktijkvoorbeeld. "Reuma wordt te gemakkelijk aangevraagd. Bij artritis klachten wordt vaak een verzoek tot aanvullende reumadiagnostiek gedaan, terwijl er geen sprake is van reuma. De aanvrager hoort hier

duidelijk een aantal klinische criteria te hanteren zoals bijvoorbeeld 'duren de klachten langer dan zes weken' en 'hoe zit het met de polsgewrichten'.

Onderdiagnostiek komt met name voor bij chronische ziekten zoals diabetes, hoge bloeddruk etc. De frequentie die de NHG-standaard aanbeveelt, wordt over

het algemeen niet gehaald." In feite leidt feedback tot feed-forward en daarmee is een positieve spiraal van kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing in werking getreden. Rutten: "Het mooie van dit model is dat hiermee doelmatigheid van onderaf wordt gevoed en niet van bovenaf wordt opgelegd en daarmee is een breed draagvlak gecreëerd."

Kwaliteit en efficiency door volume

Rutten stond ruim tien jaar geleden aan de wieg van de SHL in Breda. Enkele huisartsen namen het initiatief omdat ze de bestaande organisatie van decentrale prikposten wilden behouden en omdat ze graag een eigen laboratorium wilden hebben voor onderzoek. Het adagium luidde *van, voor en door* huisartsen. Inmiddels, tien jaar later maakt ruim 80% van de huisartsen in de regio gebruik van de faciliteiten. De angst dat door de komst van zelftests en point-of-care tests de rol van het lab op termijn wordt teruggedrongen, wijst Rutten stellig van de hand: "Het gebruik van zelftests voor diabetespatiënten of voor zwangerschapsonderzoek vind ik een heel goede ontwikkeling, maar een thuïstest voor een cholesterolmeting of zelf een HIV-test doen, dat gaat mij een brug te ver. Daar is noch de patiënt, noch de gezondheidszorg bij gebaat. Wat moet iemand met een testuitslag? Voor een juiste interpretatie, begeleiding en behandeling is mijns inziens professionele medische hulp vereist." Ook in point-of-care tests, die de huisarts zelf tijdens het consult kan uitvoeren, ziet Rutten niet veel heil: "Wat is het voordeel? De snelle uitslag? Wij geven de huisarts binnen een dag de uitslag van een

centrum

dat dit bijdraagt aan doelmatig aanvraaggedrag: "Gebruik van het formulier creëert een positieve spiraal van kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing." En hij wil graag uitleggen waarom: "Het begint bij de huisarts die op basis van klachten en een medisch dossier de patiënt onderbrengt in een bepaalde ziektecategorie en het daarbij passend aanvullend diagnostisch onderzoek aanvraagt. Vervolgens voert het lab de test uit en rapporteert de uitslag. Maar daar blijft het niet bij. Op basis van een expertsysteem worden aanvraag en resultaat geanalyseerd en een commentaar gegenereerd dat wordt teruggekoppeld naar de huisarts. Hij krijgt één maal per jaar een overzicht van alle



In 1999 steeg de totale Nederlandse markt voor diagnostisch onderzoek met circa 5% ten opzichte van 1998.

test, zowel elektronisch als schriftelijk. Bovendien denk ik dat een dag bezinning op het vellen van een definitief medisch oordeel alleen maar leidt tot een betere diagnose en daarmee tot een betere therapie. Daarbij komt dat we juist zien dat de huisartsen onder zware werkdruk staan en waarom zouden ze de diagnostische tests niet delegeren?" Rutten gelooft in 'kwaliteit en efficiency door volume': "Door een combinatie van zorgvuldige monsterafname, het gebruik van geavanceerde technieken, de inzet van kundig personeel en, niet te vergeten, de routine zijn kwaliteit en efficiency gewaarborgd. Een arts-laboratorium is tegenwoordig een productielab, waar zonder kwaliteitsverlies, per eenheid product goedkoop kan worden gewerkt. Als wij een bepaling krijgen die niet tot ons routinepakket behoort, besteden we die uit aan een lab dat meer ervaring heeft met die test."

In tegenstelling tot de point-of-care tests en zelftests is Rutten wel blij met de komst van tests die steeds beter geschikt zijn voor perifeer gebruik, in een regionaal lab. "Ik noem bijvoorbeeld de chlamydiatetest die tegenwoordig in urine kan worden uitgevoerd in plaats van in een uitstrijkje dat vroeger alleen maar in het laboratorium kon worden opgenomen."

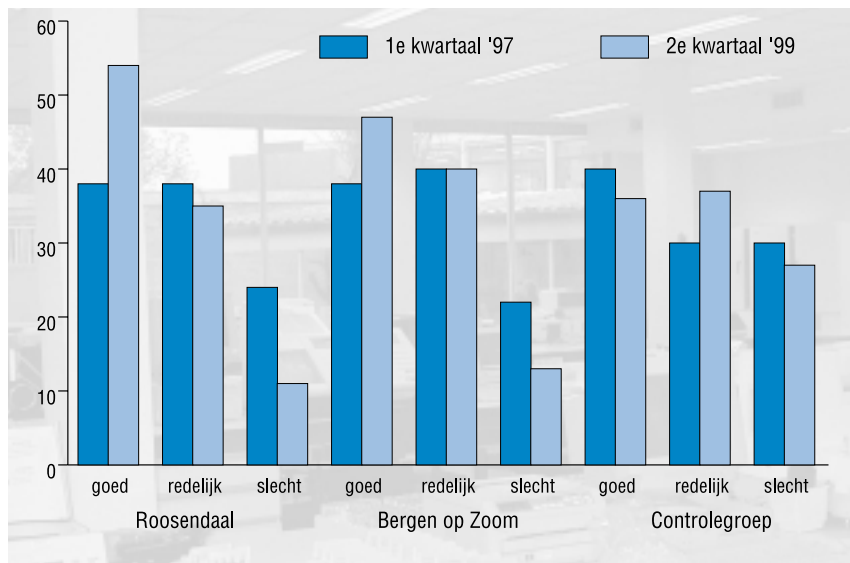
Satellietdiensten

De commissie Biesheuvel introduceerde vijf jaar geleden het begrip transmurale zorg, waarbij huisartsen, specialisten en ziekenhuizen veel meer taken in de zorg delen. Vooral de behandeling van chronische ziekten zoals mensen met diabetes of cardiovasculaire aandoeningen lag vroeger bij de specialist en komt nu ten delen (of helemaal) bij de huisartsen terecht. Rutten: "Het is onze taak onze diensten daarop aan te passen en daarom ontwikkelen huisartsenlaboratoria zich steeds meer in de richting van diagnostische centra. Deze centra ondersteunen niet alleen de huisartsen, maar zijn ook zeer patiëntgericht en bieden een overzichtelijk systeem van diagnostiek." De ontwikkeling gaat gepaard met het ontstaan van satellietdiensten gekoppeld aan het lab. Rutten: "Het is eigenlijk destijds al begonnen met

Aanbod snelle en betrouwbare tests steeds groter

prikposten, het organiseren van thuisprikken en trombosediensten. Inmiddels zijn deze *managed care* projecten verder uitgebreid met diabetesdiensten, longfunctiediensten of diensten van hart-en vaatziekten." Door gebruik van een toegespitst oproep- en bewakingssysteem voor patiënten nemen deze diensten de huisartsen

gnostische centra, kruisverenigingen, ziekenhuizen, verpleeghuizen en zorgverzekeraars werken en samenwerken. Rutten illustreert de samenwerking aan een tweetal praktijkvoorbeelden in Breda: "Wij hebben samen met het ziekenhuis Lievensberg in Bergen op Zoom een gemeenschappelijk prik- en trombosedienst opgezet. Van oudsher waren we concurrenten en nu kijken we hoe we onze krachten kunnen bundelen. We werken al jaren samen met de regionale OZ Zorgverzekeraars. We onderhandelen jaarlijks over het dienstenpakket, de tarieven,



een heleboel administratieve rompslomp uit handen. "Maar het aangeboden dienstverleningspakket gaat veel verder," vervolgt Rutten, "voor de diabetesdienst zijn bijvoorbeeld speciale diabetesverpleegkundigen of diabetesconsulenten opgeleid en die gaan eenmaal per jaar met de huisarts alle slecht ingestelde patiënten bespreken en bekijken wat er verbeterd zou kunnen worden. Ook kennen we de 'insuline' projecten waarin huisartsen worden bijgeschoold in het begeleiden van diabetespatiënten die insuline moeten gebruiken. Daarnaast coördineren we de totstandkoming van een zorgnetwerk waarin internisten, diëtisten, thuiszorg en patiëntenverenigingen samenwerken."

De zorgketen

Door de transmurale zorg vervagen de grenzen tussen de huisartsen-, specialisten- en ziekenhuiszorg. Er ontstaat als het ware een hele zorgketen waarin dia-

Vergelijking van de totale groep diabetespatiënten in een huisartsenpraktijk. Aan de hand van een glycoHb-meting wordt bepaald of de glucosehuishouding in orde is. De interventiegroep kreeg in 1997 alleen orale middelen en in 1999 orale middelen plus insuline. De resultaten zijn gemeten ten opzichte van een controle groep, die alleen op orale middelen werd ingesteld.

de kostprijzen en de dienstverlening." Door een gezonde manier van samenwerken wordt onnodige 'duplicatuur' voorkomen en ontstaat een zorgketen die efficiënt en doelmatig functioneert om patiënten een zo adequaat mogelijke zorg te bieden. Het landelijk netwerk van diagnostische centra voor huisartsen past naadloos in deze zorgketen-gedachte. ●

¹⁾ Nota: "Op weg naar een landelijk netwerk van diagnostische centra voor huisartsen", SAN, (1998)