

## Openingspeech Marcel Daniëls – Congres Netwerkgeneeskunde 19 maart 2019

Welkom op het congres netwerkgeneeskunde. Welkom ook aan de sprekers en trekkers van de workshops die ons vandaag voorbeelden van netwerken gaan laten zien en met ons in gesprek gaan over de ‘tops’ en ‘tips’, maar ook de mitsen en maren. En een speciaal welkom aan de sprekers in deze plenaire sessie: Minister Bruno Bruins en professor Leonard Witkamp.

Voor degenen die mij niet kennen: mijn naam is Marcel Daniëls, ik ben cardioloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis en algemeen voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten. Vandaag mag ik uw dagvoorzitter zijn. Wat fijn dat u er vandaag in zo grote getale bent. Het geeft aan dat het onderwerp leeft. Waarom gaan we het vandaag hebben over netwerkgeneeskunde? We hebben dit als belangrijke pijler al benoemd in het visiedocument Medisch Specialist 2025. Want naar 2025 toe is de zorg en de behoefte van Nederlanders met betrekking tot die zorg aan het veranderen. U en ik willen de zorg graag dichterbij huis als het kan, op een moment dat het ons schikt, maar wel door een zorgverlener die daar op en top toe in staat is, en die ook goed samenwerkt met andere zorgverleners.

Gelijktijdig merken we als professionals en bestuurders dat de behoefte aan zorg groter wordt, dat de zorg steeds complexer wordt, en dat er ook steeds meer mogelijk is. Om ervoor te zorgen dat de kwaliteit, de toegankelijkheid, en de betaalbaarheid van de zorg in Nederland tot de beste van de wereld blijft behoren zullen we ons moeten heroriënteren op de inrichting van die zorg. Veelgehoorde termen daarbij zijn ‘concentratie en spreiding van zorg’, ‘substitutie van zorg’, en ‘de juiste zorg op de juiste plek’. Voor mij komt dit alles samen in het woord ‘netwerkgeneeskunde’, precies zoals in ons visiedocument naar voren wordt gebracht. Als Federatie staan we voor de juiste zorg op de juiste plek door de juiste professional vormgegeven middels netwerkgeneeskunde.

Het werken in netwerken is voor medisch specialisten niets nieuws. We werken dagelijks in netwerken. Binnen het ziekenhuis met collegae, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten etc. Maar ook met collegae van andere ziekenhuizen, denk aan oncologische besprekingen of, in mijn vak, het ‘hartteamoverleg’. En buiten het ziekenhuis, met huisartsen. Maar dat is slechts een begin van een uitgebreider netwerk van zorgprofessionals die de behoefte van de patiënt als uitgangspunt nemen. Zorgprofessionals die zich afvragen wie in het netwerk op welk moment, fysiek of digitaal, de meeste waarde kan toevoegen voor de patiënt. En daarbij zijn de ‘lijnen’ in de zorg geen grenzen meer. Daarin wordt de patiënt niet meer van de ene lijn naar de andere geschoven, niet als een pakketje van de ene zorgverlener naar de andere, niet over de ‘schutting’ van bijvoorbeeld 2e naar 1e lijn.

In feite worden met netwerkgeneeskunde de schotten tussen de 0e, 1e, 2e en 3e lijn lager. Kennis en kunde is immers beschikbaar aan alle kanten van die ‘schotten’, laten we daar dan ook gebruik van maken. Netwerkgeneeskunde gaat dus over een netwerk waarin alle zorgverleners betrokken zijn en hun kennis en kunde inbrengen op de manier en de plek die er voor de patiënt op dat moment het meeste toe doet.

Mooie voorbeelden zijn er, van klein naar groot. De wijkverpleegkundige die alvast komt kijken op de Eerste Hulp van het ziekenhuis. Parkinsonnet, en Claudicationet waarbij rondom een specifieke aandoening netwerken van zorgverleners rondom de patiënt gaan staan. U zult over claudicationet vandaag meer gaan horen: kwaliteitsverhogend, en gelijktijdig kostenbesparend. Mooier kan toch niet?

Als we even naar onszelf kijken als medisch specialisten. Onze kennis en kunde is natuurlijk niet gebonden aan het gebouw van het ziekenhuis, of alleen beschikbaar in de zogenaamde '2e en 3e lijn'. Dat dat gebouw nodig is staat buiten kijf: operatiekamers, intensive care, CT scanners, bedden voor de meest zieken. Maar moet iedere patiënt, om te kunnen profiteren van de kennis en kunde van de medisch specialist, dan ook naar het ziekenhuis komen? En heeft de patiënt de kennis en kunde van die medisch specialist eigenlijk wel nodig? Kijk eens een ochtend naar uw eigen spreekuurlijst en vraag u eens af of elke patiënt op die lijst ook echt bij u had moeten komen? Kon het ook anders, meer toegespitst op de behoefte van de patiënt? Door iemand anders wellicht? Doelmatiger?

Hoe mooi het ook klinkt, het invullen van netwerkgeneeskunde raakt aan nogal wat belangen en kent de nodige dilemma's en uitdagingen:

- Wat betekent het voor de bedrijfsvoering en de financiën van het ziekenhuis?
- Hoe flexibel gaan zorgverzekeraars om met een bekostiging die momenteel gevangen zit in 1e en 2e lijnsbudgetten?
- Hoe wordt eigenlijk 'kennis en kunde' gefinancierd, los van de plek waar die geboden wordt?
- Zijn zorginstellingen, zorgverleners én patiënten voldoende voorbereid om digitaal met elkaar te kunnen communiceren?

Wat dat laatste betreft heb ik overigens het antwoord wel: nee, dat is niet zo. Netwerkgeneeskunde staat of valt bij goede uitwisseling van gegevens. Wij hier in de zaal weten dat het niet werkt met een druk op de epd-knop. Zo had ik van de week nog een patiënt die voorstelde om zelf een cd-rom met zijn gegevens naar het UMC Utrecht te brengen. Iets wat jullie vast herkennen. Trouwens, deze cd-rom met gegevens van een patiënt moet vandaag nog naar het Haga ziekenhuis in Den Haag. Toevallig iemand hier die vandaag nog naar Den Haag gaat? Minister Bruins?

Beste mensen,

Zowel de goede voorbeelden van als de obstakels rondom netwerkgeneeskunde staan vandaag in het programma centraal. Ik geef graag het woord (en de CD) aan minister Bruins.