



ZORGAKKOORD EERSTE LIJN VRAAGT OM KLEINSCHALIGE ORGANISATIE

Breng eenvoud terug in huisartsenzorg

Het Zorgakkoord eerste lijn pleit voor wijkgerichte huisartsenzorg. Goed idee, maar wel moeilijk te rijmen met de schaalvergroting die gaande is, zegt huisarts Nelleke Gruijters. Ze benadrukt het belang van kleinschaligheid en tijd voor de patiënt.

Waar buurtzorg tot grote waardering van velen een ontwikkeling in gang heeft gezet van wijkgebonden, persoonsgericht werken in een kleine organisatievorm, maakt de huisartsenzorg een omgekeerde ontwikkeling door. Deze wordt (ten dele) ondergebracht in grote organisaties, met meer taakdiffe-

rentiatie en spreiding van zorg over een steeds langere keten. Weliswaar is het recent opgestelde Zorgakkoord eerste lijn enerzijds een erkenning van de oorspronkelijke kernwaarden van huisartsenzorg: zorg dichtbij en wijkgericht werken waren immers altijd kenmerkend voor het werk van huisartsen. Maar bij de onderhandelingen over dit akkoord zaten niet voor niets ook de LVG (Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn), LOK (Landelijke Organisatie voor Keten zorg) en VHN (Vereniging Huisartsenposten Nederland) aan tafel. Gedrieën staan zij voor multidisciplinaire zorg, ketenzorg en grootschaliger organisatie van huisartsenzorg. Er wordt regionaal driftig georganiseerd door ambitieuze bestuurders en landelijk fors gelobbyd voor draagvlak bij het ministerie en zorgverzekeraars. Echter helaas zonder toetsing van de keuzen aan de beroepsgroep. Daar heeft nauwelijks discussie plaatsgevon-

den over de beste organisatievorm voor huisartsenzorg. Het is tijd om dat wél te doen. Want de trend naar grootschaligheid valt moeilijk te rijmen met het streven naar wijkgebonden werken. Vijf overwegingen bij de ontwikkelingen van dit moment.

Zorggroepen

Dankzij de komst van praktijkondersteuners werd geprotocolleerde programmatische zorg voor DM-patiënten (diabetes mellitus) in de huisartsenpraktijk mogelijk. Om de implementatie van deze, zoals ze inmiddels heten, dbc's te ondersteunen, zijn zorggroepen in het leven geroepen (zie *kader*). Ook CVRM (cardiovasculair risicomanagement) is sterk geprotocolleerd en daarmee goed uit te voeren door POH's in een strak zorgprogramma. Bij astma en COPD daarentegen gaat het om dusdanig lage aantallen patiënten dat je je kunt afvragen of deze niet gewoon volgens de



NHG-standaard behandeld en begeleid moeten worden.

Doordat huisartsen niet met zorgverzekeraars kunnen onderhandelen, verloopt het contracteren van dbc's ook via de zorggroepen. Zo wordt er steeds meer huisartsenzorg ondergebracht in de zorggroepen, ook zorg die per definitie inhoudelijk niet te protocolleren is, zoals ouderenzorg.

De overlegcultuur gaat ten koste van patiëntenzorg

En, zoals zoveel organisaties, lopen ook de zorggroepen het risico dat het voortbestaan van de organisatie een doel op zich wordt. Echter bezinning op je positie en doelstelling kan geen kwaad. Wanneer de geprotocolleerde DM- en CVRM-zorg goed ingebed zijn in de dagelijkse praktijkvoering, zou ook de financiering weer rechtstreeks naar de praktijken kunnen. In de vorm van een opslag op het abonnementstarief dekkend voor de personeels-, huisvestings- en managementkosten. Daarbovenop een adequaat tarief per uitgevoerd zorgprogramma voor een patiënt. Zorggroepen kunnen zich dan gaan ontwikkelen tot organisaties met als

ZORGGROEPEN

Zorggroepen zijn regionale organisaties van huisartsen, vaak in coöperatieve vorm. Enerzijds ondersteunen ze huisartsen, anderzijds zijn ze te beschouwen als zorgorganisaties. Ze zijn gericht op zorgprogramma's voor enkele chronische aandoeningen: diabetes mellitus, astma/COPD en cardiovasculair risicomanagement. De uitvoering van de zorgprogramma's vindt plaats in de huisartsenpraktijken, grotendeels gedelegeerd aan praktijkondersteuners. De zorggroep contracteert de zorgprogramma's bij de zorgverzekeraars (dbc's).

Sommige zorggroepen kennen een uitgebreidere taakstelling: kwaliteitsbevordering, innovatie, extra zorgprogramma's zoals voor depressie of ouderenzorg of uitbreiding naar ketenzorg door het opnemen van andere eerstelijnszorgverleners als diëtisten en fysiotherapeuten in de dbc's.

De grootte van de zorggroep (aantal aangesloten huisartsen) varieert. Zorggroepen zijn er over heel Nederland in vrijwel alle regio's.

kerntaak het ondersteunen bij innovatie. Ook bezinning op de wijze van financieren van zorggroepen lijkt verstandig. Momenteel blijft 26 procent van het tarief van een dbc achter in de zorggroep voor overhead. Let wel: dus exclusief de kosten voor de huisarts in de praktijk. Omkering van de geldstroom, namelijk uitbetaling van dbc's aan huisartsen, die vervolgens ondersteuning bij de zorggroep inkopen, zal zorggroepen prikkelen tot efficiënte bedrijfsvoering.

Multidisciplinair werken

Multidisciplinair werken klinkt heel mooi. In de zeventiger jaren zijn gezondheidscentra opgericht waar idealistische huisartsen nauw gingen samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines. Deze

ontwikkeling heeft echter niet doorgezet. De gezondheidscentra zijn extra gesubsidieerd en het salaris van de huisartsen is altijd lager geweest dan het inkomen van vrijgevestigde huisartsen. Ondanks deze extra gelden is nooit zichtbaar geworden dat de centra tot betere zorg leidden. Helaas zijn momenteel de huisartsen die in loondienst in de gezondheidscentra gaan werken, degenen die zich (nog) niet volledig willen binden aan een vaste eigen praktijk, degenen die hun werktijden sterk willen begrenzen en die hopen aan de last van niet-patiëntgebonden taken te ontkomen. Multidisciplinair willen werken is meestal niet het hoofdmotief.

Overigens wordt met regelmaat, ook in het zorgakkoord, slordig gesproken over

eerstelijnszorg waar feitelijk huisartsenzorg bedoeld wordt. Dit is storend, want het zijn geen synoniemen.

Huisartsenzorg voor alle ongedifferentieerde zorgvragen is echt wat anders dan de zorg van paramedici, feitelijk eerstelijnspecialisten op een beperkt gebied.

Lange keten

Ketenzorg is een mooi streven, maar hoe breder en uitgebreider de keten, hoe onduidelijker de verantwoordelijkheidsverdeling. Er moet goede regie zijn, dus volgt discussie wie deze regie krijgt. Er ontstaat behoefte aan geïntegreerde zorg, wat bij een uitgebreide keten feitelijk neerkomt op integratie van zorgverleners. Nu de jeugdzorg en delen van de AWBZ naar de gemeenten worden overgeheveld, worden huisartsen geacht zich met gemeenten over het terrein van welzijn te buigen. Hoe lang wordt de keten wel niet?

Mijn pleidooi zou zijn om zorg over niet te veel zorgverleners te spreiden en stevig te investeren in generalistische praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk en in samenwerking met een vaste (generalistische!) wijkverpleegkundige. Veel aandacht voor een goed netwerk waar zorgverleners laagdrempelig toegankelijk zijn voor afstemming over individuele patiënten. Natuurlijk moet alle zorg goed op elkaar aansluiten en natuurlijk hebben welzijn en gezondheidszorg met elkaar te maken. Natuurlijk heeft de huisarts een signalerende functie, maar dat wil nog niet zeggen dat huisartsen alles onder hun hoede moeten nemen.

Overlegcultuur

Samenwerken is als de wereldvrede. Iedereen wil die, maar de werkelijkheid is weerbarstig. Samenwerken is inspirerend als het goed gaat, maar kost ongelooflijk veel negatieve energie als het niet goed gaat. Samenwerken kost ook tijd, en als dat voor patiënten een toegevoegde waarde heeft, dan is het die tijd waard. Echter de werkelijkheid is dat veel overlegtijd over de zorgverleners zelf blijkt te gaan.

Over wat zij nodig hebben om samen te werken, hoe ze communiceren, hoe ze registreren, hoe ze declareren en wie waarvoor verantwoordelijk is. Een overlegcultuur, zeker in tijden van frictie in de samenwerking, gaat ten koste van patiëntenzorg.

Multidisciplinaire overleggen (MDO) kosten al snel een uur per patiënt. Dat betekent dat in diezelfde tijd vijf patiënten niet gezien kunnen worden op het spreekuur. De winst van een MDO moet opwegen tegen dit verlies. Spreekuur doen is nog steeds de corebusiness van de huisarts en een uitstekende manier om heel veel zorgvragen van patiënten te beantwoorden.

Eenmaal per jaar een nieuwjaarsborrel en we weten weer wie we zijn

Mijn ervaring is dat de meest efficiënte manier van samenwerking is om direct, eventueel tijdens het consult een collegazorgverlener te bellen en af te stemmen. Onbegrijpelijk dat er nog steeds geen NZa-tarief is voor telefonisch collegiaal overleg. Dat zou een simpele investering zijn in samenwerking, die waarschijnlijk goedkoper uitpakt dan de dure MDO's. Investeer in een goed netwerk, zorg dat je elkaar kent. Een lossere netwerkstructuur voldoet vaak en heeft niet de nadelen van een overlegcultuur. Eenmaal per jaar nodigen wij in onze praktijk alle eerstelijnszorgverleners uit voor een nieuwjaarsborrel. We ontmoeten elkaar en de rest van het jaar weten we weer wie we zijn als we laagdrempelig contact opnemen.

Tijd

Het Zorgakkoord vraagt veel extra inspanningen van de huisartsen. We moeten onze tijd daarom effectief inzetten. Niet in de laatste plaats omdat een van de belangrijkste, zo niet de belangrijkste vraag van patiënten de vraag om tijd is. Mede doordat onze praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen eenvoudige en geprotocolleerde zorgvragen beantwoorden, zijn de zorgvragen tijdens het spreekuur complexer en wordt de consultduur langer. Ouderenzorg vraagt meer huisbezoeken.

Normpraktijken zullen kleiner moeten worden. Maar er gaat een personeelstekort ontstaan op alle terreinen en niveaus in de gezondheidszorg. Dus ook in de huisartsenzorg.

Laten we organisatieveranderingen daarom kritisch beoordelen: wat wordt beoogd? Mag je verwachten dat de verandering gaat opleveren wat beoogd wordt? Wat zijn te verwachten negatieve bijeffecten? Vervolgens de veranderingen goed monitoren op hun daadwerkelijke bijdrage, de toegevoegde waarde. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor nieuwe experimenten met populatiebekostiging. Laten we vooral binnen de beroepsgroep de discussie voeren hoe we de opdracht die voortvloeit uit het Zorgakkoord zo goed mogelijk kunnen uitvoeren. En dit graag voorafgaand aan besprekingen of afspraken met zorgverzekeraars en ministerie. ■

Zie ook het artikel *Beloof huisarts voor verkleinen praktijk* op blz. 2512.

contact

n.gruijters@onsnedeindhoven.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Reageren? Dat kan onderaan dit artikel op de site. Ga naar medischcontact.nl/opinieartikelen.