

VISIEDOCUMENT 2011

KERNWAARDEN VAN DE NEDERLANDSE HUISARTS

UITDAGINGEN EN BEDREIGINGEN

VERTROUWEN **GENERALISTISCH EVIDENCE**
BASED CONTINUITEIT **CENTRAAL & INTEGRAAL**
PLUS & NIETPLUS **BESCHIKBAARHEID**
BEREIKBAARHEID **HERKENBAAR** **SIGNAALFUNCTIE**
PREVENTIEF **KLEINSCHALIG** **ONAFHANKELIJK**
LAAGDREMPELIG **PERSOONLIJK** **INFORMATIEF**
POORTWACHTER **LEVENSLOOPGENEESKUNDE**
CONTRA **CONSUMPTIEF** **SPIN IN HET WEB**
BEHEERDER **MEDISCH DOSSIER** **DIVERSITEIT**

Patrick Albert
Annelies Leloup (voorzitter)
Jeroen van der Lugt
Frank Nieuwesteeg
Annette Offringa
Inez de Vries

Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen is per 1 maart 2010 opgericht. VPHuisartsen is ontstaan uit Comité WAKE UP!!, een organisatie van praktijkhoudende huisartsen die bezorgd zijn over de ontwikkelingen binnen hun vakgebied. VPHuisartsen streeft naar behoud van de kernwaarden van het huisartsenvak. Hiertoe behoren onder meer de persoonlijke relatie tussen arts en patiënt en een zorgaanbod met een integraal karakter.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	4
2. Verwachtingspatronen van de patiënt	6
3. Kernwaarden van de huisarts versus marktwerking	8
4. Bedreigingen	14
5. Conclusies en aanbevelingen	20
6. Puntsgewijs onze toekomstvisie	24
7. Nawoord	26
Literatuur	27
Gebruikte afkortingen	27

September 2011

© VPHuisartsen

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd zonder de uitdrukkelijke toestemming van het bestuur van VPHuisartsen.

www.vphuisartsen.nl

1 INLEIDING

Met de opgelegde marktwerking en de huidige ontwikkelingen in de zorg is er binnen de beroepsgroep behoefte ontstaan de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde nog eens duidelijk te omschrijven.

Wat behelzen die kernwaarden, wat betekenen ze voor de kosten en de efficiëntie in de zorg in Nederland? Wat betekenen ze voor het gevoel van tevredenheid van de burger? Hoe gaan we die kernwaarden in stand houden en verder ontwikkelen? Wat moet er anders, wat moet er bij, wat kan er af?

Enkele jaren geleden werd de nieuwe zorgverzekeringswet van kracht. Daarmee heeft de marktwerking zijn intrede gedaan in de gezondheidszorg. Huisartsen moeten zakelijker denken en worden geacht - in managementtaal - hun 'product te vermarkten'. Beoogd effect: innovatie en kwaliteitsverbetering in combinatie met prijsverlaging.

Niet alleen de professie en de wijze waarop die wordt uitgeoefend heeft een metamorfose ondergaan. Ook de patiënt verandert en wordt mondiger. Opvallend is de diversiteit en heterogeniteit van patiëntenpopulaties. De gezagsgetrouwe hoogbejaarde stapt met een totaal ander verwachtingspatroon de spreekkamer binnen dan een googelende representant van de internetgeneratie. De rol en taak van de huisarts is bijgevolg al lang niet meer eenduidig. In dit tijdsgewricht spelen huisartsen diverse rollen. Dat is nodig om optimaal aan te sluiten bij de uiteenlopende verwachtingen van de individuele patiënten. Wat betekenen deze veranderingen voor de kernwaarden van

de huisartsgeneeskunde? In hoeverre staan deze waarden op gespannen voet met een marktgestuurde gezondheidszorg? In dit visiedocument zullen we een aantal ontwikkelingen belichten die een mogelijke bedreiging vormen voor het vakgebied.

Allereerst gaan we in op de verwachtingspatronen van diverse patiëntenpopulaties en constateren we dat 'de' huisarts niet bestaat. In een volgende paragraaf belichten we een aantal kernwaarden die ons inziens deels op gespannen voet staan met een marktgestuurde gezondheidszorg. Vervolgens gaan we specifiek in op een aantal bedreigingen. We sluiten af met enkele conclusies en aanbevelingen.



2 WAAROM VERWACHTINGSPATRONEN VAN PATIENTEN

Wat betekent de huisarts voor de burger?

- De chronisch zieke burger kent zijn huisarts goed en weet wat deze voor hem betekent.
- De gezonde burger kent zijn huisarts amper en wellicht maakt het hem niet veel uit om niet steeds dezelfde dokter te zien.
- De psychisch belaste burger wil graag een huisarts die aandachtig luistert en de tijd voor hem neemt.
- De gezonde burger die plots ziek wordt ontdekt opeens dat hij een huisarts heeft en realiseert zich hoe fijn het is een duidelijk aanspreekpunt te hebben.
- De burger die zijn naaste verliest, heeft in die periode de huisarts goed leren kennen en weet dat er in de lege periode daarna een professional is die bereikbaar blijft
- De terminaal zieke burger beseft dat er naast de vele contacten met specialisten iemand is die alles overziet, in zicht blijft en tot het einde ook thuis voor hem klaar staat.
- De burger die lichamelijke en geestelijke klachten krijgt vanwege problemen op het werk vindt als eerste aanspreekpunt zijn huisarts.
- De burger die informatie en overleg wil over wel of niet een ingreep laten doen kan bij zijn huisarts terecht
- De burger die...

Patiënten zijn er in soorten en maten. Ze verschillen qua leeftijd en geslacht. Qua intellectuele vermogens, mondigheid, ziektegeschiedenis, sociale context, lichamelijke en psychi-

sche gesteldheid. Al deze verschillen vertalen zich in diverse verwachtingspatronen richting huisarts. Zo zal de chronisch zieke of terminale patiënt veelal grote waarde toekennen aan een hechte vertrouwensrelatie met de arts. Een jonge, gezonde patiënt daarentegen kent zijn huisarts amper en is ook tevreden als zijn wondje door een collega wordt verzorgd. Een patiënt met werkgerelateerde of psychische problemen verwacht empathie, inlevingsvermogen en betrokkenheid. Aan de huisarts de taak om elke keer opnieuw de juiste toon te vinden en te anticiperen op het verwachtingspatroon van de patiënt. Wat in de ene situatie passend gedrag is, is dat onder andere omstandigheden niet.

In de regel kiezen patiënten een dokter die bij hen past, bij wie ze zich prettig voelen.

Mensen verschillen en huisartsen vormen geen uitzondering. Ze onderscheiden zich qua persoonlijkheid, culturele achtergrond, intellectuele- en verbale bagage. Dat is geen probleem; in de regel kiezen patiënten een dokter die bij hen past, bij wie ze zich prettig voelen. De huisarts is een professional, weet veel en kan veel en is in staat tot het verstrekken van informatie op een voor de individuele patiënt begrijpelijke wijze. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt staat altijd voorop. In geval van een verstandelijke of psychische beperking is het aan de huisarts om, zo mogelijk in samenspraak met naasten, knopen door te hakken.

3 KERNWAARDEN VAN DE HUISARTS VERSUS MARKTWERKING IN DE ZORG

De huisarts is bovenal een generalist en een vertrouwenspersoon. Dat veronderstelt een onafhankelijke werkwijze en het loskoppelen van geleverde prestaties en gewin. De patiënt moet ervan op aan kunnen dat het advies, het medicatievoorschrift of de verwijzing los staat van het directe financiële belang van de huisarts. In principe mag ook het financiële belang van de patiënt zelf of dat van diens werkgever geen rol spelen bij de te maken afweging.

Bovengenoemde onafhankelijke positie vormt de basis van het 'maatschappelijk contract' tussen huisarts en samenleving. Binnen het geheel van rechten en plichten dat de maatschappij aan de beroepsgroep toekent, speelt het honoreringssysteem, dat een onafhankelijke werkwijze moet garanderen, een cruciale rol.

Sociale - versus marktnormen

Gedragseconomen maken een onderscheid tussen hulpverlening volgens sociale normen en volgens marktnormen. In het eerste geval help je iemand zonder een rekening te sturen. Een deel van het werk van de huisarts valt in deze categorie. Voorbeeld: de huisarts die tijdens de waarneming extra zijn best doet voor een patiënt van een collega. Daarvan merkt hij niets in de portemonnee. De beloning bestaat uit voldoening, uit de wetenschap dat hij het maximale heeft kunnen betekenen voor de patiënt in kwestie. En dat zijn patiënten en zijn eigen reputatie hier wel bij varen op den duur.

Volledige betaling volgens een verrichtingssysteem, al dan niet via een ketenzorgcontract, past daarom niet goed bij het generalistische karakter van de huisartsenzorg. Als hulpverlening volgens sociale normen geheel wordt verruild voor transacties volgens marktnormen, wordt het hulpverleningsklimaat al snel harder en neemt het aantal financiële transacties toe. Denk bijvoorbeeld aan de invoering van het *Persoons Gebonden Budget*, voor veel mensen een goede oplossing. De kosten hiervan lopen uit de hand, omdat nu elke vorm van mantelzorg moet worden afgerekend. De bankrekening wint het van de beroepssatisfactie en de weg terug richting hulpverlening volgens sociale normen is een uiterst moeizame. Het belang van de patiënt moet in het huisartsgeneeskundig handelen leidend principe zijn en blijven.

Als hulpverlening volgens sociale normen geheel wordt verruild voor transacties volgens marktnormen, wordt het hulpverleningsklimaat al snel harder en neemt het aantal financiële transacties toe.

De verplaatsing van uitbreiding van diagnostische mogelijkheden van de tweede lijn naar de eerste lijn in de huisartsenpraktijk en de administratie daarvan in de computer zijn kostenbesparend voor de zorg in haar geheel. Het geven van bonussen op basis van meetbare prestatie-indicatoren kan een stimulans zijn om mensen optimaal te behandelen. Keerzijde is echter dat

de niet direct meetbare handelingen in het gedrang kunnen komen. Patiënten met meervoudige, complexe problematiek hebben in deze constructie al snel een negatieve invloed op het inkomen van de huisarts en kunnen het kind van de rekening worden. In achterstandsgebieden hebben patiënten een minder gezonde leefstijl en daarom zijn de HbA1c-waarden van een huisarts met een dergelijke populatie niet zo mooi als die van een collega in het Gooi.

*Huisarts in achterstandswijk:
Mijn HbA1c waarden zijn niet zo mooi
als die van een collega in het Gooi.*

Laagdrempelig

Laagdrempelige toegang tot de eerste lijn is essentieel temeer daar in de huisartspraktijk de schifting wordt gemaakt tussen een ernstige en wellicht levensbedreigende aandoening en minder ernstige kwalen. De langdurige arts-patiënt relatie - levensloopgeneeskunde - stelt de huisarts in staat de aangedragen informatie betreffende een klacht op waarde te schatten en tevens na te gaan of hier misschien een andere hulpvraag aan ten grondslag ligt. De huisarts kent zijn *Pappenheimers*. Hij houdt de vinger aan de pols bij de man die plotseling zijn vrouw heeft verloren. Vraagt zich af of de patiënt wellicht verenzaamt, naar de fles grijpt. Hij signaleert nerveus gedrag bij een kind dat kan wijzen op problemen thuis, op pesterijen op school. Een lage toegangsdrempel ondersteunt de zo cruciale signaleringsfunctie van de huisarts en is uit het oogpunt van preventie van levensbelang.

Nabij, kleinschalig en herkenbaar

Waar mensen wonen, zijn huisartsen. Nabijheid is dan ook een belangrijk kenmerk van de Nederlandse huisarts. Bejaarden doen hier hun voordeel mee, evenals de drukbezette moeder met kleine kinderen. De snelle yup voelt het pas als hij ineens een dokter nodig heeft. Maar ook dan is een dokter in de nabijheid van belang. Voor al deze patiëntcategorieën geldt dat de huisarts de vertrouwenspersoon bij uitstek is. De langdurige behandelrelatie plus het gegeven dat de huisarts ook achter de voordeur kijkt en de leefomstandigheden van de patiënt kent, ondersteunt die vertrouwensband.

*Te grote medische bolwerken versterken
het gevoel in een onpersoonlijke fabriek
terecht te zijn gekomen.*

Elke huisarts werkt met tal van disciplines samen, zowel in zijn eigen praktijk als daarbuiten. Met praktijkassistentes, praktijkondersteuners en andere hulptroepen vormt de huisarts een team dat als een goed geoliede machine patiënten van dienst is om continuïteit van zorg te waarborgen. Daarnaast wordt er volop samengewerkt met aanpalende beroepsgroepen; met fysiotherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, specialisten, diëtisten, wijkverpleegkundigen en tandartsen maar ook met organisaties zoals de GGD, Jeugdzorg, Maatschappelijk Werk, GGZ, Thuiszorg en Politie. Al deze disciplines onder één dak herbergen is ondoenlijk en onwenselijk. Te grote medische bolwerken versterken het gevoel in een onpersoonlijke fabriek terecht te zijn gekomen. Bovendien biedt het geen enkele garantie op betere onderlinge communicatie. Belangrijker is het dat men elkaar weet te vinden als dat nodig is.

Ter illustratie een casus van een éénoudergezin met een jong kind. In verband met psychosociale problemen krijgt de ouder ondersteuning van de GGZ. Vervolgens krijgt de toch al zwaar belaste ouder een ernstige ziekte. Buren alarmeren de wijkagent. De zorgen over de opvoeding nemen toe en Bureau Jeugdzorg verschijnt ten tonele. Inmiddels is ook de Thuiszorg ingeschakeld. Bij de betrokken organisaties is veel verloop, alleen de huisarts blijft al die jaren dezelfde en houdt het overzicht. Om de complexe problematiek het hoofd te bieden schuiven alle partijen rond de tafel. Dit multidisciplinaire overleg werkt verhelderend en ondersteunend en illustreert hoe zinvol het is om op ad hoc basis de koppen bij elkaar te steken. De rol van de huisarts is hierbij van cruciaal belang.

Familiecultuur

Zoals in het voorgaande is geïllustreerd werkt de huisarts in toenemende mate met vele disciplines in de eerste lijn samen.

Die onderlinge samenwerking is op natuurlijke wijze ontstaan. Verantwoordelijkheidsgevoel en zorg voor de patiënt staan nadrukkelijk centraal. Van financiële afhankelijkheid of keuzebeperking door contractueel vastgelegde samenwerkingsverbanden is in deze context geen sprake. Het accent ligt op het ingebouwde professionele kompas en niet op externe controle door overheid en zorgverzekeraars. De introductie van de functionele bekostiging in de chronische zorg is een bedreiging voor deze 'familiecultuur'. Het systeem van financiële afhankelijkheid dat hiervoor in de plaats komt, doet afbreuk aan de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken professionals.

De huisarts als spin in het web

Als beheerder van het medisch dossier van de individuele patiënt heeft de huisarts als geen ander overzicht over de gezondheid en het welzijn van de patiënt. Om dit overzicht up to date te houden moeten hulpverleners in de eerste lijn die contact hebben met de patiënt de huisarts van alle relevante informatie voorzien. Hetzelfde geldt voor medisch specialisten. Al deze gegevens dienen op overzichtelijke wijze in het medisch dossier te worden gerangschikt, zodat de arts bij gerezen problemen snel zijn weg vindt in de veelheid aan informatie.

Bij verwijzing van een patiënt is het zaak selectief te werk te gaan wat betreft de aan te leveren gegevens. Specialisten moeten niet onnodig worden belast met zaken die voor hen niet van belang zijn. Evenmin is het raadzaam om privacy gevoelige informatie te verstrekken. Zaken als een SOA, incest of detentie zijn in de regel voor een specialist irrelevant en maken een verwijzing onoverzichtelijk.



4 BEDREIGINGEN

Marktwerking, andere financieringssystemen, het Landelijk Elektronisch Patiënten Dossier (L-EPD) en de roep om een eigen bijdrage voor huisartsbezoek: het is maar een greep uit de veelheid van vernieuwingen die op ons af komen. Wij zijn niet gerust op een positieve uitkomst. In deze paragraaf zetten we enkele risico's op een rijtje.

Marktwerking

Marktwerking impliceert concurrentie op prijs en kwaliteit. Beoogd effect: prijsdaling, innovatie en kwaliteitsverhoging. Maar treedt die prijsdaling daadwerkelijk op? Wij signaleren tegenovergestelde tendensen. De Nederlandse huisarts, we zagen het al eerder, werkt contraconsumptief en is terughoudend met het voorschrijven van antibiotica. Hierdoor komen resistente infecties in ons land minder vaak voor. Onnodig onderzoek en behandelingen vermijdt hij waar mogelijk. Zo kunnen er vraagtekens geplaatst worden bij uitgebreid preventief onderzoek van gezonde, jonge mensen. Maar als een zorgverzekeraar dat royaal eens per jaar aanbiedt, kan geen huisarts dit weigeren.

Ander voorbeeld: een laserbehandeling tegen extreme overbeharig in het gezicht wordt vergoed. Lichte gezichtsbeharig wordt als een cosmetische kwestie aangemerkt en in de regel niet vergoed. Dat kun je aan de patiënt uitleggen, maar als deze vervolgens de verzekeraar belt en te horen krijgt dat met een verwijfsbrief alles is geregeld, heb je als huisarts een probleem. De verzekeraar moet concurreren en staat zijn klant dus bij voorkeur welwillend te woord.

Laatste voorbeeld: Door technologische vernieuwing en een gestroomlijnde organisatie in bijvoorbeeld een 'zorgstraat' worden de kosten per ingreep verlaagd. Maar om de investeringen terug te verdienen en de capaciteit ten volle te benutten moeten er meer ingrepen worden verricht en nemen de totale zorgkosten alsnog toe. Al met al moeten we concluderen dat met de introductie van marktwerking het contraconsumptief werken meer en meer op de tocht komt te staan.

Doordat de Nederlandse huisarts terughoudend is met het voorschrijven van antibiotica, komen resistente infecties in ons land minder vaak voor.

Idealiter veronderstelt marktwerking een soepele interactie tussen vraag en aanbod van goederen en diensten. Daarbij dragen rationeel opererende partijen met inzicht in de markt zelf financiële verantwoordelijkheid voor de gevolgen van hun transacties. Aldus ontstaat de juiste prijs voor de geleverde goederen en diensten waarbij vraag en aanbod in evenwicht zijn. Dat is de theorie. In de zorgpraktijk is deze ideaaltypische constructie veelal een utopie en hebben we te maken met een 'imperfecte markt'. De belangrijkste imperfecties van de zorgmarkt zijn: de onmogelijkheid van patiënten om de hoogte van hun medische consumptie rationeel te bepalen. Gevoelens van angst of domweg een ernstig ziekteproces kan rationeel denken in de weg staan. Het feit dat de rekening niet door de patiënt zelf maar door de zorgverzekeraar wordt betaald, speelt eveneens een rol.

Patiënten hebben veelal geen flauw idee wat een behandeling kost. Om vraag en aanbod te sturen zullen er dus ook andere mechanismen moeten worden ingezet. Zo kan de overheid besluiten per kliniek een uitgavenplafond voor bepaalde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in te stellen. Een andere mogelijkheid is het stimuleren van schaalvergroting bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars teneinde vraag en aanbod adequaat te kunnen beïnvloeden. Het zou zelfs positief kunnen uitwerken om concurrentie tussen zorgverzekeraars uit te schakelen en een nationale verzekeraar voor de basiszorg in te voeren. Concurrentie zou dan gereserveerd kunnen blijven voor de aanvullende zorg. Beleidsmakers in de zorg kunnen gebruik maken van het professionele verantwoordelijkheidsgevoel van de huisarts bij het maken van keuzes voor zinnige en zuinige zorg.

Prestatie-indicatoren en benchmarking

In het nieuwe zorgstelsel speelt informatie over de kwaliteit en de doelmatigheid van het zorgaanbod een belangrijke rol. De gezondheidszorg kost veel geld en de overheid wil weten of dat geld wel optimaal wordt besteed. Sleuteltermen zijn 'transparantie' en 'kwaliteit'. De geleverde zorg moet meetbaar zijn, in cijfers uit te drukken. Maar valt in de huisartsgeneeskundige zorg wel alles te meten? Wat moeten we met benchmarking: prestatievergelijking met als doel het eigen zorgproces naar voorbeeld van de best presterende huisartspraktijk te verbeteren? Wat kopen we voor die set prestatie-indicatoren die pretenderen de kwaliteit van de door de huisarts geleverde zorg inzichtelijk te maken? Veel huisartsgeneeskundige handelingen vallen niet of moeilijk in cijfers te vangen. De huisarts benadert zijn patiënt als

individueel en verleent - evidence based - de best denkbare zorg, daarbij rekening houdend met de schaarste in de zorg, het niet onbepaald beschikbaar zijn van middelen. De huisarts maakt keuzes en legt dat uit. Meet- en vergelijkingsinstrumenten als prestatie-indicatoren en benchmarking maken de huisarts in toenemende mate financieel afhankelijk en ondermijnen het in hem gestelde vertrouwen.

*Van kraamvisite tot condoleancebezoek:
Veel huisartsgeneeskundige handelingen vallen
niet in cijfers uit te drukken.*

Ketenzorg

De huisarts is voor alles een generalist die dankzij een gedegen opleiding, regelmatige nascholing en actuele kennis van de NHG-richtlijnen zijn vak op professionele wijze uitoefent. Samenwerking met andere disciplines vergroot het blikveld en verbreedt het zorgaanbod aanzienlijk. Een aantal ingrepen en behandelingen die voorheen in de tweede lijn plaatsvonden zijn inmiddels ook in de eerste lijn onder gebracht. Het toekennen van een verichtingstarief vormt een stimulans om te investeren in het benodigde personeel en instrumentarium.

*Het gegeven dat er per patiënt en per diagnose
een geldbedrag wordt geïncasseerd, druist in
tegen de generalistische werkwijze.*

De concepten ketenzorg, zorggroepen en Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) doorkruisen de gebruikelijke manier van werken. Het gegeven dat er per patiënt en per diagnose een geldbedrag wordt geïncasseerd, druist in tegen de generalistische

werkwijze van de huisarts. Immers; hoe hard is die diagnose? Hoe lang geldig? En wat te doen met patiënten met meerdere diagnoses tegelijk? Zoals het er nu naar uitziet zal de functionele bekostiging van ketenzorg een steeds groter deel van het inkomen gaan bepalen. Daarmee komt dé kernwaarde van de huisartsgeneeskundige zorg, de generalistische aanpak, op de tocht te staan.

De functionele bekostiging van ketenzorg zal een steeds groter deel van het inkomen gaan bepalen. De generalistische aanpak van de huisartsgeneeskundige zorg komt daardoor op de tocht te staan.

Elektronisch Patiënten Dossier (EPD)

Een EPD met landelijke inzage vormt een bedreiging voor de vertrouwenspositie van de huisarts. Bescherming tegen oneigenlijk gebruik van medische gegevens - denk aan verzoeken van keurings- en verzekeringsartsen - is niet langer gegarandeerd. Inmiddels heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel unaniem verworpen. Betrouwbaarheid, veiligheid en privacy zijn onvoldoende gegarandeerd, oordeelde de Senaat. Dit oordeel heeft onze instemming.

Eigen bijdrage

Huisartsgeneeskundige zorg is per definitie laagdrempelig. Daar past geen eigen bijdrage bij. Patiënten zullen als ze zelf de portemonnee moeten trekken het artsbezoek wellicht uitstellen, met alle gezondheidsrisico's en financiële gevolgen van dien. De aan de eigen bijdrage ten grondslag liggende gedachte, dat mensen ten onrechte bij de huisarts aankloppen, komt uit de lucht vallen

en is nooit bewezen. Patiënten komen in de regel omdat ze een klacht hebben of ongerust zijn over bepaalde symptomen. Als er al sprake zou zijn van 'overconsumptie' dan wordt die eerder aangewakkerd door het huidige systeem van marktwerking. Die stimuleert een houding in de trant van 'Ik betaal ervoor en dus heb ik te allen tijde recht op zorg'. De huisarts moet voor iedereen vrij toegankelijk blijven, zodat hij een ieder die hij niet zelf kan behandelen indien nodig tot verdere zorg kan motiveren. Daarbij kan de huisarts iemand geruststellen en hoort voorlichting en afwachtend beleid, als ook het remmen van onnodige medische consumptie, tot zijn taken.

Door het innen van een eigen bijdrage stellen patiënten het huisartsenbezoek wellicht ten onrechte uit, met alle gezondheidsrisico's van dien.



5 HOE DE SPECIFIEKE FUNCTIE VAN DE NEDERLANDSE HUISARTS BEHOUDEN EN VERSTERKEN?


Conclusies en aanbevelingen

In deze paragraaf zullen we nagaan wat er nodig is om de in het voorafgaande beschreven kernwaarden die verbonden zijn aan het huisartsenvak te behouden en waar mogelijk uit te bouwen. We ronden af met enkele conclusies en aanbevelingen die erop gericht zijn het unieke karakter en de essentiële kernwaarden van het beroep in de toekomst veilig te stellen.

- De Nederlandse huisartsenpraktijk, bestaande uit de huisarts zelf plus ondersteunend personeel, heeft een centrale positie in de eerstelijnszorg en geniet het vertrouwen van de Nederlandse burger. Om dit vertrouwen niet te beschamen is het van belang dat het medisch dossier binnen de muren van de praktijk blijft.
- Die praktijk moet een menselijke maat behouden, fysiek zo herkenbaar mogelijk zijn en de toegang moet laagdrempelig zijn.
- Het heffen van een eigen bijdrage voor een consult kan ertoe leiden dat mensen een artsbezoek uitstellen met alle risico's en financiële gevolgen van dien.
- Diversiteit is geboden. De ene patiënt zweert bij een snelle, zakelijke aanpak terwijl een ander juist gelukkig is met een empathische huisarts die ruim de tijd neemt voor elk consult.
- Overheid en zorgverzekeraars dienen zich te realiseren dat de huisartsgeneeskunde veel niet direct meetbare kernwaarden kent, die bijdragen aan het algemeen welzijn en kostenbesparend zijn. Het geeft geen pas deze moeilijk of niet te toetsen waarden als irrelevant terzijde te schuiven.

De huisartsgeneeskunde kent veel niet direct meetbare kernwaarden die bijdragen aan het algemeen welzijn en die kostenbesparend zijn. Het geeft geen pas deze waarden als irrelevant terzijde te schuiven.


- Het beoordelen van huisartsenzorg met behulp van prestatie-indicatoren en benchmarking moet als zijnde niet passend bij de geleverde generalistische zorg worden ontraden. De patiënt wordt opgedeeld in door de zorgverzekeraar herkenbare en dus meetbare ziektes. Bijvoorbeeld diabetes en COPD. Dit opdelen in ziektes die worden uitbesteed aan de goedkoopste zorgaanbieder staat haaks op de langdurige arts-patiënt relatie. Een relatie die wordt gekenmerkt door vertrouwen en een integrale aanpak.
- Iedere Nederlander heeft een huisarts. Meestal is dat tientallen jaren dezelfde persoon die niet alleen de patiënt zelf goed kent, maar ook diens leef- en werkomgeving. Dit alles verschaft de huisarts een unieke positie en biedt de mogelijkheid om snel te kunnen signaleren wanneer er iets mis loopt. Om een optimaal overzicht over de patiënt en diens sociale context te behouden is het van belang dat andere disciplines hun bevindingen rapporteren aan de huisarts. Al die gegevens van ondermeer specialisten, paramedici, psychologen en maatschappelijk werkers dragen bij aan een goed inzicht in de medische en psychosociale situatie van de betreffende persoon. In geval van verhuizing bewijst een goed bijgehouden medisch dossier bij uitstek zijn diensten en gaat er geen belangwekkende belangrijke informatie verloren.

- 
- Investeren in communicatiemogelijkheden is in deze tijd van levensbelang. In onze moderne maatschappij moet het voor iedere hulpverlener mogelijk zijn makkelijk en snel te communiceren. Papier vermijden is een goede ontwikkeling. De waarde van lokale elektronische communicatie heeft zich inmiddels bewezen.
 - Preventie vergt veel tijd maar ook de naderende grijze golf dient adequaat te worden opgevangen. De Nederlandse huisarts zal met in achtneming van de beschikbare mensen en middelen prioriteiten moeten stellen.
 - Kwaliteitsverbetering en uitbreiding van het takenpakket van de huisartsenzorg kan pas worden geïmplementeerd als de financiering hiervoor geregeld is. Wellicht zal de grootte van de normpraktijk bij gelijkblijvende financiering omlaag moeten.
 - Wij zijn van mening dat marktwerking in de gezondheidszorg tal van onbedoelde neveneffecten met zich meebrengt die de prijs opdrijven in plaats van afremmen. Vertrouwen in zorgverleners, die vanuit de eigen verantwoordelijkheid de zorgvraag kunnen sturen, lijkt noodzakelijk om de kosten voor de zorg op verantwoorde en gestuurde wijze te drukken. De huisarts als poortwachter is een groot goed, dat moet worden gekoesterd. Die professional kan een juiste inschatting maken betreffende zin en onzin van een verwijzing. Onzinnige, luxe medische consumptie kan zo worden beteugeld. De overheid moet de huisarts in zijn rol van kostenbewaker ondersteunen en haar beleid helder naar de patiënt communiceren.

- Ketenzorg of honoreringsstructuren die een arts een direct financieel belang geven bij de wijze waarop de zorg wordt verleend, moeten worden vermeden.
- Het is goed te beseffen dat door rationalisatie van het behandelproces de zorgkosten niet automatisch dalen. We constateerden het al eerder: goedkopere behandelingen in 'zorgstraten' scheppen tevens meer productieruimte en bijgevolg aanbod. En waar het aanbod stijgt, neemt de vraag al snel toe.

Het is goed te beseffen dat door rationalisatie van het behandelproces de zorgkosten niet automatisch dalen.

Ondanks alle veranderingen zijn patiënten over de hele linie uiterst tevreden over de door huisartsen geleverde zorg. Bij Nationale Studies van het NIVEL komt de huisartsenzorg telkens opnieuw als goed en efficiënt uit de bus. Het is niet alleen aan de beroepsgroep, maar ook aan de zorgverzekeraars en de politiek om ervoor te zorgen dat die zo gewaardeerde zorg ook in de toekomst fier overeind blijft.



De huidige marktontwikkeling in de huisartsenzorg geeft de leden van de werkgroep een niet-pluis gevoel. Wij hopen dat onze adviezen zullen bijdragen aan het gezond maken en houden van de Nederlandse huisartsenzorg.

6 BIJLAGE PUNTSGEWIJS ONZE TOEKOMSTVISIE

Wat zien wij graag:	Wat zien wij liever niet:
Huisarts als spil in de zorg, erkend leidinggevende. Herkenbare huisartsenzorg.	Huisarts die de regie kwijtraakt.
Principieel zuinig en doelmatig met zorg.	Bonus/malussystemen.
Continue integrale zorg herkenbaar met collegae geleverd.	Versnipperde zorg, 'duiventilpraktijk'.
Huisarts als generalistische vertrouwenspersoon.	Steeds verder opdelen van de zorg in componenten, DBC, etc.
Ad hoc overleg met hulpverleners indien nodig.	Veel tijd kwijt aan inefficiënt gestructureerd overleg.
Vrije huisartsenkeuze.	Iedere arts in de wijk conformeert zich aan beleid van groot samenwerkingsverband.
Huisartsenzorg nabij, herkenbaar, kleinschalig.	Financiering stimuleert grootschalige centra.
Managers in de zorg aangestuurd door huisartsen.	Huisartsen in loondienst, hiërarchisch onder managers.

Wat zien wij graag:	Wat zien wij liever niet:
Huisarts kan grenzen stellen aan consumentisme, gesteund door verzekeraar.	Patiënt verwijst zichzelf, zorgverzekeraar steunt dit maar klaagt over kostenstijgingen.
Kwaliteitsverbetering huisartsenzorg pas nadat er financiering voor de kosten is gevonden.	Kwaliteitseisen stellen zonder financiële dekking.
Huisarts blijft vrij toegankelijk, om patiënt zo nodig naar verdere zorg te verwijzen.	Eigen bijdragen voor huisartsenzorg vormen een drempel.
Duidelijk onderhandelingschema over tarieven met preferente zorgverzekeraar, andere verzekeraars volgen.	Tijdrovende, onoverzichtelijke onderhandelingen over ketenzorg, M & I tarieven met alle zorgverzekeraars.
Maatschappelijk contract, honorering en arbeidsvoorwaarden huisartsenzorg moet toekomstbestendig zijn.	Verlies van autonomie en verlies van carrièreperspectief.
Discussie over kostenbeheersing in de zorg gaat over rol van alle betrokkenen, met inachtneming van de wet van Baumol, imperfecte marktwerking, irrationeel gedrag in de zorg, grenzen aan consumptisme en poortwachtersfunctie.	Discussie over kostenbeheersing ophangen aan marktwerking alleen.

7 NAWOORD

Welke vonk heeft tot deze werkgroep geleid? Dit was de onrust en de zorg over de positie van de huisarts. De opdracht tot de vorming van deze werkgroep kwam van de ledenvergadering van de VPHuisartsen in Leusden in mei 2010. De werkgroep bestaat uit praktijkhoudende huisartsen uit het hele land en werkzaam in verschillende praktijkvormen.

In de zomer van 2010 is gestart met het inventariseren van de kernwaarden van de huisartsenzorg. De werkgroep ging hierbij uit van eigen ervaring en beleving. Die ervaringen zijn door elk lid van de werkgroep op schrift gesteld en in maandelijkse bijeenkomsten besproken en verhelderd. Vervolgens zijn de aantekeningen van de werkgroepleden redactioneel bewerkt en nogmaals besproken. Er is gekozen voor een toegankelijke vorm, zodat behalve collega-huisartsen ook politici en beleidsmakers in de zorg zonder al te veel hersengymnastiek van de inhoud kennis kunnen nemen.

Literatuur

A.A.C.M. Maes *Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel*
ISBN 978 90 352 3329 4

J.Cassidy *Wat als de markt faalt?*
ISBN 978 90 263 2163 4

D.Ariely *Predictably Irrational*
ISBN 978 0 00 725653

Gebruikte afkortingen

DBC

Diagnose Behandel Combinatie waarvoor een tarief wordt overeengekomen met de zorgverzekeraar.

GGZ

Geestelijke Gezondheids Zorg.

HbA1c

Bloedtest die de instelling van suikerziekte over langere termijn kan weergeven.

M en I tarieven

Modernisering en Innovatie tarieven. Tarieven die huisartsen sinds 2006 met zorgverzekeraars zijn overeengekomen om zorg die voorheen in het ziekenhuis werd geleverd naar de huisartspraktijk te verplaatsen.

NHG

Nederlands Huisartsen Genootschap.

NIVEL

Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns.

De wet van Baumol

Economische wet die stelt dat de groei van arbeidsproductiviteit in de arbeidsintensieve dienstensector (zoals de zorg) altijd minder is dan in de gemechaniseerde productiesector. Hierdoor zullen de overheidsuitgaven (publieke sector als onderwijs, zorg en overheidsdiensten) een steeds groter deel van uitmaken van het Bruto Nationaal Produkt.

Sarphatipark 28

1072 PB Amsterdam

info@vphuisartsen.nl

www.vphuisartsen.nl