MedZ

VAKBLAD VOOR DE PRAKTIJKHOUDENDE HUISARTS NUMMER 2 • 2014

Nieuwe huisartsenbekostiging: *Versteviging van eerste lijn of afbraak van basiszorg?*

Huisartsen vereniging praktijkhoudende huisartsen
medichain expertise en inkoop voor huisartsen

Riester
The familiar way

Riester is een Duitse fabrikant van diagnostisch instrumentarium van hoge kwaliteit. Nog steeds wordt het merendeel van de instrumenten vervaardigd door Duitse vaklieden. Geen apparaat verlaat de fabriek zonder uitgebreid op kwaliteit te zijn getest. Riester is een toonaangevend bedrijf op het gebied van research en developement en is ISO 9001 gecertificeerd.

Riester Big Ben

Stabiele analoge bloeddrukmeter

- Duurzame kwaliteit, 3 jaar garantie
- Overdruk beveiliging en stoffilter
- Opberg-korf voor manchet
- Met latexvrij kleefmanchet voor volwassenen, andere maten optioneel

Tafelmodel, bestelnummer: **343 781**

AANBIEDINGSPRIJS: **69,00**

Wandmodel, bestelnummer: **350 677**

AANBIEDINGSPRIJS: **76,50**

Riester Ri-derma

Dermatoscoop set in luxe etui

- Achromatisch kwaliteitsobjectief met 10-voudige vergroting
- 3,5V LED verlichting met dimmer, oplaadbaar in stopcontact
- Automatische uitschakeling
- Compleet in luxe etui met contactplaat / schaal-verdeling

Bestelnummer: **441 372 + 324 533**

AANBIEDINGSPRIJS: **310,00**

Riester Ri-scope L

Otoscoopset met oplaadbaar handvat

- Lange brandduur dankzij zuinige LED en Li-Ion accu
- Homogene verlichting door glasvezel lichtgeleiding
- Wegzwenkbare lens met 3-voudige vergroting
- In luxe etui inclusief oortrechters

Bestelnummer: **424 223 + 324 533**

AANBIEDINGSPRIJS: **199,00**

Bestelinformatie:

Prijzen zijn exclusief BTW.
Aanbiedingen geldig tot 30 april.

HENRY SCHEIN® MEDICAL

Henry Schein Medical BV
Postbus 50040, 1305 AA Almere
Telefoon: 036 535 89 01
medical@henryschein.nl
www.henryschein.nl

Riester

INHOUD

MedZ 2 • 2014

BEKOSTIGING

6 Nieuwe huisartsenbekostiging
12 Bekostiging en innovatie
34 Starter over huisartsenbekostiging

EN VERDER

18 Overmatige Levens Complexiteit
20 Voor wie wordt het LSP eigenlijk opgetuigd
30 Van internist in Afghanistan naar huisarts in Barneveld
27 SSFH Bittere pil of bittere noodzaak
44 Slim inkopen levert geld op
48 Managen doe ik liever zelf

RUBRIEKEN

4 Voorwoord
5 Gelezen in medische media
10 VPHuisartsen actief
12 Dialoog
22 Praktijk in beeld
24 Praktijkzaken: ziekte en verzuim
33 Bob van Heukelom
37 Column Rinske van de Goor
38 Productnieuws
43 Praktijkperikel
51 Productnieuws
52 Boekbespreking
54 Op de website van VPHuisartsen

FOKKE & SUKKE

ZIJN DIRECTEUREN IN DE ZORG

Foto: ©NFP Photography - Pieter Magielsen

Zorgsystemen en de kosten, de bezem erdoor?

Herman Suichies – hoofdredacteur

Huisartsenbekostiging is een zaak die alle huisartsen raakt. Opnieuw zijn forse veranderingen in aantocht. De NZa bracht onlangs het advies *Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg* uit, ingaand per 2015. Of u er beter van wordt is maar zeer de vraag. Het wordt vooral een kwestie van herverdelen gezien het vastliggende macrobudget en maximale stijgingspercentages. De vraag is of het genoeg is, gezien alle ambities van VWS en zorgverzekeraars. Huisartsen krijgen nogal wat extra taken toegeschoven omdat gebleken is dat ze voor weinig geld veel gezondheidsproblemen kunnen oplossen. Sommige huisartsen voelen zich soms het afvalputje van de gezondheidszorg. GGZ-zorg die te duur werd komt bij ons terecht, bezuinigingen in de AWBZ-zorg met langer thuiswonende ouderen komt deels bij ons terecht, Evenals de zorgsubstitutie uit de 2e lijn. Er wordt dus nogal wat meer zorg van ons verwacht. Het in ere herstellen van de wijkverpleegster past in het goedkoper maken van zorg, van dure 2e lijn naar goedkopere 1e lijn, naar nog goedkopere nulde lijn, via gemeentes naar gratis zorg door 'participerende' familieleden en buren. Is dat goedkoper maken van zorg slecht? Helemaal niet, zeker niet als je minister van Volksgezondheid bent en de inkomsten en uitgaven van de Nederlandse zorg moet bewaken. Tenslotte is de inzet van extra wijkverpleegsters die het valrisico van ouderen in de gaten houden en verkleinen waarschijnlijk goedkoper en effectiever dan een osteoporosepoli.

Wat meer zorgen baart zijn de systeemkosten. Een mooi voorbeeld is de kostenstijging van de ANW zorg (die overigens volledig buiten dit advies wordt gehouden). Ondanks daling van de verrichtingen op alle huisartsenposten in 2012 (2,3 procent) toch een stijging van 15,5 miljoen (6 procent) van de kosten. Extra systeemkosten dus. Een van de redenen om een nieuw bekostigingssysteem te ontwerpen was omdat het eenvoudiger moest. Na lezen van het rapport van 69 kantjes ben ik daarover niet optimistisch. Een complexer systeem vergt meer controle, meer bureaucratie en is dus duurder. Bekostigingssystemen in de zorg zijn zo complex geworden dat ze een eigen leven gaan leiden. Na onopzettelijke foute declaraties krijgt een ziekenhuis een boete van 2,5 miljoen van de NZa. Opvallend is dat de toezichthouder het financieringssysteem zelf niet ter discussie stelt. Vaker zien we dat systemen autonoom lijken te worden. Als de weduwe van wijlen collega Tromp uit Tuitjenhorn van het AMC en het OM automatisch gegenereerde brieven aan haar man krijgt, dan is dat omdat het systeem zelfstandig te werk gaat en slechts achteraf (door mensen) gecorrigeerd kan worden. Wie weet corrigeert Minister Schippers als mens van vlees en bloed straks ook ons nieuwe bekostigingssysteem. In deze *MedZ* staan wel enkele tips. •

De Dampers

Naar aanleiding van een bericht op www.rivm.nl schreef Niels Rossen:

'De snelle groei van het aantal gebruikers en de toename van de populariteit van de e-sigaret onder onze patiënten is opvallend. Door de snelheid waarmee dit product terrein wint staat de wetenschappelijke kennis erover op achterstand en daar maken de verkopers dankbaar gebruik van. In mijn eigen huisartspraktijk heb ik inmiddels meerdere malen patienten erop moeten wijzen dat het binnen in de wachtkamer verboden is om te 'dampen', waarbij ik verbaasde provocerende reacties kreeg: maar het is toch geen roken? Daarom is het belangrijk dat wij huisartsen weten dat bij het dampen wel degelijk schadelijke stoffen vrijkomen. Stoffen als formaldehyde (kent u de geur op snijzaal nog?), kankerverwekkende nitrosamines et cetera (Bron: RIVM). Dit zou voldoende aanleiding moeten zijn om de damp niet toe te staan in de buurt van patiënten met mogelijke aandoeningen van de luchtwegen (COPD/Astma), zoals in onze wachtkamers.'

Pay for performance

Joris Linmans
Gelezen in: *Huisarts en Wetenschap* februari 2014

Joris Linmans beschrijft een Amerikaans onderzoek naar de effecten van *pay for performance* in huisartspraktijken. De kernvraag was, of dokters die een financiële vergoeding kregen voor het goed volgen van de richtlijnen betere zorg leverden. Uit het onderzoek bleek dat bepaalde uitkomstmaten, bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie volgens de richtlijnen in eerste instantie even steeg, maar na een jaar weer verdwenen waren. Ten opzichte van de controlegroep was er alleen op individueel niveau een tijdelijke verbetering, na stoppen van de vergoeding presteerde de controlegroep zelfs beter. Als verklaring voor de tegenvallende resultaten werd hoge beginniveau genoemd (70 procent volgde al de richtlijn), het niet afhankelijk zijn van de vergoeding en de hoogte van de vergoeding (slechts 1,6 procent van het salaris!). 'Goede zorg moet afgestemd worden op het individu en waar mogelijk gebaseerd zijn op goed onderbouwde richtlijnen'. Linmans concludeert dan ook, dat pay for perfomance niet werkt en vraagt zich af of we met de gezondheidszorg deze kant wel op moeten gaan.

Gevaren GGZ-beleid

Joop Dopper
Gelezen in: *Medisch contact* februari 2014

Joop Dopper, huisarts en kaderarts ggz beschrijft in een opiniestuk gevaren voor de toekomst van het nieuwe GGZ-beleid.
Het idee om GGZ problematiek zoveel mogelijk in de eerste lijn plaats te laten vinden valt veel voor te zeggen. Maar hij plaatst wel kanttekeningen. Huisartsorganisaties zijn niet betrokken bij dit nieuwe beleid, terwijl ze het wel moeten uitvoeren.
'Het geeft te denken dat LHV en NHG hun professionele domein niet feller hebben verdedigd'. Beperkingen in de vergoedingen opgesteld door het CVZ (College voor Zorgverzekeringen) leiden tot verwijsrichtlijnen van zorgverzekeraars die dwingend door huisartsen moeten worden uitgevoerd. Professionele autonomie wordt hier met voeten getreden. In feite wordt de DSM-IV gebruikt voor verzekeringsdoeleinden, daar waar het alleen voor classificatiedoeleinden bedoeld is. Huisartsen werken met NHG-standaarden, die in het verwijsbeleid rekening houden met ernst en beperkingen. De DSM-IV is slechts een diagnose systeem en houdt daar geen rekening mee.'Het geeft te denken dat overheid en zorgverzekeraars menen dat zij huisartsen kunnen voorschrijven hoe en wanneer verwezen moet worden bij GGZ-problematiek met voorbijgaan aan de standaarden.'

@LVogelpoel: Als artikel 13 Zvw vervalt is er per definitie een tweedeling, zij die niet de verzekeraars-onafhankelijk zorg kunnen betalen en zij die wel?

Nieuwe huisartsen bekostiging

Versteviging van eerste lijn of afbraak van basiszorg?

Het nieuwe bekostigingsstelsel. De meeste huisartsen weten wel iets leukers om over te praten. Maar de cijfers zijn wel medebepalend voor wat er straks in de spreekkamer gebeurt, zegt Anton Maes, huisarts en financieel specialist, over het advies van de NZa aan de minister. Reden genoeg voor een nadere inspectie. 'Je kunt alleen goed voor je patiënt zorgen, als je ook weet wat er in de portemonnee van je praktijk zit – dit jaar en ook de komende jaren.'

Tekst: Petra Pronk

Er is iets vreemds aan de hand in de gezondheidszorg. Er worden geregeld plannen geproduceerd zonder dat daar een degelijke en duurzame financiële basis aan ten grondslag ligt. Zo ook het laatste concept-voorstel van de NZa voor de bekostiging van de huisartsgeneeskunde. Een plan dat er anderhalf jaar voor nodig had om uitgebroed te worden, en dat nu om onbegrijpelijke redenen in enkele weken becommentarieerd moest worden. Een plan bovendien dat uitblinkt in vaagheid en waarin een hele basale economische wet met voeten getreden wordt 'Het 3-segmentenmodel is op zich geen verkeerd model', zegt Maes. 'Alleen de invulling moet beter.' Zijn conclusie na bestudering van het plan: 'Deze bekostigingssystematiek sluit niet aan bij het gewenste zorgaanbod. En dat is voor mij een harde voorwaarde.'

Er zitten zeker goede elementen in. Zo is Maes wel te spreken over de gemengde bekostiging tot 2017: 'Gemengde bekostiging is het beste systeem, want daarmee heb je een beetje loon naar werken zonder de perverse prikkels die daar vaak mee samenhangen. Bovendien is het een goede registratiemogelijkheid om te laten zien hoeveel consulten huisartsen besteden aan basiszorg. Een ander positief punt is dat het 3-segmentenmodel goed aansluit bij het werk van de huisarts. De basiszorg blijft het fundament vormen (S1, zie kader op pagina 9). Daarnaast is er met S2 een segment gecreëerd waarin de multidisciplinaire zorg vorm krijgt. Ook dat is positief. En ook het derde segment, het prestatiesegment, is geen slecht idee. Een bonus voor een prestatie is in principe een goed idee, mits je goed beschrijft wat je dan onder een innovatieve prestatie verstaat, en daar ontbreekt het nu aan.'

Kanttekeningen

Tot zover het goede nieuws. Dan de kanttekeningen. Een van de meest fundamentele bezwaren is dat het plan een goede financiële onderbouwing mist. 'De bekostiging hoort samengesteld te worden uit drie bouwstenen: inkomen, kostenvergoeding en arbeidstijd. Als je dan vervolgens het gewenste zorgaanbod beschrijft, heb je ook het noodzakelijke budget te pakken. Hoe je dat budget dan vervolgens verdeelt of laat 'inverdienen', is een ander verhaal en eigenlijk secundair.' Maar twee van de driebouwstenen ontbreken. Namelijk de praktijkkosten en de arbeidstijd. We zien alleen in de Miljoenennota 2014 het budget en bij de NZa het verdeelmodel als het 3-segmentenmodel. Maar zo zit een bekostiging niet in elkaar! Die segmenten zijn bovendien scherp afgebakend: 75-15-10. In de praktijk is dat echter niet zo eenvoudig. 'Je mag aannemen dat er goed over de verdeling is nagedacht, maar als dat zo is, wordt dat in het plan in elk geval niet duidelijk. Maes: 'De verdeling is gebaseerd op het declaratiegedrag van 2012 en nu wordt, naar mijn schatting, Tweederde deel van de huidige M&I omzet verplaatst naar de prestatiebekostiging. Dat is veel te fors. Macrocijfers horen de basis te zijn onder het beleid, maar het is volstrekt niet duidelijk wat er nu in 2015 in de praktijkportemonnee komt. Het draaien en protesteren met rechtszaken dat we de laatste jaren zien, heeft te maken met het feit dat we niet goed weten wat de zorg per eenheid kost. Dat is een slechte zaak en dat moeten we ons ook zelf aantrekken. Er is verschil tussen hoe je *vindt* dat iets moet zijn *soll* en hoe het daadwerkelijk is *ist.* Het probleem is dat de NZa niet geïnteresseerd is in de soll-prijs. Terwijl huisartsen met hun standaarden niet anders doen dan inhoudelijk met soll werken. Dus dat gaat schuren. De NZa doet kostenonderzoek van grotendeels hun eigen tarieven en stemt daar vervolgens het nieuwe tarief voor de nieuwe bekostiging ook weer op af. Ik begrijp niet dat de beroepsgroep deze methodiek accepteert. Het gevolg is dat wij ist blijven financieren en soll als inhoudelijke zorgmaat hanteren. Dat is een rare

Anton Maes

Foto: ©NFP Photography - Pieter Magielsen

IK BEN GEEN HUISARTS GEWORDEN OM INCOURANTE ZORG TE LEVEREN. DAT GAAT TEN KOSTE VAN HET WERKPLEZIER. ALS DEZE PLANNEN DOORGAAN, IS ER EEN DIRECT RISICO TEN AANZIEN VAN DE KERNWAARDEN VAN MIJN VAK.

kronkel in het denken bij bekostiging. De goede volgorde is: het eerst eens worden over het gewenste inhoudelijke beleid, en daar dan vervolgens de financiering op afstemmen. Je kunt niet meer geld uitgeven dan je in de praktijkportemonnee hebt. Dat is een eenvoudige economische wet die iedereen in zijn privéleven kent en toepast. Op huishoudniveau weet elke huis(man/vrouw) dat. Maar in de zorg knippen we steeds vaker de directe lijn door tussen gewenste zorg en de daarvoor noodzakelijke bekostiging.'

Versnippering innovatie

Een ander punt van zorg is dat de M&I-verrichtingen (Modernisering en Innovatie) als betaaltitel komen te vervallen. 'Het mooie van M&I was nu juist dat aanvullende diagnostische hulpmiddelen letterlijk de praktijk binnengekomen waren. Die ontwikkeling stopt en wat ervoor terugkomt is onduidelijk. Het gaat deels naar de functionele bekostiging, wat inhoudt dat de verzekeraar bepaalt *wat* er gebeurt, *wie* dat gaat doen en *waar* het gebeurt. Ik ben daar niet blij mee. Als ik vind dat er aansluitend aan het consult een hartfilmpje gemaakt moet worden omdat ik mij zorgen maak over een patiënt, wil ik dat dat gebeurt in hetzelfde gebouw en niet dat mijn patiënt dan in twijfelachtige conditie op een ander tijdstip naar elders moet.'

Onduidelijk

Ook het 'meekijkconsult' in de voorgestelde vorm is twijfelachtig. 'Het idee van het meekijkconsult is natuurlijk positief: een huisarts kan zo makkelijk een medisch specialist raadplegen zonder de patiënt te hoeven verwijzen naar de tweede lijn. Maar de huisarts moet dan niet zelf de rekening uit het eigen budget hoeven te betalen, zoals nu het plan is. De financiering van het meekijkconsult van de specialist moet uit het 2e lijn's budget komen. Maar dat benoemt de NZa in haar advies nu juist niet.

Ook belangrijk: de kosten voor Avond Nacht en Weekendzorg (ANW) zijn wel onderdeel van de macro-economische berekeningen, maar niet van het 3-segmentenmodel. De NZa houdt de ANW-bekostiging buiten het advies, hoewel ze wel degelijk stelt dat de ANW-kosten onderdeel uitmaken van het macrokader. Dat is vreemd, want praktijkhouders worden wel verplicht ingeroosterd voor de huisartsenpost. 'Dat wringt. *Of* je betrekt de ANW bij de integrale huisartsenzorg *of* je doet dat niet, maar dan wil ik ook niet meer verplicht zijn om het mij toebedachte dienstrooster te draaien.'

POH

Ook de bekostiging van de POH is een punt van zorg. Nu al maakt de verzekeraar uit hoe de inzet van deze inmiddels onmisbare krachten geregeld wordt en kan de ondersteuning voor de praktijkhouder met de nieuwe wet BeZaVa (wet beperking ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vangnetters) als je pech hebt een verliespost worden. Terwijl dat nergens voor nodig is. 'Ik zou liever zien dat de praktijkondersteuners over de drie domeinen (somatiek, management en GGZ) op basis van kostprijs per uur betaald worden. Daarmee leg je de invloed waar die hoort, namelijk bij de huisarts. Als je verantwoordelijk bent voor de output, moet je ook zeggenschap hebben over de input en dus de mate van ondersteuning.' Dan moet je wel weten wat die ondersteuning per uur kost. Aangezien die informatie in het plan ontbrak, heeft Maes zelf een kostenplaatje voor de POH opgesteld. Kostprijs per uur, eenvoudiger kan het niet. In het advies aan de minister is niets over een kostprijs opgenomen. Ook een managementdeel van POH voor samenwerkende huisartsen (niet GEZ, Geïntegreerde Eerstelijnszorg) ontbreekt in het advies.

Effect

Waar de LHV met name niet over te spreken is, is dat er geen effectanalyse heeft plaatsgevonden. Dat wil zeggen dat niet is doorberekend wat de voorgestelde maatregelen betekenen voor de gemiddelde praktijk en welke consequenties dat gaat hebben. Daarnaast ontbreekt ook een haalbaarheidsanalyse. Niemand heeft kennelijk de fundamentele vraag gesteld of zoveel grote systeemwijzigingen op een kluitje eigenlijk wel haalbaar zijn. En dan is er nog de vraag of de voordelen de nadelen wel overtreffen. 'Er kleven duidelijke nadelen aan het huidige te vervangen systeem', stelt Maes. 'Neem bijvoorbeeld de grote stijging in M&I-kosten. Het moet simpeler, daar is iedereen het wel over eens. Maar wat er nu op tafel ligt is een systeem dat juist complexer is. En juist daarom zou de NZa moeten uitleggen of deze verandering wel echt een verbetering is.' Maar ook de NZa zelf twijfelt in haar advies of het tijdpad richting de nieuwe bekostiging voor 2015 wel haalbaar is.

'Zolang de klant niet zelf mag afrekenen, is marktwerking in de zorg een illusie.' CHARLOTTE KINGMA, Rijksuniversiteit Groningen (2011)

Kernwaarden

De inzet van de NZa was een 'toekomstbestendige bekostiging, ondersteunend en stimulerend in het verstevigen van de eerste lijn'. Ademt het consultatie-advies die inzet uit? De koepelorganisaties van artsen vinden duidelijk van niet, gezien hun pleidooi voor uitstel en aanpassing van het conceptplan. En hoewel Maes allerlei diplomatieke slagen om de arm houdt, is wel duidelijk dat hij zelf ook niet overloopt van enthousiasme. 'Er is nog veel onduidelijk, maar een ding weten we wel: als het zorgaanbod verschraalt, zal de patiënt de dupe zijn en de zorgaanbieder zelf ook. Als de patiënt niet de zorg krijgt die hij nodig heeft en jij bent als dokter verantwoordelijk, dan voelt dat niet goed. In ben geen huisarts geworden om incourante zorg te leveren. Dat gaat ten koste van het werkplezier. Als deze plannen doorgaan, is er een direct risico ten aanzien van de kernwaarden van mijn vak. Voor collega's die aan het eind van hun carrière zitten, zou daarom de datum van 1 januari 2015 wel een mooie datum zijn om te stoppen. Want ook in 2006 was er, net als beoogd in 2015, tegelijkertijd een stelselwijziging en een nieuwe bekostiging. En die combinatie werd een chaos. Maar misschien zie ik het allemaal wel veel te somber en wordt de nieuwe bekostiging een eclatant succes voor alle partijen.' •

DE FEITEN

Per 1 januari 2015 gaat de bekostiging van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg veranderen. De NZa heeft de minister daarover inmiddels van advies gediend. De NZa heeft de afgelopen tijd een consultatieronde gehouden in het land. Diverse koepelorganisaties, waaronder VPHuisartsen, hebben gereageerd op het conceptadvies. Het bekostigingssysteem is een herverdeling van de zorggelden in de eerste lijn, de multidisciplinaire keten (zorggroepen) en de gezondheidscentra. In dit model wordt de taart verdeeld over 3 segmenten:

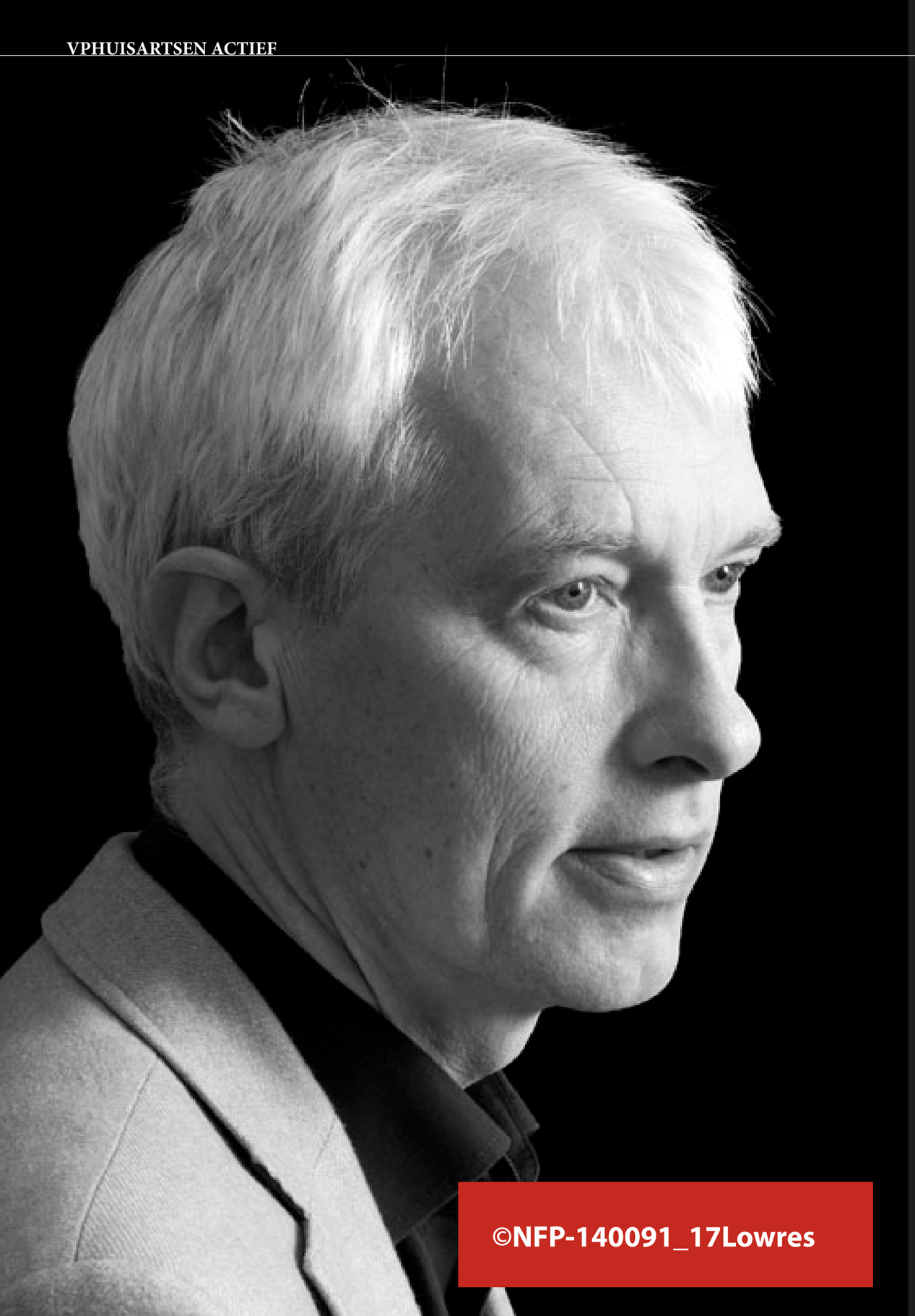
- **S1 basisvoorziening huisartsenzorg**
- **S2 programmatische multidisciplinaire zorg**
- **S3 prestatiesegment (belonen gezondheidsuitkomsten en vernieuwing)**

S3 biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om beloningsafspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten en om vernieuwing te stimuleren. Enkele gebieden waarop de huisarts kan 'scoren': doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid en e-health. Wat betreft de financiering kent S1 een gecombineerd systeem van consulten en inschrijftarieven tot 2017, terwijl in S2 en S3 vrije tarieven gelden en er op onderdelen sprake is van prestatiebeloning.

De verschillende beroepsorganisaties waren unaniem in hun oordeel: gezien de vele onduidelijkheden en zorgwekkende elementen in het plan, en het feit dat de basiszorg (S1) de sluitpost dreigt te worden voor overschrijdingen in S2 en S3, pleitten zij unaniem voor uitstel en een andere invulling van het model.

'Het leven in de zorg is tegenwoordig geven en genomen worden. JONAS VAN DE LANDE, Universiteit Utrecht (2013).'

Foto: ©NFP Photography - Pieter Magielsen



Peter Staal

LEEFTIJD:
54

HUISARTS IN:
Tilburg

HUISARTS SINDS:
1991

'Toen ik 23 jaar geleden huisarts werd, had ik een beeld van hoe ik dat vak uit wilde oefenen. De belangrijkste kernwaarde is voor mij dat ik er echt voor mijn patiënten kan zijn en dat zij de zorg krijgen waar ze zich goed bij voelen.
Dat komt helaas steeds meer op de tocht te staan. De tendens is al jaren dat de huisarts vooral wetenschappelijk te werk moet gaan. Als dat de standaard is, maakt het niet uit wie de patiënt tegenover zich krijgt. Dus ziet de patiënt in grote gezondheidscentra de ene keer huisarts A, dan weer B en dan C. Maar dat sluit niet aan bij de behoefte van de patiënt aan, een dokter als iemand van vlees en bloed, die de geneeskunde voor hem moet waarmaken. En het is ook niet goed voor de betrokkenheid en het verantwoordelijkheidsgevoel van huisartsen.
Ik ben lid geworden van de VPH omdat die club dit soort dingen aan de kaak stelt en zich hard maakt voor de kernwaarden van mijn vak. De VPH haalt vaak de kastanjes uit het vuur waar je dat van anderen zou verwachten. De LHV kiest altijd de diplomatieke weg. Dat heeft goede kanten, maar zorgt er ook voor dat mijn belangen als praktijkhouder nogal eens overschaduwd worden, waardoor ik het soms flink benauwd krijg. Als ik het gevoel heb dat ik inwisselbaar ben of dat mijn consult maar 9 euro waard is, dan kan ik niet die dokter zijn die ik wil zijn. En juist dat waardeer ik van de VPH: dat zij kritisch naar dat soort dingen kijken en ze duidelijk benoemen. Wij gaan als huisartsen te makkelijk voor de inhoudelijke, kwalitatieve kant van ons vak en vergeten dat die doodbloedt als je er geen waarborghekjes omheen zet. De VPH streeft naar heldere afspraken die onze kernwaarden borgen. Het is de eerste club die ik ook een keer "Nee!" hoor zeggen. Of die zegt: "Dat willen we wel doen, mits..." dat vind ik heel verfrissend.'

Anton Maes

Huisartsen willen innoveren, maar niet ten koste van de basiszorg

Waar meer moet gebeuren met minder geld is innovatie een must. Een creatieve blik kan helpen om werkzaamheden beter en slimmer te organiseren. Maar wie gaat dat betalen? Het nieuwe bekostigingsstelsel is buitengewoon vaag over de invulling van innovatie. Gaat het ten koste van de basiszorg of is er juist ruimte voor extra inspanningen?

Tekst: Petra Pronk • Foto's: ©NFP Photography - Pieter Magielsen

Anton Maes, huisarts te Dieren

De budgettaire ruimte voor groei van de huisartsenzorg is beperkt: 1,5 procent en bij bewezen substitutie 2,5 procent Dat is minder dan de reguliere groei van 3,4 procent die er al is vanaf het begin van de Zorgverzekeringswet. Waarmee Maes maar wil zeggen: waar zit eigenlijk de ruimte voor innovatie

Maes wil best innoveren, maar vindt het klimaat bepaald niet gunstig. 'M&I (modernisering en innovatie) wordt in de huidige vorm afgeschaft en wat daarvoor in de plaats komt is nog onduidelijk. En wat gebeurt er als de tarieven en regelingen worden bijgesteld? Onze bovenmodale groei (>1.5 procent) is namelijk afhankelijk van het effect van de zorginkoop in de tweede lijn. Dat effect is iets waar wij geen invloed op hebben, maar we zijn wél risicodrager als het niet goed uitpakt. Dat knelt en maakt het voor huisartsen erg lastig om duurzaam en met vertrouwen te investeren.'

In de nieuwe bekostigingsstructuur moet de innovatie komen uit S3 (zie het kader op pagina 9 voor de toelichting segmenten). De vraag is echter of dat ook echt gaat gebeuren. Maes vreest dat een overschrijding van het budget S2 en S3 teruggehaald gaat worden uit S1. Waarmee het dus ten koste gaat van onze basiszorg. 'Dat is niet acceptabel. Huisartsen willen best nieuwe dingen opzetten, maar niet als dat leidt tot korting op hun meest wezenlijke taken.'

Er hangt bij gewoon doorwerken dus al een zwaard van Damocles boven de markt en de kans dat dat gaat vallen is volgens Maes opnieuw niet ondenkbeeldig. 'Het ministerie heeft in het verleden duidelijk gemaakt dat het niet zal schromen de basiszorg te korten als dat nodig wordt geacht voor het nationale budget. Dat is in 2003 (efficiency korting), 2009 (geen indexatie)en 2012 ook daadwerkelijk gebeurd. De korting van 98 miljoen euro in 2012 ligt nog vers in het geheugen, en het baart mij zorgen dat dat optreden in dit NZa

advies niet als perversiteit is neergezet. Sterker nog, het staat zwart op wit dat dat om politieke redenen opnieuw kan gaan gebeuren.'

Topzorg

Afgezien van de financiering is Anton Maes ook niet te spreken over de inhoud van het begrip innovatie dat de NZa hanteert. Innovatie zou in zijn optiek niet gezocht moeten worden in zaken als uitkomsten belonen, doorverwijzen, doelmatig voorschrijven en een goede bereikbaarheid. Dat zijn dingen waarmee verzekeraars grip proberen te krijgen op processen van bekostigen, maar dat is niet waar het om zou moeten draaien. Werkelijke innovatie hoort plaats te vinden in S1. 'De grootste innovatie voor mij als huisarts zou zijn dat ik de basiszorg kwalitatief goed draaiend kan houden en een fatsoenlijk spreekuur kan houden. Dat is inmiddels namelijk echt een uitdaging. In deze tijd is het state of the art uitvoeren van een spreekuur eigenlijk topzorg geworden. Daarin zitten de kernwaarden van het huisartsenvak en dat is het gebied waar de meeste winst valt te behalen in termen van goede zorg, dus het is logisch dat innovatie gericht is op het optimaliseren van die basiszorg.'

Praktijkondersteuning

Zijn grootste innovatiewens: een goed organisatiemodel voor de praktijk. 'Een goede inrichting van de basiszorg is cruciaal. Dat is ons fundament. Je kunt een mooie tweede en derde verdieping hebben, maar als het fundament niet goed in elkaar zit stort het gebouw echt in. Je kunt pas de stap maken naar multidisciplinair werken als je alles in S1 goed voor elkaar hebt. Als je de praktijkondersteuning structureel kunt verbeteren, praat je bij substitutie over dingen die echt gewicht in de schaal leggen. Daar zouden de inspanningen wat mij betreft op gericht moeten zijn en daar hoort dus ook de innovatieruimte te zitten.'

Inkoop

Daarnaast is er volgens Maes veel winst te behalen met een ander inkoopmodel. Die innovatie ligt op het bord van de verzekeraars. 'Het inkoopmodel is momenteel met de versnippering de 'missing link'. Er zijn convenanten afgesloten voor de 1e en 2e lijn en de GGZ apart. Dat is niet logisch. Substitutie kan alleen plaatsvinden bij een integraal beleid met (terug)verwijsdrempels tussen 0e, 1e en 2e lijn. Als ik een dag op de stoel van de minister zou zitten, zou ik eenjarige contracten afschaffen en de inkoop van de eerste en tweede lijn serieel maken. Als je meer in de eerste lijn wilt oplossen, moet je dat ook faciliteren. Dat betekent: de eerste lijn capabel maken en het organisatiemodel aanpassen. Helaas stelt de NZa in haar advies over de bekostiging geen eisen aan de verzekeraar over deze inkooprol. Zolang de voorkeur van de patiënt voor zorg in de tweede lijn bij niet-medische noodzaak beloond wordt, houden we een systeem dat vatbaar is voor de verkeerde prikkels. Daarom moeten patiëntorganisaties ook bij de inkoop worden betrokken. Om de macrokosten te beheersen moest je het probleem zowel aan de vraagkant, als aan de aanbodkant en de inkoopkant aanpakken. Dat kan door alle drie de partijen bij het beleid te betrekken en vervolgens de afspraken vast te leggen in een polis (ZV- patient), in een zorgcontract (HA-ZV) en in de spreekkamer (HA-patiënt). Dan kan het nooit gebeuren dat de kosten van een zelfverwijzer naar de tweede lijn ook betaald worden, als dat niet medisch noodzakelijk is. Maar daar is politieke moed voor nodig...

@dupoire: #Ziektekostenverzekeraar bepaalt vanaf dit jaar hoe vaak een #diabeet zijn glucose mag meten. Dacht dat de patiënt dit iom huisarts deed ??

Marieke Pronk, senior inkoper Achmea

Er komt veel op huisartsen af. Zaken als de extramuralisering van GGZ en AWBZ, de vergrijzing en toename van chronisch zieken brengen veel extra werk met zich mee. En juist daarom is er nieuwe bekostiging nodig. Een nieuw systeem dat huisartsen prikkelt tot innovaties en meer samenwerking kan helpen om de zo noodzakelijke basiszorg overeind te houden, stelt Marieke Pronk. 'De basiszorg is ook voor verzekeraars essentieel. Die mag nooit op de tocht komen te staan'. Maar zij ziet het toch wat minder zwart-wit dan Anton Maes. 'Innovatie hoeft niet altijd geld te kosten. Innovatie die is gericht op een betere organisatie en meer samenwerking kan juist helpen om de basiszorg overeind houden.'

Marieke Pronk is niet zonder meer positief over het NZa-advies. 'De doelstelling voor de nieuwe bekostiging was om de druk op de eerste lijn op te vangen en op de lange termijn de zo belangrijke basiszorg overeind te houden, maar de invulling daarvan in dit advies sluit daar nog niet overal op aan. Het lijkt erop dat de NZa voor de overgangsperiode gewoon het huidige systeem als uitgangspunt heeft genomen en alles wat daarin zit heeft vertaald naar de 3 segmenten. Dat dient uiteindelijk het doel niet.' Ook mist ze op onderdelen duidelijkheid in het advies. 'Huisartsen hebben een stabiele basis nodig om hun vak uit te oefenen en te innoveren. Je moet weten waar je aan toe bent en wat de inkomsten zijn, zodat je je niet aan het eind van elk jaar hoeft af te vragen of je je personeel wel kunt betalen', vindt ze.

Marieke Pronk

Gesprek aangaan

Uiteindelijk biedt het advies van de NZa wel ruimte voor innovatie, maar daarvoor moeten huisartsen en zorgverzekeraars wel in gesprek gaan.

'Wij staan als zorgverzekeraars altijd op 1-0 achterstand. We hebben de naam dat we huisartsen laten tekenen bij het kruisje, terwijl huisartsen met ons in onderhandeling willen. Ik snap dat dat beeld bestaat. Bij gebrek aan beter hebben wij in het verleden afspraken meer gericht op het proces. Daarbij: onderhandelen met 3000 huisartsen is niet uitvoerbaar. Beter zou het zijn om regionaal afspraken te kunnen maken. Huisartsen en verzekeraars staan voor dezelfde zaak: goede zorg voor de patiënten van de huisartsen, dus onze verzekerden. We zijn bondgenoten, geen vijanden. We willen graag met de regio's in gesprek om te kijken hoe we de ruimte voor innovatie het beste in kunnen vullen. Dat is nog best lastig, omdat een regionale gesprekspartner nog niet echt bestaat.' Om te voorkomen dat de ruimte voor innovatie ten koste gaat van de basiszorg, is het volgens Pronk ondermeer belangrijk zo snel mogelijk de Substitutiemonitor in het leven te roepen.

Ruimte

Er is dus wel degelijk ruimte voor innovatie, maar dan moeten huisartsen wel zelf in actie komen, benadrukt Pronk. 'Bekostiging is niet meer dan een middel om ergens te komen. Ons doel is: goede zorg voor onze verzekerden. Het gesprek moet dus eerst gaan over de inhoud en dan pas over geld. Dat gesprek willen wij graag voeren. Om uit te maken wat goede zorg is, moeten we naar elkaar luisteren, elkaar begrijpen en financiële rust creëren door langetermijnafspraken te maken binnen eenvoudige en logische kaders. Meer samenwerken is daarbij een must. Waarom zou iedereen dezelfde dingen doen of dezelfde dure apparaten in huis moeten hebben? Er valt nog veel te winnen als huisartsen bereid zijn om te kijken hoe ze hun werk anders kunnen organiseren door in de buurt het werk onderling beter te verdelen onder de professionals overeenkomstig hun interesses en specialisaties.'

Bereikbaarheid

Innovatie moet in dienst staan van goede zorg. Daarvoor is ook innovatie in de basiszorg nodig is, dat is iets anders dan innovatie ten koste van de basiszorg, zoals huisarts Maes stelt. Goede uitkomsten van reguliere (basis)zorg of programmatische zorg worden beloond in S3. De vier speerpunten die in het akkoord genoemd worden zoals goed voorschrijven en doorverwijzen zijn belangrijk. 'Het optimaliseren van zaken als bereikbaarheid is daarbij ook van belang, zodat mensen niet onnodig naar de SEH of HAP gaan. Zolang we in het meten van de resultaten, maar niet doorschieten. Lijstjes en procesvoorwaarden brengen goede zorg niet per definitie dichterbij. We moeten kijken waar we grote slagen kunnen maken, verbeteringen kunnen doorvoeren en daar als volwassen partners afspraken over maken. Dit advies is ook een grote kans om samen die stap te maken.'

Als het gaat over het belang van integrale inkoopafspraken is Pronk het helemaal met Maes eens. Integraal inkoopbeleid heeft de toekomst. Ook wat dat betreft zou ze Maes graag een dag op de stoel van de minister willen zien zitten. 'Om goede afspraken te kunnen maken tussen alle partijen zou overigens wel de organisatiegraad van de eerste lijn omhoog moeten'.

'INNOVATIE DIE IS GERICHT OP EEN BETERE ORGANISATIE EN MEER SAMENWERKING KAN JUIST HELPEN OM DE BASISZORG OVEREIND TE HOUDEN.'

'Zelfverwijzing'

Wat betreft het verschijnsel van 'zelfverwijzing' zegt Pronk: 'Er is een prikkel bij de patiënt om naar de huisarts te gaan: het eigen risico. Of dat het gewenste effect heeft kan je je afvragen, maar ik ben het niet met Maes eens dat er een beloning is voor verzekerden om naar de tweedelijn te gaan. Uiteindelijk gaat het erom dat de verzekerde de beste zorg krijgt. Dat is in veel gevallen gewoon bij de huisarts en dat is ook de aangewezen persoon om samen met zijn patiënt uit te maken wat "de beste zorg" precies is. Patiëntenorganisaties meer bij het beleid betrekken doen we nu ook al, en dat staat ook wel weer eens op gespannen voet met de wensen van de huisarts. Zo blijkt uit onderzoek dat patiënten een goede bereikbaarheid van de huisarts essentieel vinden, terwijl de praktijkhouder soms toch nog een bandje opzet dat er na tienen niet meer kan worden gebeld. Maar als we goed naar elkaar luisteren komen we daar zeker uit.' •

Nieuw ziektebeeld:

Overmatige Levens Complexiteit

MedZ standaard MO1

Tekst: Renske van Goor

Geachte collegae,

Onlangs werden wij attent gemaakt op een nieuw ziektebeeld. Het betreft een in de DSM6 beschreven beeld van OLC, Overmatige Levens Complexiteit. Het komt met name voor bij jonge dokters, waarbij vrouwen meer risico lopen. Die willen namelijk alles uit het leven halen. Het kernsymptoom is dan ook *time-deficiency*. Veel dokters lijden aan het ziektebeeld. Er is inmiddels zelfs sprake van een kleine maar epidemiologisch duidelijk waarneembare epidemie. En aangezien de meeste collegae de tijd en ruimte niet vinden voor een gedegen cursus *rebirthing*, Afrikaans trommelen of klankschaal-therapie leek het *MedZ*, nodig u een handje te helpen.

Zodra wat voor klachten dan ook vaker voorkomen is, zoals u weet, het maken van een protocol of richtlijn aangewezen. Daarom hebben we besloten u een leidraad te verschaffen om het handelen van de huisarts, die in de behandeling van OLC een centrale rol vervult, te vergemakkelijken. Bij deze eerste *MedZ* standaard is het belangrijk te onderkennen dat waar mogelijk het beleid in samenspraak met de patiënt wordt vastgesteld en dat rekening wordt gehouden met diens specifieke omstandigheden en erkenning van diens eigenaardigheden, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is. •

Overmatige Levens Complexiteit *MedZ*-standaard (samenvatting) M01

Begrippen

- Overmatige levens Complexiteit (OLC): levenspatroon dat leidt tot lichamelijke klachten, psychische of sociale problemen
- Onthoudingsverschijnselen bij plotselinge vermindering of beëindiging van OLC: slaapproblemen, prikkelbaarheid, angst, hoofdpijn, maagdarmproblemen, hypertensie en tremoren

Richtlijnen Diagnostiek

Anamnese

Vraag naar: indirecte signalen van Overmatige Levens Complexiteit: algeheel tijdgebrek staat voorop.
Verder: slaapstoornissen, gejaagdheid, migraine, moeheid, trillen, overmatig transpireren, gebrekkige zelfreflectie en beperkt introspectief vermogen. Let op: hartkloppingen en anuskramp.

Aanvullend onderzoek

Medz-score

1 kind	+3
2 kinderen	+4
3 kinderen	+5
1 baan	+2
2 banen	+4
3 banen	+6
Huis verbouwen	+2
Huisman/vrouw thuis	-4
Zorg voor ziek familielid	+2
Vrouwelijk geslacht	+3
Oppasoma/opa beschikbaar	-2
Doorslapende kinderen	-1
Bestuurswerk	+2

Evaluatie

Stel de diagnose OLC bij een combinatie van algeheel tijdgebrek, een *Medz*-score van 8 of hoger en minimaal twee lichamelijke verschijnselen passend bij OLC.

Beleid

Voorlichting

Informeer de patiënt over risico's en het verband tussen zijn klachten en overmatige levenscomplexiteit.
Stadia van gedragsverandering:

1. Voor-bewustwording. Patiënt is zich niet bewust van het problematisch karakter van zijn overmatige levens complexiteit en niet gemotiveerd. Beleid huisarts: twijfel wekken of laten rusten.
2. Bewustwording. Patiënt kent voor- en nadelen van zijn levenscomplexiteit, is ambivalent over gedragsverandering. Beleid: bespreek redenen om gedrag al dan niet te veranderen.
3. Actie. Patiënt vermindert zijn levenscomplexiteit. Adviseer een levenstakenagenda bij te houden.
4. Terugval. Patiënt vervalt in oude overmatige levenscomplexiteit. Bespreek terugval en oorzaken zonder veroordeling.

Verwijzing/consultatie

- Bij mislukken van begeleiding in de huisartsenpraktijk of een *Medz*-score >10 verwijzen naar OLC-poli

‘Voor wie wordt het LSP eigenlijk opgetuigd?

Interview met Inez de Vries, huisarts in Groningen

‘Volkomen absurd’, noemt de Groningse huisarts Inez de Vries, de plannen voor het LSP. Een systeem waarbij het medisch beroepsgeheim op de tocht staat, is voor haar niet bespreekbaar. ‘Als je dat niet kunt waarborgen, ben je nergens meer’

Tekst: Herman Suichies • Foto’s: @NFP Photography - Marijn van Rij

Inez de Vries

‘Het LSP is een rijdende trein die niet meer lijkt te stoppen. Maar in de praktijk van Inez de Vries varen de huisartsen hun eigen koers, want op het systeem dat nu wordt opgetuigd, zit volgens haar niemand te wachten. ‘Het LSP is van bovenaf bedacht. Daar zijn geen artsen aan te pas gekomen. Wij hebben er geen behoefte aan en onze patiënten ook niet. Wij krijgen zelfs veel nieuwe patiënten die speciaal naar ons toekomen, omdat ze weten dat wij tegen het LSP zijn.’ De mogelijke baten wegen wat haar betreft niet op tegen de risico’s van het aantasten van het beroepsgeheim. ‘Ik merk nu al een angst bij patiënten dat iedereen zomaar in hun dossier kan kijken, en die angst is helaas terecht.’

De argumenten om het medische journaal voor iedereen open te stellen snijden volgens haar geen hout. ‘Het is voor een dermatoloog helemaal niet relevant om te weten dat iemand een psychiatrische voorgeschiedenis heeft, en je kunt als arts in een noodtoestand patiënten best helpen zonder inzicht in het medische journaal. Daar zijn we in getraind en als iemand bewusteloos binnenkomt heb je sowieso geen tijd om het dossier te lezen, dus wat is dan de meerwaarde? De vraag is dan ook: voor wie wordt dat LSP eigenlijk opgetuigd? Er is een kleine groep mensen die veel geld verdient aan het LSP, en dat op basis van argumenten die niet valide zijn. Dat is een slechte zaak.’

@Privacy Baro Beuving (PvdA,CBP): ‘De juridische basis voor het uitwisselen van gegevens is bijzonder complex. Daar moeten straks de ambtenaren mee werken.’

Irrelevant

Een landelijk systeem is nergens voor nodig, stelt De Vries. Zo werkt ze in haar eigen praktijk al jaren met de meest eenvoudige vorm van uitwisseling van gegevens, op kleine schaal en tegen verwaarloosbare kosten. ‘Wij hanteren al jaren de stelregel dat het dossier van de patiënt is. Niet van de arts, niet van een ander die in de gezondheidszorg werkt, maar van de patiënt. Patiënten die dat willen kunnen hun dossier meekrijgen op een kaartje of een usb-stick, bijvoorbeeld bij vakantie in het buitenland. De meeste patiënten hebben er geen behoefte aan, maar voor de enkeling die het wel wil, is dit een makkelijke en zeer goedkope oplossing.’

Achterhaald

En als er dan toch een landelijk systeem moet komen, dan graag een systeem dat niet al voor de implementatie achterhaald is, zoals het LSP. ‘Het LSP is tien jaar geleden bedacht, maar de ontwikkelingen gaan zo snel dat het nu al achter de feiten aanloopt. Het is tegenwoordig mogelijk om op je smartphone medische informatie bij je te dragen, die overgebracht kan worden naar de computer van de arts. Ik heb zelfs al gehoord van cardiologen die mensen bewaken via hun eigen smartphone. Om nu aan de slag te gaan met een verouderd systeem is volkomen absurd.’

Het feit dat een Amerikaans bedrijf tekende voor de techniek van het LSP maakt het er niet echt beter op. ‘Amerikaanse bedrijven zijn onderworpen aan de Patriot Act, wat inhoudt dat ze verplicht zijn alle informatie te leveren die de overheid vraagt. Dat is in het licht van de recente afluisterschandalen weinig vertrouwenwekkend. Dat risico moet je niet willen lopen.’

Onnodig

Een ander bezwaar tegen het optuigen van het LSP is dat het onnodig is, omdat er al een infrastructuur bestaat die zich leent voor het uitwisselen van gegevens, namelijk het systeem dat op grote schaal gebruikt wordt om declaraties in te dienen bij de zorgverzekeraars. Dit systeem, VeCoZo (Veilig Communiceren in de Zorg), is aantoonbaar veilig en maakt het mogelijk om per keer informatie te autoriseren. Daarmee zijn belangrijke knelpunten van het LSP getackeld. Er is veel meer mogelijk dan waar nu over gepraat wordt, maar op de een of andere manier hebben de beleidsmakers zich vastgebeten in het LSP. Het zou logisch zijn om de bestaande infrastructuur van VeCoZo als basis te gebruiken, aangezien huisartsen dit al volop gebruiken voor het versturen van declaraties. Met een aantal aanpassingen is het systeem zodanig uit te breiden dat het ook mogelijk wordt om op een veilige manier medische gegevens tussen zorgverleners uit te wisselen.

Als de wil er is kan er binnen een maand een eenvoudig en goedkoop alternatief voor het LSP zijn, stelt De Vries. De huisartsen van haar praktijk willen er graag aan meewerken om die vorm te gaan geven in een pilotproject, getrokken door de VPH. ‘Met het systeem dat wij voorstaan zouden we binnen een paar maanden een veilige uitwisseling van medische gegevens kunnen realiseren. En dat binnen een systeem waar iedereen zich in zou kunnen vinden.’ •

VPHUISARTSEN TEGEN LSP

VPHuisartsen is tegen het LSP vanwege de schending van de privacy van patiënten en het beroepsgeheim van (huis)artsen. De vereniging heeft daarom de Vereniging Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie (VZVZ), verantwoordelijk voor het LSP, gedagvaard en de rechter gevraagd te verklaren dat VZVZ met het invoeren van het LSP, onrechtmatig handelt, omdat het in strijd is met art.8 EVRM, Wet bescherming persoonsgegevens, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en/of met het beroepsgeheim van artsen.
De rechtszaak loopt nog, hierover in komende edities van *Medz* meer.
In een reeks van vier interviews met huisartsen laat VPHuisartsen zien wat de bezwaren tegen het LSP zijn. De eerste drie interviews zijn gepubliceerd op de site www.vphuisartsen.nl. Dit is het laatste interview uit deze serie.

Foto's: ©NFP Photography - Pieter Magielsen

©nfp-140103_14Lowres
©nfp-140103_49Lowres
©nfp-140103_73Lowres
©nfp-140103_19Lowres
©nfp-140103_23Lowres
©nfp-140103_26Lowres

Huisartsenpraktijk R.D. Westerbeek en H.Tan-Koning

PLAATS: Giethoorn
AANTAL INWONERS: ruim 2600
AANTAL PATIËNTEN: bijna 3000
AANTAL HUISARTSEN: 2
ANDERE MEDEWERKERS: 1 POHSomatiek, 1POH GGZ, 2 apothekersassistentes, 2 doktersassistentes
TYPEREND VOOR DE PRAKTIJK: plattelandspraktijk, een uitgestrekt werkgebied met veel water en bijbehorende bereikbaarheidsperikelen, veel ouderen, apotheekhoudend

Huisarts Hanneke Tan over haar praktijk in Giethoorn: 'In een dorp als Giethoorn leven mensen erg met elkaar mee. Een sterfgeval heeft hier een grotere impact dan in een stad. Het is belangrijk dat je als dokter dicht bij de mensen staat en betrokken bent bij de plaatselijke gemeenschap, zodat je weet wat er speelt. Daarom wonen we allebei in het dorp en doen we volop mee aan het verenigingsleven. Zo pik je veel op. Die betrokkenheid uit zich bijvoorbeeld ook in het feit dat we allebei in onze spreekkamer kunst hebben hangen van plaatselijke kunstenaars. Mijn collega heeft een beeld en potten en ik heb een schilderij. Voorop staat dat ik het wel mooi moet vinden, maar als dat zo is, vind ik het heel logisch om dorpsgenoten ook op deze manier te steunen. Zo laten we zien dat we het belangrijk vinden wat er in het dorp gebeurt, en dat je dat moet koesteren. En het levert ook leuke gesprekken op in de spreekkamer.

In de praktijk willen we vooral warmte en gezelligheid uitstralen. Toen we op zoek gingen naar een nieuwe vloer kwamen we, onafhankelijk van elkaar, op precies hetzelfde uit: een warme gele vloer en in het midden van de gang een rode loper. Dat nodigt heel erg uit om binnen te komen, en die kleuren hebben we in alles doorgevoerd. Hoewel we heel verschillend zijn, hebben we kennelijk dezelfde ideeën over waar we voor staan en wat we uit willen stralen. En dat komt over. Mensen vinden het echt gezellig hier. We zetten nog net geen koffiezetapparaat neer, anders gaan ze helemaal niet meer weg.' •

Verantwoordelijk voor zieke ex-werknemer

Nieuwe wetgeving: niet leuk, maar wel belangrijk!

Ziekteverzuim is niet leuk en de wet BeZaVa al helemaal niet. 'Hoe maak ik ziekteverzuim nou leuk voor de praktijk?' Het is weer iets wat de huisarts er 'even' bij moet doen. Maar als het niet goed gebeurt kan het grote gevolgen hebben voor de praktijk. U bent bijvoorbeeld soms ook na uitdiensttreding nog financieel verantwoordelijk voor de zieke medewerker.

Tekst: Bianca Semmekrot, praktijkmanager Medichain

In dit artikel is op een rij gezet wat de gevolgen van de nieuwe wet BeZaVa zijn. Wat dit voor u als praktijkeigenaar betekent. Waarom een goed verzuimbeleid belangrijk is en vooral hoe u dit in de praktijk kunt uitvoeren.

Verantwoordelijk voor zieke (ex-)werknemers!

Bij ziekteverzuimbeleid denkt u in eerste instantie aan uw huidige medewerkers. Hoe voorkom ik ziekteverzuim en welke stappen moeten we ondernemen als ze ziek zijn. Met de nieuwe wet BeZaVa bent u als praktijkeigenaar per 1 januari 2014 ook verantwoordelijk voor uw ex-werknemers. Indien uw werknemer ziek uit dienst gaat of binnen 4 weken na uitdiensttreding ziek wordt en geen nieuwe werkgever heeft of uitkering ontvangt, bent u financieel verantwoordelijk. De ziektewet uitkering (ZW) wordt aan u doorbelast.

Werknemers die vanuit een tijdelijk dienstverband in de ZW komen, worden vangnetters genoemd. Vangnetters worden relatief vaak arbeidsongeschikt. Zij zorgen voor ongeveer 50 procent van de totale WGA-instroom (Regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten). Een belangrijke oorzaak is dat vangnetters geen werkgever meer hebben. Ze zijn voor hun re-integratie aangewezen op het UWV. En dat werkt minder effectief dan re-integratie bij werkgever met verzuimbegeleiding vanuit arbodienst en verzuimverzekeraar.

De wetgever beoogt met de nieuwe wet, die beter bekend staat als Modernisering Ziektewet', niet alleen de werkhervatting van zieke werknemers zonder werkgever te stimuleren. Ook wil men hiermee het langdurig ziekteverzuim terugdringen. Misbruik van de ZW wordt hiermee tegengegaan. De wetgeving heeft invloed op de loondoorbetalingverplichting en de WGA premie. De gevolgen voor de WGA-premie gelden niet voor kleine werkgevers met een loonsom van minder dan 307.000,00 euro. Omdat de meeste huisartsenpraktijken hieronder zitten wordt er in dit artikel niet verder op ingegaan. Komt u wel boven deze loonsom dan is de aanpak die hier wordt besproken hetzelfde en is het belang van zelf de re-integratie uitvoeren ook groot.

Om welke ex-werknemers gaat het nu?

De zieke medewerker van wie het dienstverband voor bepaalde tijd van rechtswege afloopt of van wie het dienstverband voor onbepaalde tijd wordt beëindigd (bv door reorganisatie of vanwege bedrijfeconomische redenen) en een beroep toekomt op de ZW, valt onder de 'Modernisering Ziektewet'. Daarnaast dus ook de ex-werknemer die binnen 4 weken ziek wordt en geen andere werkgever of uitkering heeft. Voor deze groepen geldt in principe voor u als praktijkeigenaar een loondoorbetalingverplichting gedurende twee jaar.

In de praktijk

Vier zaken zijn van belang:

1. Goed contact met uw (ex)medewerker
2. Nagaan wat uw verzuim- en WGA-verzekering dekt
3. Aanpassen arbeidsovereenkomst
   inzake meewerken re-integratie
   na dienstverband
4. Actief ziekteverzuimbeleid

In eerder genoemd voorbeeld kunt u er voor kiezen om het contract toch nog iets te verlengen. Een medewerker in loondienst is altijd beter te re-integreren dan iemand die niet meer bij u in dienst is. Indien u er toch voor kiest om het contract te beëindigen is het belangrijk dat u goed contact houdt met uw ex-medewerker en duidelijke afspraken maakt over re-integratie. Het is aan te raden u hierbij te laten bijstaan door uw arbodienst, verzuimverzekeraar of een verzuimbegeleider. Heeft u een verzuimverzekering dan is het verstandig dat u nagaat of ex-medewerkers ook meeverzekerd zijn.

@renes: Heeft u al een brief ontvangen van het #UWV over uw werknemers die ziek uit dienst zijn getreden ivm wet #BeZaVa? #Advies = goed controleren

WIE DOET WAT BIJ ZIEKTEVERZUIM

Wie doet nu wat bij ziekteverzuim? Wat is de rol van de werkgever, werknemer, de casemanager, de arbeidsdeskundige, het re-integratiebedrijf en de bedrijfsarts?

- De werkgever is verplicht te voldoen aan de eisen van de Wet Verbetering Poortwachter. Op vaste data moeten bepaalde stappen zijn genomen. Te laat een probleemanalyse, plan van aanpak of tussentijdse re-integratiegesprekken kunnen leiden tot een loonsanctie van het UWV.
- Wacht niet af wat de bedrijfsarts doet, maar hou zelf controle, mogelijk in samenwerking met uw verzuimverzekering of verzuimexpert.
- De werkgever is verplicht om passende arbeid aan te bieden en actief te werken aan re-integratie. Als terugkeer in eigen werk niet mogelijk is moet de werkgever de medewerker helpen een passende functie bij een andere werkgever te vinden. Er is minimaal een contract met een geregistreerd bedrijfsarts verplicht.
- Probeer vanaf de dag van de ziekmelding goed in contact te blijven met uw medewerker. Uitgangspunt hierbij is wat de werknemer wel kan doen. Belangrijk is dat de werknemer niet te lang weg is van de werkvloer. Ook niet als iemand overspannen of burn-out is.
- De werknemer is verplicht passende arbeid te aanvaarden, ook als dat maar voor even is. Ook wordt er van de werknemer verwacht dat hij de vereiste re-integratie inspanningen levert.
- De bedrijfsarts is toch vooral de medicus, die als kerncompetentie de relatie arbeid en gezondheid heeft. Hij is degene die vaststelt wat de objectieve belastbaarheid is en hoe de prognose voor herstel er uitziet.
- Het UWV beoordeelt of aan alle plichten is voldoen en of uitkering gerechtvaardigd is.
- De arbeidsdeskundige stelt vast of iemand nog kan terugkeren in eigen werk of dat gezocht moet worden naar passend werk bij een andere werkgever (tweede spoor).
- De casemanager kan prima de regie voeren op het proces en de benodigde stappen bewaken. Deze verzuimexpert kan u als praktijkeigenaar ondersteunen in het moeilijke proces van verzuimbegeleiding.
- Veel verzuimverzekeraars hebben een casemanager, maar u kunt het ook zelf via een verzuimexpert regelen.

Ditzelfde geldt voor de gevolgen van een eventuele WGA-verzekering. Daarnaast moet in de arbeidsovereenkomst (en eventuele beëindigingovereenkomst) van de medewerker worden opgenomen dat men ook na beëindig van het contract, bij ziekte onder voorwaarden, dit moet melden en moet mee werken aan re-integratie. LHV heeft mij verzekerd dat ze dit meenemen in de onderhandeling van de cao Huisartsenpraktijken. Het is nu dus nog niet in de standaard cao-overeenkomst opgenomen. Het is vooralsnog juridisch moeilijk om een afspraak te maken met iemand waarmee je geen overeenkomst meer hebt. Het is dus heel belangrijk om in goed contact te blijven met een zieke (ex-) werknemer. Uiteraard is het belangrijk dat u actief werkt aan uw (preventief) ziekteverzuimbeleid. 'Weer een extra taak van de huisarts', hoor ik u al denken. Ja, helaas wel. Of u het nu zelf doet, uitbesteed aan een praktijk- of Hagro manager, u blijft verantwoordelijk voor het resultaat.

Waar op letten bij uw verzuimbeleid

Rondom ziekteverzuim zijn talloze regels en wetgeving. Voor praktijkeigenaren vaak een doolhof waar zij zich liever niet in begeven. Toch kan het je plotseling overkomen, er is een langdurig zieke, en dan?

@ErikHertgers: Wat als u stopt als eigenrisicodrager voor de WGA? Houd ook rekening met gevolgen wet BeZaVA! - UWV | @scoopit http://sco.lt/6tn4M5

Met welke wetten moet u, naast BeZaVa en Ziektewet, allemaal rekening houden?

- Wet op loondoorbetaling
- Wet verbetering poortwachter
- Wet werk en inkomen naar Arbeidsvermogen
- Arbowet
- Privacy wet

Er zijn dus vele wetten waarmee u als werkgever te maken heeft. Daarnaast zijn er verschillende 'partijen' betrokken bij een (langdurige) ziekmelding. In het kader leest u wat u als werkgever moet doen en welke verantwoordelijkheid de werknemer, de bedrijfsarts, het UWV, de arbeidsdeskundige en casemanager hebben.

Er komt veel kijken bij een goede verzuimbegeleiding. Het loont om de samenwerking op te zoeken. De financiële en maatschappelijke risico's zijn namelijk veel te groot. De essentie is natuurlijk dat participatie van medewerkers in het belang is van de medewerker zelf, uw praktijk en onze maatschappij.

Advies: regel het voordat u er daadwerkelijk mee te maken krijgt! •

Bittere pil of bittere noodzaak

Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg

SSFH. Bittere pil of bittere noodzaak. Dit was de titel van een stuk in *Medisch Contact* van 13 februari, waarin Bram Stegeman, bestuurslid van de LHV uitlegt waarom de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg, een bittere noodzaak is. Hij beschrijft waarom naar zijn idee het fonds een valse start heeft gehad en beschrijft de beweegredenen van het oprichten ervan.

Tekst: Herman Suichies

Begin 2013 (na overigens door de ledenraad gelegitimeerde afspraken uit 2011) werd in de cao onderhandelingen huisartsenzorg, waarbij de LHV als werkgeversorganisatie en onderhandelaar optreedt, een cao akkoord gesloten. Behalve over salarishoogten e.d. werd, middels een aparte caoook afgesproken een fonds op te richten, met als primaire doelstelling het betalen van een stagevergoeding voor doktersassistentes in opleiding. Daardoor zouden mogelijke ook meer stageplaatsen ontstaan. Men hoopte dat op die manier meer en betere doktersassistentes zouden worden opgeleid. Het was de bedoeling van de onderhandelingspartners om dit met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2012 te laten ingaan. Een en ander werd slecht gecommuniceerd en er ontstond veel weerstand onder huisartsen. Voor veel huisartsen in het land was en is de problematiek van te weinig assistentes of te weinig stageplaatsen niet herkenbaar. Sommige van hen leiden al jaren op en moeten nu ook nog met terugwerkende kracht gaan betalen aan de SSFH. Na onderzoek door VPHuisartsen bleek, dat na verbindendverklaring op 1 april 2013, een nieuw cao nooit met terugwerkende kracht in kan gaan. Dat zou betekenen dat LHV leden wel, en niet LHV leden niet met terugwerkende kracht zouden moeten meebetalen. Daar heeft de LHV met de onderhandelingspartners blijkbaar een oplossing voor gevonden, zodat nu iedere praktijkhoudende huisarts vanaf 1 april 2013 volgens het cao moet gaan meebetalen aan de SSFH.

@weakylegs: Langdurig zitten dodelijk??
Hoe moet dan dan met al die bestuurders??

Beweegredenen van de LHV als werkgeversonderhandelaar

Volgens de LHV stagneert het aantal assistentes in opleiding en is er een tekort aan stageplaatsen. Ook zouden er meer openstaande vacatures voor POH'ers zijn. Bovendien voorspelt de LHV dat er een toenemende vraag naar huisartsenzorg zal ontstaan en is er de ambitie om ondersteunend personeel van hoge kwaliteit te hebben. Ook wil de LHV

dat substitutie wordt aangeboden en ook dat vergt personeel. De LHV vindt dan ook dat huisartsen 1.6 assistente per FTE huisarts nodig is om dat allemaal mogelijk te maken. 'Investeren in voldoende en goed personeel in de toekomst doe je nu, niet als het water iedereen aan de lippen staat.'

Op bovenstaande valt wel wat af te dingen. Een Sociaal Fonds ten behoeve van onderwijsdoeleinden komt ook in de CAO's van andere beroepsgroepen voor. Het percentage van 0,8 procent van de bruto loonsom als verplichte betaling is echter fors, 0.4 procent is gebruikelijk.

De vraag is ook of het noodzakelijk is om een stagevergoeding van slechts 100 euro per maand door middel van een apart Sociaal Fonds te regelen. Veel huisartsen leiden al op en betalen zelf een stagevergoeding aan assistentes in opleiding, zonder daar blijkbaar problemen mee te hebben. De vraag is dan ook welke andere motieven een rol hebben gespeeld om dit niet gewoon via het normale CAO maar via een aparte CAO met een langere looptijd (tot 2018) te gaan regelen. Alleen al de kosten van het bureau en bestuur van de SSFH zullen enkele honderdduizenden euro's bedragen. (Acht bestuursleden, drie bureauleden, inning door PGGM en een kantoor) Er is veel voor te zeggen om afspraken over een stagevergoeding over te laten aan het onderling overleg tussen stageverlenende huisarts en stagiair.Een bijzondere omstandigheid bij de opleiding tot doktersassistente en praktijkondersteuner is bovendien dat deze beroepsbeoefenaren vaak ook gaan werken in het ziekenhuis, gezondheidscentrum of een andere zorgorganisatie. Deze dragen op geen enkele wijze bij aan de SSFH. Tenslotte hanteert de LHV uitgangspunten dat huisartsenzorg zal groeien door substitutie en dat huisartsen per FTE minimaal 1.6 assistente zouden moeten hebben. Mooie uitgangspunten, waar VP-Huisartsen volledig achterstaat, maar die helaas nog geen werkelijkheid zijn. Om uit te gaan van een ideale situatie waar op dit moment geen financiering voor is lijkt wat voorbarig. Investeren in extra assistentes kan je doen als je vol vertrouwen bent, dat die extra financiering er wel zal komen. In deze tijd van minimale groei bij heel veel extra taken is de kans dat er extra geld vrijkomt voor extra assistentie erg klein zo niet nihil. Zolang de werkeloosheid in de zorg een groter probleem is dan het tekort aan assistentes lijkt dit fonds dan ook vooral een illustratie van weer een dure bureaucratische tussenlaag, niet in het belang van de praktijkhoudende huisarts. •

De SSFH levert op internet een stroom aan reacties op

Betalen de ziekenhuizen ook mee aan dit potje? Meer dan helft van de assistentes gaan hier werken.

Gevoel dat de LHV alle belangen behartigt binnen de huisartsenzorg behalve de huisarts.

Dit is een bittere pil die ik niet wil slikken, maar gedwongen wordt te slikken. Een maatregel zonder fatsoenlijk overleg. Ik ben geen LHV lid. De VPH heeft u van de onderhandelingen geweerd. Sociaal fonds???

Schandalige actie. Meer dan 30 jaar met veel plezier assistentes opgeleid, en niet onterecht dat er een stage onkostenvergoeding wordt verstrekt, maar dit is weer zo'n geval van slecht beleid. In reactie op uw nieuwsbrief wil ik u aangeven het niet onrechtvaardig te vinden dat we moeten bijdragen aan de SSFH. Uiteindelijk is het ook in ons voordeel dat we meewerken aan (goede) opleidingen.

Wiens belang wordt met dit SSFH-bureau aan de Lange Voorhout te Den Haag nu écht gediend? Mijn contacten met de SSFH zijn slecht: kreeg een brief, opgesteld in zeer slecht Nederlands, waarin mij verweten werd nog geen gegevens ingeleverd te hebben.

Ik kan me overigens niet voorstellen dat iemand van ons het opleiden zal gaan doen omdat je er bruto 100 euro per maand voor krijgt. Heel wat stagiaires gehad zonder dit bedrag.

Ik denk dat het erg belangrijk is dat we voldoende praktijkassistentes hebben en houden! Opleiden is daarvoor een must en dat verdient stimulering.

De brieven van SSFH heb ik aanvankelijk weggegooid als spooknota's.

De LHV gaat kennelijk over mijn portemonnee als het gaat om een vrijwillige bijdrage in het faciliteren van stageplekken. In 2013 het ik 807.90 euro aan de SSFH betaald. Nu krijg ik bericht dat ik 120 euro over het laatste kwartaal krijg als vergoeding voor de stagiere. Dat lijkt mij niet budgettair neutraal.

En naar nu blijkt gaat dit geld ook gebruikt worden voor projecten als ' veilig werken in de huisartsenzorg'? Waar heb ik de boot gemist?? Bij ons komt de nare nasmaak van Declaratie Direct weer naar boven...

Van internist in Afghanistan naar huisarts in Barneveld

‘Ik ben altijd op zoek naar de vraag achter de hulpvraag’

Saboor Abed ontvluchtte in 2000 het thuisland Afghanistan. Abed is arts en het liefst zou hij terug gaan om een bijdrage te leveren aan de wederopbouw van Afghanistan. Helaas, hij zou er zijn leven niet zeker zijn. Op 1 januari 2014 nam hij een huisartsenpraktijk in Barneveld over. Vol enthousiasme zet hij zijn geheel eigen accenten.

Tekst: Annelies Barendrecht. Fotografie: Annelies Barendrecht

Saboor Abed

‘HET IS NIET MEER VAN DEZE TIJD OM EEN TELEFONISCH SPREEKUUR TE HEBBEN’

Saboor Abed voelt zich als een vis in het water in Nederland. De open en eerlijke manier van communiceren, zoals hij het contact met zijn patiënten omschrijft, vindt hij een groot goed. ‘Je komt hier in een gesprek met de patiënt snel tot de kern. Dat is wel anders in mijn geboorteland. Daar sta je op een voetstuk, hier ben je meer “je” dan “u”.’

In Kabul, de hoofdstad van Afghanistan was hij in opleiding tot internist. Daarnaast had hij een privé huisartsenpraktijk, een gebruikelijke combinatie voor specialisten. Anders dan op het platteland was het altijd politiek gezien relatief rustig in het swingende Kabul waar hij in 1973 geboren werd. Ook nadat de Russen in 1978 het land binnen vielen, veranderde er niet veel voor de bevolking van de westers georiënteerde hoofdstad. In de dorpen gistte het ondertussen. Verschillende verzetsgroepen, waaronder Al Qaida, opereerden onder de naam Mudjahedine. De bom kwam in 1992 tot barsten. ‘Het is nog steeds een vreselijk trauma voor heel veel Afghanen. Een verzameling van wild uitziende strijders die we niet kenden, viel de stad binnen. Binnen 24 uur werden we honderd jaar terug geworpen in de tijd. De Russen werden verdreven, maar wat er voor terugkwam was zóveel erger.

We leefden altijd in angst om opgepakt te worden. Scholen gingen dicht, meisjes bleven verstoken van onderwijs. Vooral de elite was het doelwit van de Mudjahedine of de door de Amerikanen in het zadel geholpen Noordelijke alliantie. Wie maar geld en connecties had, vluchtte.’

In 2000 vluchtte ook Abed, samen met zijn zuster. Hij was 27 en een goed opgeleide arts uit een vooraanstaande familie. Hij had een van de pijlers van een land in opbouw kunnen zijn. Maar het tegenovergestelde gebeurde. ‘Er heeft juist een enorme braindrain plaats gevonden. In Afghanistan wonen nu alleen nog maar getraumatiseerde, slecht opgeleide mensen. Ik vraag me af hoe het verder moet met het land. Ik wil best terug om het land op te helpen bouwen, maar het kan niet. Veel te onveilig. En dat geldt voor al die gevluchte mensen die zo veel zouden kunnen betekenen voor het land. De wil is er, maar de realiteit maakt het onmogelijk.’

Inburgering

Het Nederlands had hij snel onder de knie. Wie hem nu hoort spreken, kan hem maar zelden betrappen op een taalfoutje of een rare uitspraak. Ook zijn vervolgtraject in de medische wereld verliep soepel.

‘Ik kon direct in het vijfde jaar beginnen, omdat ik praktiserend arts in Afghanistan was geweest. Ik heb overwogen om weer internist te worden, aanvankelijk werd ik aangenomen voor opleiding interne geneeskunde in het UMCU, maar het intensieve contact met patiënten trok me meer. Ik ben daarom overgestapt naar de opleiding tot huisarts. Ondertussen deed ik als SEH arts in verschillende ziekenhuizen ook veel chirurgische ervaring op. Ik ben bevoegd tot het uitvoeren van kleine chirurgische ingrepen, dat vind ik erg leuk om te doen. Een jaar lang heb ik als arts gewerkt op de afdeling Angst en Stemming bij Altrecht in Utrecht. Heel waardevol want psychiatrie heb je elke dag nodig. De helft van mijn patiënten komt voor meer dan voor pijn. Ik ben altijd op zoek naar de vraag achter de hulpvraag. Daar steek ik veel tijd in, maar als je je patiënt kent, levert dat uiteindelijk tijdswinst op.’

In 2010 was hij klaar met zijn huisartsenopleiding. Zijn vuurdoop werd de vervanging in een huisartsenpraktijk in Kootwijkerbroek, in het centrum van de zogenaamde Biblebelt. ‘Ik ben een liberale moslim. Respecteer iedereen, ongeacht geloof of achtergrond. Toen er gevraagd

werd of ik mee wilde bidden voor de patienten, heb ik dat gewoon gedaan. Moslim of Christen, we geloven in een zelfde god.'

En nu heeft hij dus een eigen praktijk. In Barneveld, als opvolger van huisarts René Boomstra met wie hij al enige tijd samenwerkte. Voorlopig huurt hij de praktijkruimte, maar er zijn plannen voor een HOED. Of het kopen wordt of huren, daar zijn de drie betrokken huisartsen nog niet uit. Zeker is dat ze gaan samenwerken, want Abed is geen solist, sterker nog, hij gelooft niet in een eenmanszaak. 'Je kunt veel meer bereiken met collega's.
Ik ben een groot voorstander van ketenzorg, veel transparanter en efficiënter. Het belangrijkste is echter dat het veel vriendelijker is voor de patiënt als je meerdere disciplines onder één dak hebt.'

Administratie

Maar zover is het nog niet. Hij is nog maar net bezig met het opzetten van zijn eigen praktijk. Veel geregel, maar dat hoort er nu eenmaal bij, stelt hij nuchter vast. 'Contracten afsluiten met zorgverzekeraars, eerste en tweedelijnscontacten leggen, mijn eigen systeembeheer opzetten en zo meer. Maar ik begin al aardig op orde te komen, mede dankzij de hulp van mijn voorganger. Wat administratie betreft snap ik niet dat er zoveel over geklaagd wordt. Ik besteed er 's morgens en aan het eind van de middag een half uurtje aan. Zóveel tijd kost dat niet, vind ik. Maar het kan efficiënter.
Ik vraag me af waar is al die administratie voor nodig.' In eigen land was nauwelijks sprake van administratie. Ook niet goed, benadrukt Abed. 'Je had veel vrijheid, maar dat maakte de kans op misbruik ook groot. Je hebt er bijvoorbeeld ook geen klachtenregeling. Als patiënt sta je er in de kou als je benadeeld bent.'

Het voordeel van een eigen praktijk is dat je je eigen accenten aan kan brengen, ervaart Abed. Zo is hij de hele dag bereikbaar voor patiënten, zowel telefonisch of via de smart phone. 'Mensen kunnen op elk uur van de dag hun vraag, al dan niet met een foto, doorsturen. Elke vraag wordt dezelfde dag nog beantwoord. Het is niet meer van deze tijd om een telefonisch spreekuur te hebben; mensen vergeten het of zijn niet in staat om te bellen. Dit is een stuk efficiënter en klantvriendelijker.' En zo heeft hij nog een aantal eigen accenten aangebracht. Herhaalrecepten staan op de website, diabetici krijgen een seintje dat het tijd is voor hun controle… 'De digitale mogelijkheden zijn legio, ik maak daar graag gebruik van.'

Meerwaarde

Abed heeft zich in korte tijd geliefd gemaakt bij zijn patiënten. Hij neemt uitgebreid de tijd en doet zijn voornaam Saboor, dat geduld betekent, eer aan. Zijn praktijk in een nieuwbouwwijk in Barneveld heeft een gemengde populatie, zowel wat cultuur als religie betreft. Abed lacht: 'Op een dag kreeg ik een patiënt op spreekuur die tot de zeer zware kerk in Barneveld behoort. Hij vroeg wat ik geloofde. Ik vertelde hem dat voor mij iedereen hetzelfde is, maar dat als hij moeite met mijn geloof had, hij alle vrijheid had om naar een andere huisarts te gaan. Dat heeft hij niet gedaan, de relatie is uitstekend.'

Natuurlijk, huisarts zijn in Barneveld is heel wat anders dan in Afghanistan. Zijn achtergrond als niet-Nederlandse arts ervaart hij echter als een voordeel. 'Er is een cultuurverschil, maar het was geen cultuurschok. Misschien was dat anders geweest als ik uit een dorp was gekomen, maar Kabul was toen ik er opgroeide een grote stad zoals zo veel steden in de wereld. Door mijn achtergrond herken ik wel de valkuilen in andere culturen, dat helpt me om achterliggende klachten eerder te herkennen. Klachten zijn voor 50 procent cultureel bepaald. Hoe je opgegroeid bent, bepaalt hoe je omgaat met klachten. Ik merk ook dat patiënten me eerder vertrouwen omdat ik die culturele verschillen herken.'

Saboor Abed, het verhaal van een vluchteling die meer brengt dan haalt. Een man die zich Nederlander voelt en zich gelukkig prijst dat hij huisarts in Barneveld is. •

Dokters voor dokters

Bob van Heukelom, oprichter en inspirator van Medichain

Iedere huisarts heeft dagelijks materialen nodig voor de praktijk. Tien jaar geleden bestonden er meer dan 25 kleinere en grotere medische groothandels, meestal familiebedrijven, die aan huisartsen medische apparatuur en disposables leverden. Echter heeft zich binnen deze markt, net als bij de zorgverzekeraars, een vrijwel identieke machtsconcentratie voorgedaan.

Drie grote marktpartijen hebben de markt min of meer verdeeld. Zij gedogen enkele kleinere spelers nog, maar hun positie wordt zwakker. Alleen de grote drie komen nog in aanmerking om bepaalde essentiële apparatuur aan huisartsen te mogen leveren.

En de ontwikkelingen gaan snel. De laatste twee jaar heeft de farmaciereus Mediq, door diverse overnames, een dominante positie verworven op de markt voor huisartsen. Zij willen binnen afzienbare tijd de exclusieve rechten verwerven voor de levering van noodzakelijke apparatuur aan de huisarts. Van concurrentie is dan nauwelijks meer sprake. Helaas staat de dokter in dit spel niet sterk.

In antwoord op deze ontwikkelingen zijn er voor veel branches al jaren geleden inkooporganisaties opgericht. Professionele onafhankelijke onderhandelaars verzorgen de onderhandelingen met de leveranciers en producenten. Zij zorgen voor goede leveringsvoorwaarden en concurrerende prijzen.

Medichain is zo'n inkooporganisatie van en voor huisartsen. Het is een 'artsen onderlinge', die als doel heeft de beste deals te sluiten voor huisartsen. De formule was tot voor kort: Hoe meer onze deelnemers bestelden bij de aangesloten leveranciers, des te hoger de korting voor alle deelnemers zou worden. Maar ons succes beet zich in de eigen staart. Want wat bleek: hoe hoger de omzet werd van onze deelnemers bij de leveranciers, des te minder bleken de leveranciers bereid om hun prijzen te laten dalen. Daarbij werd ons steeds duidelijker dat het aanbieden van een kortingspercentage weinig zegt over de uiteindelijke prijs. Lees hierover het artikel over inkopen in dit nummer.

Als onafhankelijke partij, van en voor huisartsen, kan en wil Medichain niet meer meegaan in dit verdeel en heers' spel van de dominante marktpartijen. Daarom hebben wij de samenwerking gezocht met een groep professionele inkopers, die de inkoop van een tiental topklinische ziekenhuizen coördineren. Hierdoor wordt het voor ons mogelijk om direct bij de producenten van medische supplies, kantoorartikelen en facilitaire producten in te kopen voor huisartsen.

Dat betekent dat Medichainabonnees (huisartsen aangesloten bij de VPH zijn automatisch abonnee) minder zullen hoeven te gaan betalen voor al hun praktijkzaken.

Het verbaast ons niet dat wij intussen door de industrie met open armen worden ontvangen, want ook daar is men blij dat er door ons initiatief weer een concurrerende markt kan gaan ontstaan. Het motto van Medichain 2.0 zal onveranderd blijven: Dokters voor Dokters. •

‘De kern van ons vak zal altijd hetzelfde moeten blijven’

Startende huisarts over de nieuwe huisartsbekostiging

Brede continue zorg. Persoonlijk contact. Ruimte voor eigen invulling. Autonomie. Redenen voor Johannes de Boer (33) om te kiezen voor het vak van huisarts.. Het zijn echter ook de dingen die met de nieuwe bekostigingsstructuur op de tocht staan. Met een eigen praktijk kiest hij voor een sprong in het diepe.

Tekst: Petra Pronk

Op 1 april 2014 neemt Johannes de Boer samen met Huub van den Hombergh een praktijk over in de Amsterdamse Pijp. Een heel avontuur, want de toekomst is allesbehalve zeker voor startende huisartsen. Zorgwekkend? ‘Absoluut!’ Vindt De Boer. ‘ Veel huisartsen maken zich hier zorgen over. Dat stelt bepaald niet gerust. We leveren goede zorg met huisartsen die veel kunnen, een eerstelijnsfunctie hebben en poortwachter zijn. Dat zijn waardevolle dingen die niet verloren mogen gaan. Ik vertrouw erop dat mensen dat uiteindelijk wel inzien, maar als we die zorg overeind willen houden, moeten we er wel voor waken.’

Hij start onder een slecht gesternte. Het nieuwe bekostigingsstelsel is bepaald geen stimulans. Niet dat hij er wakker van ligt, maar leuk is anders. ‘Er is nog veel onduidelijk en dat brengt onzekerheid met zich mee. Je neemt een praktijk over terwijl je geen idee hebt hoe de bekostiging eruit gaat zien en wat de praktijkinkomsten gaan worden. Ook het feit dat de bekostiging binnen korte tijd door hogerhand veranderd kan worden, maakt onzeker’

Innovatie

Een van de punten waar hij moeite mee heeft in het nieuwe bekostigingssysteem is het schrappen van M&I. ‘Als dat niet meer apart vergoed wordt, gaat dat mij raken. Kleine chirurgische ingrepen, een spiraal inbrengen, injecties geven, dat vind ik leuke dingen om te doen. Zeker omdat ik merk dat patiënten het prettig vinden dat het bij de huisarts kan. Dat is een leuke aanvulling op je beroep en ik zou het zonde vinden als die variatie zou verdwijnen. Maar als de vergoeding wegvalt, jaag je daarmee jezelf op kosten. Dan zou ik er serieus over na moeten denken of ik dat wel wil blijven doen.’

De Boer wil graag aan de slag met innovatie, onder andere met e-health. Maar hij heeft weinig vertrouwen in de ‘onderhandelingen’ die daarvoor gevoerd moeten worden. ‘De Mededingingswet verbiedt ons om bijvoorbeeld vanuit de huisartsengroep (Hagro) te onderhandelen, zodat we belemmerd worden in het versterken van onze onderhandelingspositie.Je mag als eenvoudige praktijkhouder een contract afsluiten door een formulier aan te vinken. Dat is niet echt mijn idee van onderhandelen.’

Energie

Voor veel jonge collega’s zijn dit redenen om te kiezen voor loondienst of langdurig waarnemen in plaats van voor een eigen praktijk, maar Johannes de Boer laat zich niet ontmoedigen. Hij heeft naar eigen zeggen volop energie om zijn schouders

Johannes de Boer

‘MAAR OVERAL ZIT EEN KOSTENPLAATJE AAN. EN WAAROM ZIJN ER WEL SIRE-SPOTJES OVER VUURWERK, MAAR NIET OVER DE HUISARTSENPOST?’

eronder te zetten om de zorg te realiseren waar hij in gelooft. Als het moet gaat hij er de barricades voor op. ‘Het was goed te zien dat tijdens de manifestatie in 2011 deze instelling door veel meer huisartsen gedeeld werd.’ Wel merkt hij dat onder jonge huisartsen het gevoel heerst dat het toch allemaal geen zin heeft. Juist in een tijd van bijvoorbeeld social media vindt hij dat ze zich hier niet door mogen laten lamslaan, maar juist in actie moeten komen voor de dingen die ze belangrijk vinden.

Troeven

De inhoud is een van de sterkste troeven, vindt hij. ‘Ik geloof er sterk in dat je als huisarts iets doet wat een zinvolle bijdrage levert aan de maatschappij. Alleen al daarom geloof ik niet dat ons vak met de kernwaarden die wij belangrijk vinden, ten onder zal gaan. Met een sterke eerste lijn, onze poortwachterfunctie en het persoonlijke contact hebben we veel in handen. Ik wil dit vak graag op een manier uitoefenen waar ik in geloof: met aandacht voor de patiënt en met ruimte voor persoonlijk contact. Ja, er staan bepaalde dingen op de tocht, maar dat wil niet zeggen dat je je niet kunt blijven inzetten om de dingen die je waardevol vindt, te behouden. De eerste lijn geeft de gezondheidszorg een hele stevige structuur die breed gedragen wordt en bovenal enorm gewaardeerd wordt door de patiënt. Deze kwaliteiten zullen zich uiteindelijk ook vertalen in de waardering die nodig is om te zorgen dat dit vak als zodanig blijft bestaan.’

Dialoog

Daarnaast zou De Boer graag meer de dialoog zoeken met de samenleving en de maatschappelijke discussie voeren over de koers van de gezondheidszorg. ‘Wat we doen, doen we niet voor onze eigen portemonnee, maar voor onze patiënten. Dus is het logisch om die patiënt meer bij hun eigen zorg te betrekken en de dilemma’s te delen. Slaan we bijvoorbeeld niet een beetje door met het streven naar meer service? Natuurlijk kun je tot 9.00 uur ’s avonds patiënten ontvangen of mensen inhuren om dat te doen. Maar overal zit een kostenplaatje aan. En waarom zijn er wel SIRE-spotjes over vuurwerk, maar niet over de huisartsenpost? De meeste mensen weten helemaal niet dat een bezoekje aan de huisartsenpost tien keer duurder is dan een consult overdag en dat wij maar tien minuten betaald krijgen voor een consult. Als mensen van dit soort consequenties doordrongen zijn, zijn ze best geneigd zich bewuster te gedragen. Als we consumenten en patiënten meer in deze discussie kunnen betrekken, hoeven wij niet meer dat achterhoedegevecht te voeren tegen de politieke machten en zorgverzekeraars.’

Nieuwe generatie

Johannes de Boer is een exponent van een nieuwe generatie huisartsen. Een generatie die volgens De Boer meer een middenweg zal gaan vinden tussen klantvriendelijkheid, en eigen verantwoordelijkheid. ‘Er zijn praktijken die je maar twee uur per dag kunt bellen. Dat is heel onvriendelijk als je bedenkt hoeveel mensen er tegenwoordig werken. Aan de andere kant zijn de bereikbaarheideisen die de zorgverzekeraars ons opleggen, ook lastig te realiseren wanneer je rekening houdt met bepaalde cao-eisen. Door meer gebruik te maken van de moderne mogelijkheden kunnen we de klantvriendelijkheid verder verhogen. Dat is winst. Maar mensen doorlopen in alle tijden dezelfde levensfases en ziektes, dus de kern van ons vak zal altijd hetzelfde (moeten) blijven.’ •

De prijs van een praktijk

Bij een praktijkovername komt veel kijken. Ook financieel. De bank is doorgaans wel bereid tot op zekere hoogte een lening te verstrekken. Medici zijn voor de bank een laagrisicogroep, en daarbinnen hebben huisartsen het laagste risicoprofiel, zegt Johannes de Boer. ‘Maar nu ons financieringssysteem onder druk staat zijn de toekomstige inkomsten moeilijk te voorspellen’. En dan is er nog de goodwill. In 1985 besloten ministerie, zorgverzekeraars en huisartsen bij invoeren van het verplichte huisartsenpensioen het goodwillsysteem af te schaffen. Sinds 2006 is het bezig met een rentree. ‘Sinds de introductie van marktwerking in 2006 door de nieuwe Zorgverzekeringswet, wordt er meer geld gevraagd voor een praktijkovername. De gewone overnamekosten, zoals de inventaris, zijn nog wel te doen, maar de goodwill is iets waar veel starters problemen mee hebben en wat mensen afschrikt. Dit is onduidelijk omschreven en het kan om veel geld gaan. Veel mensen ervaren het ook als onrechtvaardig, omdat het ooit is afgeschaft. Het grote nadeel van dit systeem is dat een startende huisarts deze investering moet terugverdienen, iets wat gezien kan worden als een ongewenste productieprikkel. Tot slot betreden grote kapitaalkrachtige partijen de markt en kopen praktijken op, waarmee ze een bedreiging vormen voor de kleine zelfstandige huisarts.’

Foto: ©NFP Photography - Marijn van Rij

Blije dokters zijn betere dokters

Rinske van de Goor, huisarts in Utrecht

We weten het allemaal: vrolijke, tevreden werknemers presteren beter. Die geweldige assistente, die de patiënt vriendelijk welkom heet, nog wel even snel dat oor uitspuit en de boel opvangt als haar collega ziek is, is nooit de brompot van de praktijk. De brompot bromt. De brompot is het werk eigenlijk altijd te veel. Iets extra’s doen, of een flexibele houding, het kan er daarom niet vanaf. En wij dokters, zouden wij anders zijn? Natuurlijk niet. Is dat onderzocht?
Ja natuurlijk.
Recent in de *NRC*: Leuk werk belonen helpt! (*Journal of Experimental Psychology*). En wat blijkt: het helpt beter om mensen te belonen voor wat ze doen en om de beloning niet direct aan de output te koppelen. Vertaald naar ons dokters: beloon huisartsen voor hun inzet bij diabetes, maar koppel die beloning niet aan de bereikte HbA1c’s.

Tegelijk las ik onlangs in *Huisarts & Wetenschap*: ‘Effecten “pay for performance” als huisartsen beloond worden voor het volgen van richtlijnen is er alleen in het begin een kleine verbetering zichtbaar ten opzichte van de niet-beloonde groep’. Na een jaar was het verschil niet meer aanwezig en, what’s more, na het staken van de beloning deed de controlegroep, die dus nooit beloond was, het zelfs beter.Volgens mij zijn hier een hoop wijze lessen uit te trekken voor de jongens en meisjes van de verzekeraars, namelijk deze:

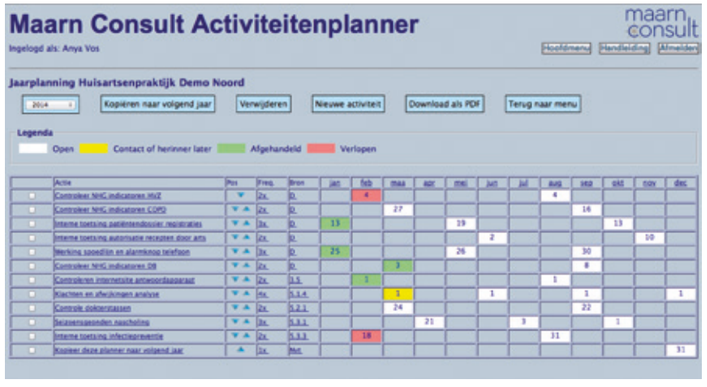
- Les 1. Mensen worden graag gewaardeerd voor hun werk
- Les 2. Het meten van prestaties ondermijnt de motivatie
- Les 3. Dokters zijn net mensen
- Les 4. Dokters zijn nog erger dan de meeste mensen
- Les 5. Beloon je dokters op basis van output, dan demotiveert dat hen en gaan ze onderpresteren.

Kortom: als je de zorg gaat meten en alleen beloont op output worden dokters daar niet blij van en ondermijn je zo de kwaliteit van de zorg! Wil je goede zorg, maak dan de dokters blij. Hoe? Faciliteer ze! Neem belemmeringen weg, zorg dat ze flow in hun werk kunnen ervaren, ontadministreer, ontbureaucratiseer.

En lach naar ons, we zijn jullie vrienden! •

Huisartsmonitor maakt management makkelijker

Veel huisartspraktijken zijn bekend met de accreditatie van de NPA. Sinds eind 2012 is er daarnaast een nieuwe methode beschikbaar voor toepassing in de zorg in Nederland: NEN/ISO-certificering. Om geaccrediteerd dan wel gecertificeerd te kunnen worden, is voorbereiding noodzakelijk.



Dit scherm is een voorbeeld uit een bestaande apotheekhoudende huisartsenpraktijk

Vereisten

Zowel bij accreditatie als bij certificering, dient aan een aantal eisen te worden voldaan. De beide methoden vragen bijvoorbeeld om een kwaliteitsmanagement systeem. Dat houdt in dat de processen in de praktijk dienen te zijn beschreven. Bijvoorbeeld in een praktijkhandboek, ook wel de gebruiksaanwijzing van de praktijk genoemd. En het houdt in dat u een aantal controles en werkzaamheden periodiek zelf uitvoert. Daarnaast vraagt het van u dat u periodiek intern toetst of er mogelijkheden zijn om de praktijkwerkzaamheden te verbeteren.

Monitor

Voor het vergemakkelijken van dit kwaliteitsmanagement is er nu een toegankelijk en eenvoudig instrument ontwikkeld: www.huisartsmonitor.nl

Dit interactieve systeem zorgt ervoor dat de periodieke werkzaamheden handig kunnen worden gepland. U kunt zelf onbeperkt acties toevoegen en wijzigen.

Zodra een deadline nadert, ontvangt u een herinneringsmail. Met daarin de letterlijke instructie voor wat er dient te gebeuren zodat het niet nodig is om telkens het praktijkhandboek te raadplegen.

Indien een activiteit is uitgevoerd, klikt u in de herinneringsmail op 'afmelden'.

Werking

Het systeem werkt via internet. Nadat u gebruikersgegevens hebt ontvangen, kunt u inloggen in uw eigen omgeving. Vervolgens krijgt u een keuzemenu:

- Mijn Account
- Mijn Jaarplanner

In de planner kunt u zelf uiteenlopende periodieke activiteiten aanmaken, aangeven hoe vaak per jaar het moet worden uitgevoerd, de instructietekst invoeren en de uitvoeringsdata in de kalender zetten. Alle bekende activiteiten vanuit de accrediterings- of certificeringseisen lenen zich hiervoor. U kunt zelf gemakkelijk de planning aanpassen indien dat noodzakelijk mocht zijn. Ook kunt u in de planner aangeven dat een actie is afgehandeld, indien u dat niet al via de ontvangen herinneringsmail hebt terugmeld.

www.huisartsmonitor.nl wordt in 2014 uitgebreid met de volgende modules:

- Mijn Handboek
- Mijn Verbeteringen

Het Handboek is een eenvoudige module voor het Praktijkdocumentenbeheer, dat in de eerste helft van 2014 beschikbaar komt. Later volgt nog een praktische verbetermodule. Daarmee beheert u eveneens op een laagdrempelige manier de verbeteringen naar aanleiding van uw eigen controles en toetsingen.

Voor praktijken, die reeds zijn geaccrediteerd of gecertificeerd, is het instrument een praktisch hulpmiddel. Voor praktijken die nog geen accreditatie of certificering hebben, is het een handige opstap om op een praktische manier een eerste stap te zetten met het kwaliteitsmanagement. Het instrument is zeer gebruikersvriendelijk

Aanbieding

Medichain heeft met de ontwikkelaar van www.huisartsmonitor.nl (Maarn Consult) een inkoopafspraak gemaakt. Deze kwaliteitsplanner wordt u aangeboden tegen een aantrekkelijk instaptarief. Indien u zich vóór 30 april 2014 aanmeldt, betaalt u in het eerste jaar 290 euro inclusief BTW (in plaats van 350 euro).
Als extra service voeren wij gratis drie van uw eigen kwaliteitsacties in het systeem in. Het instrument is geschikt voor huisartsenpraktijken met of zonder een eigen apotheek. Ook tandartsen en fysiotherapeuten werken overigens inmiddels met deze monitor.

Interesse?

Hebt u interesse in dit aanbod? Ga dan voor meer informatie naar de website www.medichain.nl en klik op Huisartsmonitor en vraag een demo aan. Er is dan voor u een compact document met screenshots beschikbaar.

Ook kunt u via Medichain informatie krijgen over de andere certificerings-dienstverlening door Maarn Consult. •

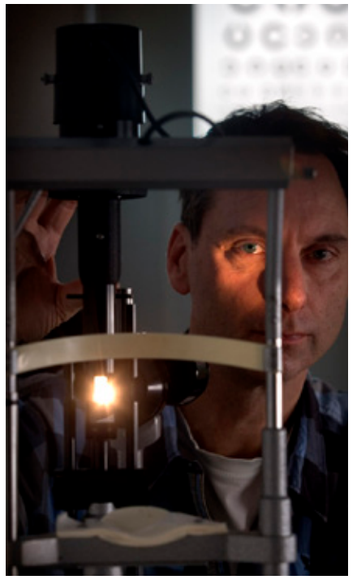
Striverdi Respimat van Boehringer Ingelheim per 1 maart vergoed

Per 1 maart is Striverdi Respimat (olodaterol 2,5µg, inhalatievloeistof) opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) en beschikbaar als bronchusverwijdende onderhoudsbehandeling voor patiënten met chronische obstructieve longziekte (COPD). Striverdi Respimat is een langwerkende eenmaaldaagse beta2-agonist. In studies van 48 weken leverde Striverdi Respimat, 5 µg (2 inhalaties van 2,5 µg) eenmaal per dag toegediend in de ochtend, een significante verbetering (p<0,0001) van de longfunctie binnen 5 minuten na de eerste dosis (gemiddeld 0,130 l toename van FEV ten opzichte van baseline [1,18 l]). De verbetering van de longfunctie hield 24 uur lang aan. De bronchusverwijdende effecten van Striverdi Respimat hielden aan tijdens de gehele behandelduur van 48 weken.[1] Na 24 weken werd bij Striverdi Respimat een duidelijke verbetering geconstateerd van de totale SGRQ-score (gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven) ten opzichte van placebo, verbeteringen werden gezien in alle drie SGRQ-domeinen (symptomen, activiteiten, impact).[1] Striverdi is evenals Spiriva beschikbaar in de Soft Mist Inhalator Respimat. Deze inhalator geeft een langzame en lang aanhoudende spraywolk af. [2 3 4]

Voor meer informatie kunt u terecht op www.striverdi.nl en voor de bijsluiter verwijzen we u naar db.cbg-meb.nl

Referenties:
[1] SmPC Striverdi Respimat
[2] Dalby RN et al. development of respimat soft inhaler and its clinical utility in respiratory disorders. Med devices: Evidence Res 2011;4:145-55
[3] Dalby RN et al. A review of the development of RespimatR Soft MistTM Inhaler. Int J Pharm 2004;283:1-9
[4] Hochrainer D et al. Comparison of the aerosol velocity and spray duration of Respimat Soft Mist inhaler and pressurized metered dose inhalers. J Aerosol Med 2005;18(3):273-82

In de rubriek Huisarts & Hobby portretteren we in elke editie van Medz een huisarts met een bijzondere hobby.



Foto's: ©NFP Photography - Henk Tukker

'MIJN HOBBY? OOGLEDEN LIFTEN!'

Naam:	**Pieter Lofvers**
Leeftijd:	**51**
Woonplaats:	**Steenderen**
Huisarts in:	**Steenderen**
Huisarts sinds:	**2000, sinds 2005 in Steenderen**

De meeste huisartsen zijn blij als ze na een overvolle werkweek de praktijkdeur achter zich dicht kunnen slaan. Maar Pieter Lofvers knoopt er graag nog wat extra uurtjes aan vast voor zijn hobby: oogheelkunde. 'Dit geeft een extra dimensie aan mijn werk.'

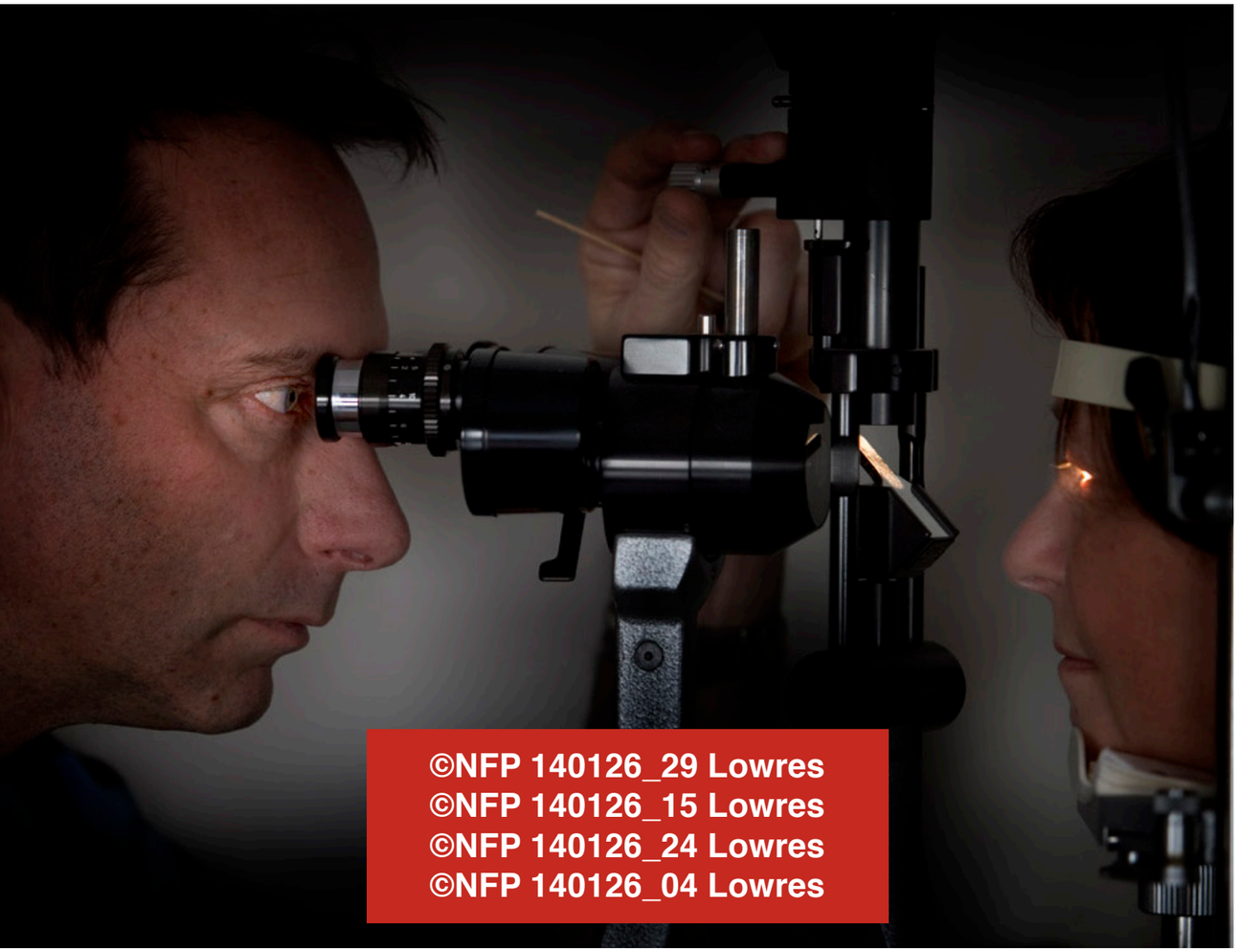
Zijn liefde voor ogen ontstond toen hij tijdens zijn coschappen kennismaakte met de spleetlamp. 'Toen ik daar voor de eerste keer doorheen leek, was ik verkocht', zegt hij. 'Het is heerlijk om een oog te zien. Ogen zijn spiegels van de ziel. Dat is een heel romantisch beeld, maar zo ervaar ik het echt. Ik vind het nog steeds heel bijzonder als ik achter mijn spleetlamp zit en zo bij iemand naar binnen kan kijken. Levensgroot, haarscherp, alsof je naar een computerscherm kijkt of een verrekijker voor je neus hebt. Dat is een stukje techniek waar ik heel veel plezier aan beleef.'

India

Tijdens coschappen in India deed hij oogonderzoek bij leprapatiënten, en toen hij in 2005 in Steenderen neerstreek besloot hij oogheelkunde als extra aandachtsgebied te nemen. Inmiddels is hij lid van het register van huisartsen met een bijzondere bekwaamheid (CHBB). Dat betekent dat hij meer oogklachten kan behandelen dan een gewone huisarts, en eenvoudige chirurgische ingrepen kan doen. 'Het is een serieuze specialisatie, dus er is geen sprake van opereren op de keukentafel zoals ik mijn werk eens hoorde betitelen. Het is gewoon prettig voor mijn patiënten als ze niet voor ieder wissewasje naar de oogarts hoeven, en het is ook leuk voor mijzelf. Ik kan met één druk op de knop de spreekkamer verduisteren en aan het werk gaan met mijn spleetlamp. Dit voegt veel waarde toe aan mijn dagelijkse praktijkwerk.'

Aanwinst

Huisarts is een fantastisch vak omdat het zo breed is. Dat maakt het interessant, vindt Lofvers. Maar daarnaast vindt hij het ook heel bevredigend om de diepte in te gaan en van één ding heel veel te weten. 'Juist die balans houdt het ook aantrekkelijk. Ogen zijn een van de kwetsbaarse delen van het lichaam, dus



als je mensen op dat vlak met een relatief eenvoudig en niet ingrijpend onderzoek kunt helpen, is dat heel bevredigend. Zo'n hobby in het verlengde van je vak is een geweldige aanwinst voor je werk.' Dat blijkt ook als tijdens het interview een van zijn eigen patiënten op de HAP langskomt met een metaalsplinter in zijn oog 'Nu moet ik met allerlei onhandige instrumenten die splinter eruit vissen, terwijl ik op mijn eigen praktijk achter de microscoop dat dingetje zo weg zou kunnen peuteren.'

Peentjes zweten

Inmiddels heeft hij ook een subspecialisatie: ooglidcorrecties. Die passie ontstond vier jaar geleden toen een van zijn patiënten bij de plastisch chirurg te horen kreeg dat hij diens hangende oogleden alleen kon verhelpen tegen hoge kosten die niet vergoed werden door de verzekering. Dat was een serieus probleem omdat de man lasser was. Een uitdaging die Lofvers niet kon weerstaan. Met heel veel voorbereiding en een gedegen back-up van een oogarts ging hij aan de slag. 'Dat was wel heel spannend. Er is een heel klein risico op een bloeding achter het oog. Als je die ingreep voor het eerst doet, is het echt peentjes zweten.' Maar het ging goed, en al snel diende de volgende patiënt zich aan. 'Voor elke patiënt die ik doe komen er twee terug', lacht Lofvers. 'Er is inmiddels een wachtlijst van vier maanden. Tot nu toe deed ik één ooglidcorrectie per week, maar dat gaan er twee worden.'

Rijk

Of hij er rijk van wordt? Daar moet Lofvers hartelijk om lachen. 'Dan had ik een ander vak moeten kiezen.' Sterker nog, hij zit met zijn tarieven bewust ver onder het tarief van plastisch chirurgen. 'Ik zou mezelf niet onder de bijklussende dokter willen scharen. Ik heb niks met botox, liften of cosmetiek. Dat is de weg van het makkelijke geld. Niet mijn ding, dus daar houd ik mij verre van. Ik behandel mensen niet omdat ze mooi willen zijn, maar omdat ze echt medische klachten hebben. Dat is voor mij een wezenlijk verschil. Ze voelen zich meestal al beter als ze hier de deur uitlopen, en een week later zitten ze met twee blauwe ogen te stralen in de wachtkamer. Dat is echt verschrikkelijk leuk!' •

Leuke of bijzondere anekdotes uit de huisartsenpraktijk.

Baxteren, de ideale oplossing?

Mevrouw A van 78 is bekend met hartfalen en diabetes mellitus. Zij gebruikt dus een karrevracht aan medicatie. Haar man geeft aan dat het allemaal wat minder gaat, dat ze soms erg heldere momenten heeft met zeer rake opmerkingen, maar dat er toch ook vaak chaos in haar brein heerst. Met name de medicatie lijkt niet helemaal uit te werken zoals bedoeld. Maar hij mag zich er absoluut niet mee bemoeien. Met wat weerstand accepteert mevrouw dan ook op een bepaald moment dat we gaan baxteren.

Maanden later komen er signalen dat het allemaal toch niet goed loopt en ga ik maar eens op visite. Mevrouw vindt het allemaal niet echt nodig, maar laat zien hoe ze thuis haar medicatie regelt. De baxterzakjes worden allemaal mooi geordend op een prikbord opgehangen voor de hele week. Voor de ochtend, de middag en de avond. Ze beklaagt zich erover dat de apotheek de laatste tijd geen zakjes voor de middag heeft afgeleverd en ze is blij dat ze nog wat voorraad had liggen van afgelopen jaar.

Inderdaad heeft ze keurig aparte zakjes in rijtjes van drie, voor de ochtend, de middag en de avond klaar gehangen, alleen velen niet met een recente datum maar vaak van een paar maanden terug. De rij met middagzakjes heeft ze keurig aangevuld met oude zakjes van vorig jaar met daarin het medicijn dat ik weken geleden al had gestopt! Ze was het er niet mee eens, dat ik de middagzakjes uit de verzameling haalde en een zak met oude medicatie terugbracht naar de apotheek.

Toch maar gewoon weer de wijkverpleging bellen?

Groot Verdriet

In tranen was ze, al voor ze de spreekkamer had betreden. Een jonge vrouw, of – nu ik zelf de veertig ben gepasseerd – eigenlijk nog een meisje. Eenmaal gezeten barstte ze in snikken uit, met schokkende schouders, zoals je wel in films ziet, maar zelden in het echt. Haar relatie was uit en nou had hij al na een maand een ander. Ze wist zich geen raad met haar verdriet. Hij was de liefde van haar leven. Nou, dat is wel snel ja, zei ik. En hoe lang had haar relatie geduurd? Bijna twee maanden, snikte ze.

Ik moest een meewarige glimlach onderdrukken. Vervolgens heb ik haar getroost, als een ouwe moeder. Dat het een groot verdriet is. Dat ze mag huilen, dat ik zie hoeveel pijn ze er van heeft. Dat, hoe rot ze zich ook voelt, deze hartverscheurende pijn oké is, dat pijn bij het leven hoort. Ze liet zich troosten. De erkenning van haar grote verlies deed haar goed. Ik heb niet verder aan haar gedokterd. Meer had ze op dat moment niet nodig. Zacht sniffend liep ze de deur uit.

@HuisartsRossen: En de marktprijs voor de tabletten #ritalin van mijn patiënten stijgt acuut na #DWDD dus extra controle herhaalrecepten nodig komende tijd!

Slim inkopen levert geld op

Hoeveel korting wilt u?

De meeste huisartsen denken bij het inkopen voor hun praktijk in eerste instantie aan de medische groothandel en andere verbruiksmaterialen. Maar inkoop bestrijkt een veel groter terrein dan de meeste huisartsen beseffen. Onder inkoop of *procurement* verstaan we alle bedrijfsprocessen waar u een factuur van binnen krijgt én waarover mogelijk valt te onderhandelen.

Huisartsen praten veel over hun inkomen, tarieven en de declaraties. Aan de uitgavenkant wordt vreemd genoeg over het algemeen veel minder aandacht besteed. Inkopen vinden huisartsen vervelend, tijdrovend en weinig interessant. Toch valt daar meer te halen dan over het algemeen wordt gedacht.

Tot de inkoop behoren, naast de medische producten, zaken als telefonie, kantoorartikelen, energie, ICT, schoonmaken. Maar ook allerhande diensten behoren tot uw inkoop. Denk daarbij aan de accountant, salarisadministratie, belastingadvies, software, abonnementen, verzekeringen, arbodienst et cetera.

Inkoop in kaart

Begin met de inkoop in de praktijk als een apart bedrijfsproces te zien waar u grip op kunt krijgen. Om de kosten goed in kaart te brengen en te beheersen kan de praktijkhouder of de praktijkmanager een leveranciers- en inkoopscan maken. U zult dan snel een overzicht krijgen van het aantal leveranciers. Maak dan vervolgens een overzicht over het aantal handelingen dat u moet verrichten als u iets nodig heeft. Hoe meer handelingen, hoe meer tijd u kwijt bent aan het inkoopproces, hoe meer het u gaat kosten.

Bedenk dat iedere factuur vaak door meerdere mensen in de praktijk wordt behandeld en beoordeeld. Ten slotte zal de accountant alles moeten verwerken en hoe meer facturen, hoe hoger de nota van de accountant zal worden.

Door alleen al het aantal leveranciers te beperken, kan het aantal facturen en bonnen soms wel tot de helft worden gereduceerd. Dat scheelt veel tijd en geld.

Grofweg geldt voor een kleine onderneming als een huisartsenpraktijk dat het verwerken van een factuur gemiddeld 25 euro kost. Dus als u veel aanbiedingen najaagt en dus veel rekeningen van veel verschillende leveranciers ontvangt, bent u uiteindelijk duurder uit dan als u alles bij een paar betrouwbare leveranciers bestelt. Dan loont het vervolgens ook om met deze leveranciers goede afspraken te maken over prijs en leveringsvoorwaarden.

Kostenmaatschap

Enige tijd geleden bezocht ik een praktijk in het oosten van het land op verzoek van hun gemeenschappelijke accountant.

Het betrof hier een HOED van drimaatschappen met in totaal tien artsen, die sinds een jaar met elkaar het pand deelden. Alle maatschappen hadden hun eigen balie en ook iedere maatschap kocht de eigen verbruiksmaterialen in bij verschillende leveranciers. De voorraden verschilden nogal van elkaar en de assistentes vonden het erg lastig om alle verschillende producten uit elkaar te houden.

Nadat ik met de praktijkmanager mijn gesprek had beëindigd zag ik nog net twee huisartsen gehaast het pand binnen komen. De een had net inkopen gedaan bij Office Center en liep te zeulen met dozen papier en een grote tas met toners en de ander liep net binnen met grote pakken koffie en frisdrank in de tas van de Makro.

Toch wilden de artsen niet denken over een gezamenlijke kostenmaatschap. De reden kwam niet boven water, maar vaak berust dit op onnodig onderling wantrouwen.

Ik heb nooit meer wat van ze gehoord… En de accountant? Ach, die vond het ook wel goed zo.

De voordelen van een kostenmaatschap laten zich raden. Het minieme verschil in verbruik tussen de maatschappen wordt ruimschoots gecompenseerd door de tijdwinst en efficiency winst die er mee geboekt kunnen worden. >

WIJ HEBBEN LEVERANCIERS MEEGEMAAKT DIE NEGEN (!) VERSCHILLENDE BRUTO PRIJSLIJSTEN HANTEERDEN.

Hoogste korting?

Jaren geleden vroeg ik aan een van onze leveranciers voor de praktijk of ik korting kon krijgen. Het antwoord verbaasde mij nogal: 'Hoeveel korting wilt u dokter? Zegt u het maar'. Ik kreeg uiteindelijk 18 procent korting en was helemaal blij.

Korting zeg op zich niet zo veel. Het gaat er om wat u uiteindelijk betaalt voor een product.

Veel bedrijven hanteren voor diverse klanten verschillende bruto prijslijsten. Wij hebben leveranciers meegemaakt die negen (!) verschillende bruto prijslijsten hanteerden. Kleine klanten krijgen dezelfde korting als grote klanten maar betalen toch veel meer omdat ze vanaf de hogere bruto prijslijst zijn berekend.

Een leverancier kan u vertellen dat u 37 procent korting krijgt, maar waarop die korting dan berust weet u niet. Als u dan bijna net zo veel moet betalen als de prijs in de winkel zonder korting, dan weet u dus dat u gefopt bent. Gelukkig voor de leveranciers doen maar heel weinig klanten daar onderzoek naar. Vandaar dat alle winkels u tegenwoordig toeschreeuwen met bizarre kortingspercentages.

De verliezende prijsjager

Stel u bent altijd erg gefocust om alle zaken zo scherp mogelijk in te kopen. Voor de medische spullen kijkt u op alle websites van de leveranciers. Daar ziet u dat verbandmaterialen bij leverancier A goedkoper zijn dan elders, maar zijn hechtmateriaal is weer veel duurder en dat koopt u dan bij een ander. Voor uw kantoorartikelen pluist u de aanbiedingen van de wekelijks binnen stromende folders uit. Intussen bent u veel tijd kwijt waarin u veel meer had kunnen verdienen.

Veel beter is het om te kijken naar de total cost of ownership (zie kader). Dat betekent dat uw inkoop volwassen wordt. U kunt dan met een gerust hart uw inkopen doen bij de leverancier met wie u sluitende afspraken heeft.

Leerpunten:

- Maak eens een inkoopscan van uw praktijk.
- Hoe meer diverse leveranciers u heeft, hoe inefficiënter uw organisatie werkt.
- 'Total cost of Ownership' levert meer op dan het najagen van aanbiedingen.
- Eén nota verwerken kost gemiddeld € 25,- per factuur voor kleine organisaties.
- Door het aantal leveranciers te beperken bespaart u veel tijd en administratiekosten.
- Wees voorzichtig met aanbiedingen. Het zijn lokkertjes om u binnen te krijgen, zodat u duurdere producten gaat kopen.
- Huisartsen in een HOED werken efficiënter door een kostenmaatschap op te richten.
- Gezamenlijk inkopen via branche specifieke inkooporganisatie besparingen en gemak opleveren.

Branchespecifieke inkooporganisatie

Huisartsen in de grotere centra moeten tegenwoordig al gaan onderhandelen met hun leveranciers. Daar hebben ze helemaal geen zin in en ze zijn daar niet voor opgeleid. Het kost veel tijd en het levert relatief weinig op.

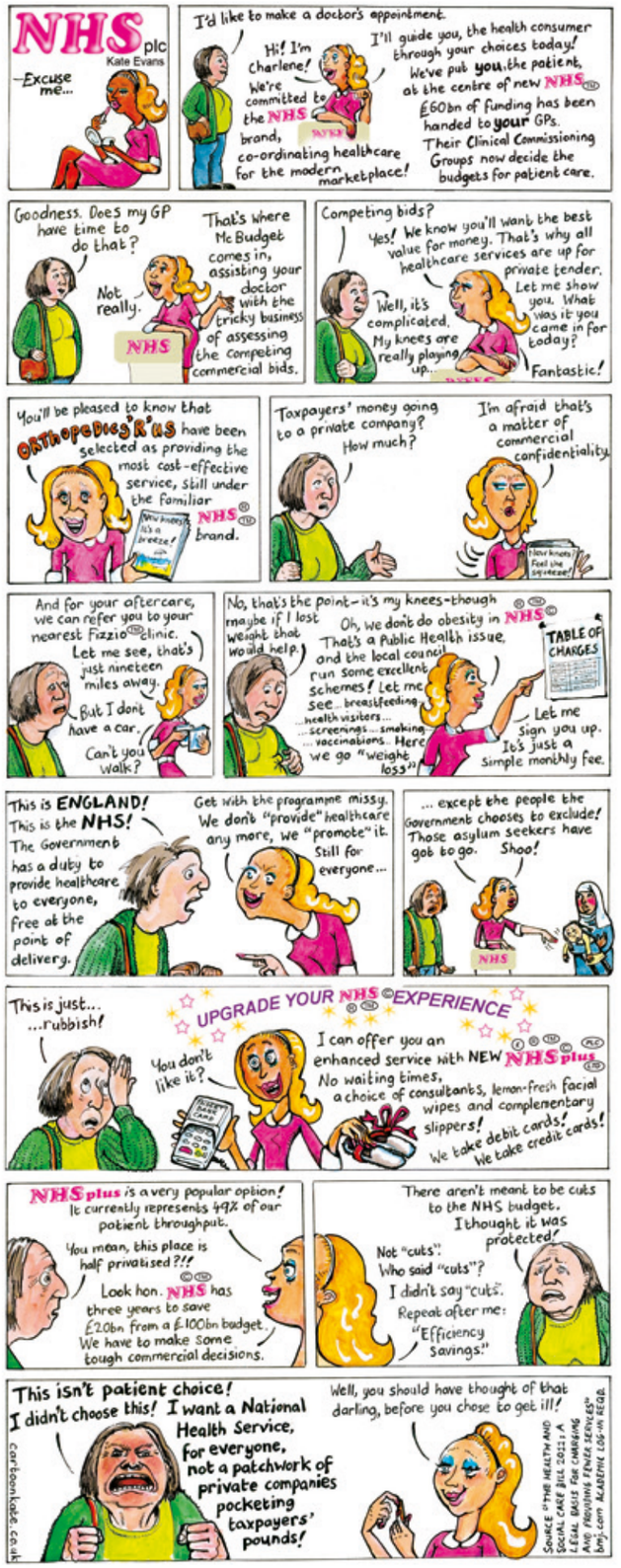
En juist daar ligt de kracht van een branchespecifieke inkooporganisatie. Daar bemoeien professionele inkopers zich met de contracten en zij kunnen onderhandelen met leveranciers om goede deals af te sluiten. En als vertegenwoordigers van een groot collectief hebben ze een veel machtiger positie om te onderhandelen over prijs, kwaliteit, service en leveringsvoorwaarden. En dan gaat het over veel meer dan alleen het binnenhalen van de meeste korting.

Medichain is zo'n branchespecifieke inkooporganisatie voor de huisartsenbranche. Recent is door bundeling van de branchespecifieke kennis van de huisarts-oprichter en een partij die veel ervaring heeft met inkoop voor grotere ziekenhuizen en geautomatiseerde inkoopprocessen Medichain 2.0 opgericht. Op zeer korte termijn ontstaat er hierdoor een *inkoopplatform* voor huisartsen waar de meeste artikelen en diensten, tegen gereduceerde prijzen kunnen worden aangeschaft.

In *MedZ* nr. 3 zal deel 2 van de artikelen reeks over inkopen gaan over collectieve inkoop voor huisartsen en de groeiende voordelen die we met ons nieuwe concept kunnen gaan bieden. •

Total cost of ownership.

De aankoop prijs van een product plus de kosten van het verwerken, het onderhoud en de vervangingswaarde worden samengevat onder de term: total cost of ownership (TCO).
Als u een aankoop doet kijkt u dus niet alleen naar de aankoopprijs maar ook naar de kosten die het bestellen, verwerken van de nota's, met zich meebrengt. Het product met het laagste TCO zal op de lange duur meer waarde hebben dan degene met een hoger TCO.



‘Managen doe ik liever zelf’

Een gesprek met huisarts Marcelle Ledoux over drijfveren en visie op het vak

Marcelle Ledoux is praktijkhoudend huisarts sinds 2005. Samen met haar collega Alie Reisinger draagt ze de verantwoordelijkheid voor een van de vijf praktijken binnen het samenwerkingsverband van Groepspraktijk Veldhuizen in Ede. Als docent verbonden aan de huisartsopleiding in Utrecht geeft ze les aan derdejaars aios over onder meer praktijkmanagement.

Tekst: Bob van Heukelom • Foto: ©NFP Photography - Pieter Magielsen

Pas na haar basisartsexamen besefte Marcelle Ledoux dat ze huisarts wilde worden. Ze voelt zich bij huisartsen thuis. Ze vindt huisartsen leuke mensen en ze had sterk het gevoel: ik pas bij deze mensen. Ze waardeert vooral het vermogen van huisartsen om te reflecteren op het eigen handelen. In haar opleiding miste ze dat bij veel medisch specialisten.

Snel na haar afstuderen heeft ze zich als huisarts gevestigd. En ze heeft daar geen moment spijt van gehad. Het praktijkhouderschap biedt haar de mogelijkheid om veel zelf te organiseren.

‘Ten eerste ben je natuurlijk medicus en heb je de zorg over de patiënten die bij je staan ingeschreven. Maar daarin kan je alleen goed gedijen als je een goed georganiseerde praktijk hebt, met enthousiaste medewerkers. Samen nieuwe dingen oppakken binnen de praktijk is inspirerend, dat maakt dat je steeds probeert om beter te worden als praktijk. Ik vind het belangrijk om mee te leven met mijn patiënten, die uiteindelijk de reden van mijn bestaan als huisarts zijn. De patiënt wordt er echt beter van als ik aardig tegen hem ben.’

Proactief

Het vak heeft zoveel te bieden, daardoor zijn huisartsen altijd proactief en vernieuwend bezig. In veel zaken lopen huisartsen in Nederland voorop.

Ledoux somt op: ‘Huisartsen waren de eersten binnen de gezondheidszorg die geautomatiseerd zijn. Ze hebben de NHG-standaarden ontwikkeld, en hebben in korte tijd overal huisartsenposten opgezet’. De laatste jaren pakken huisartsen massaal ‘populatiemanagement’ op: de zorg voor de chronisch zieken. ‘Als huisarts moet je weten hoe je populatie eruit ziet en hoe je eigen zorg eruit ziet. Je eigen zorg probeer je steeds te verbeteren.’

Module praktijkvoering

Tijdens haar eigen huisartsopleiding heeft ze de voorbereiding op het ondernemerschap node gemist. Aan het eind van haar eigen opleiding drong het opeens tot haar door dat ze wel veel wist over de huisartsgeneeskunde en goede patiëntenzorg, maar dat ze niets had geleerd over wat er komt kijken bij het overnemen van een praktijk en het leiding geven aan een groep medewerkers.

Net als alle huisartsen die zich willen gaan vestigen, werd Ledoux bij haar vestiging geholpen door een financieel adviseur, maar dat liep uit op een teleurstelling. De adviseur liet steken vallen, waardoor de financiering bijna niet op tijd rond kwam en de zittende praktijkhouders bij de onderhandelingen uiteindelijk zo geïrriteerd raakten, dat haar vestiging in gevaar kwam. Dit veranderde toen ze besefte dat ze zelf de zaken op een rij moest zien te krijgen en samen met haar collega Reisinger de gesprekken over de overname, óók de onderhandelingen, zelf aanging.

Uit deze les putte ze de motivatie om het onderwerp praktijkmanagement op te pakken voor de huisartsopleiding, toen daar iemand voor gevraagd werd.

Ledoux geeft nu twee modules praktijkvoering.

De eerst module heet Management Mensen: hierin komen onderwerpen aan de orde als personeelsbeleid, samenwerking en goed leiding geven.

De tweede module heet Management Middelen: en behandelt onder meer de macrofinanciering in de gezondheidszorg, het onderhandelen met zorgverzekeraars, declareren, contractmanagement, financiering van je praktijk en inzicht in bestaande regelgeving.

Door het volgen van deze modules komen de jonge huisartsen beter beslagen ten ijs als ze zich willen gaan vestigen. Een groot deel van de aios volgt de managementmodules.

Meewerken aan de huisartsenopleiding zorgt er voor dat je up-to-date blijft als dokter. Het werken met jonge artsen inspireert haar.

Verwachtingen

Ledoux verwacht dat de inzet van POH groter zal worden om huisartsen in staat

‘DE PATIËNT WORDT ER ECHT BETER VAN ALS IK AARDIG TEGEN HEM BEN.’

te stellen alle taken te kunnen uitvoeren, die op hun af komen. De POH-GGZ zal veel werk op zich af zien komen. En wat er verder op ons afkomt? Ik weet het niet, ik heb nog heel weinig idee van de toekomstige rol van de gemeente in de jeugdzorg en in de wijkteams.Onze groepspraktijk heeft nu al een wijkteam ingezet onder de naam Sluitende Wijkzorg. We hebben daarvoor mensen in dienst genomen. Dat zijn drie wijkverpleegkundigen en drie voorlichters eigen taal en cultuur. Wij hebben namelijk veel niet-westerse allochtonen in onze wijk wonen. Dat zijn vooral Turken, Marokkanen en Somaliërs.Wij kunnen dit doen door de subsidie die we daarvoor krijgen van de gemeente. Maar het is moeilijk om structurele financiering te krijgen.’

De groepspraktijk heeft tien doktersassistentes in dienst en verder drie POH-somatiek en een POH-GGZ.

Werkdruk en delegeren

‘Omdat de patiëntenzorg erg veel tijd kost en veel werkdruk genereert en omdat er daarnaast ook nog zoveel georganiseerd moet worden, werk je altijd onder tijdsdruk. Dat is niet fijn. Ik vind het ook heel goed dat het aantal patiënten voor de normpraktijk wordt verlaagd.Om burn-out te voorkomen is het noodzakelijk om proactief de juiste mix tussen creativiteit en productiviteit te vinden. Dat is het mooie van ons vak. Je kunt er heel veel van je eigen idealen in kwijt als je het goed organiseert.Een paar jaar geleden betrapte ik mijzelf er op dat ik tijdens een spreekuur dacht: Nog twee patiënten en dan kan ik eindelijk aan het echte werk beginnen. Toen realiseerde ik mij dat ik mijn prioriteiten moest gaan verleggen en mijn tijd beter indelen.’

Een van de belangrijkste zaken die een huisarts in deze tijd moet leren is om goed en effectief te delegeren en aan dat proces leiding te geven. ‘Als professional kan ik het management beter zelf uitvoeren dan een manager die dat voor mij doet. Ik wil in mijn praktijk geen praktijkmanager. Managen doe ik liever zelf, maar daarbij heb ik veel steun aan de secretaresse van ons gezondheidscentrum en aan de coördinerend assistentes van onze praktijk. Veel zaken waar ik zelf mee bezig ben, zoals afspraken regelen, personeel aansturen, verslagen maken en protocollen schrijven, probeer ik aan anderen over te laten, die dat soms ook beter kunnen. Als ik maar met mijn collega’s aan het roer kan blijven staan.’

Administratie in de praktijk

Er wordt veel geklaagd over de administratie door de regeltjes en de eisen van de zorgverzekeraar. ‘Declareren loopt op rolletjes, daar hebben we al een tijd weinig last meer van. Het is nu goed geregeld. De assistentes dienen de declaraties in bij Vecozo. Eén maal per kwartaal lopen we daar samen doorheen. Contracteren kan bij Menzis online, en dat is een fluitje van een cent. Accrediteren is wel heel veel werk en kost ook veel tijd. Om hier een huisarts voor vrij te stellen en tijd voor te maken, huurt de groepspraktijk zo nu en dan een waarnemer in. De verbeterplannen en protocollen worden met alle collega’s en medewerkers in de praktijk besproken. Ik zie het nut er wel van in. De hele praktijk wordt er beter door. Of het accrediteren de patiëntenzorg direct beter maakt dat weet ze niet zo zeker, maar het maakt de samenwerking binnen de praktijk veel hechter. ‘Ik heb het gevoel de we de praktijkorganisatie veel beter onder controle hebben gekregen nadat we geaccrediteerd waren.’

Wat wel veel tijd vergt, is de patiëntenregistratie in het HIS. Alles invoeren bij de juiste episode en op de goede manier om het als het nodig is terug te kunnen vinden vergt veel discipline, maar levert ook veel op.

Maar het bijhouden van allerlei indicatoren in een keten informatie systeem draagt daar niet aan bij: ‘Voor wie vullen we dit in? Daar hebben wij als huisartsen niets aan.‘

Uitdagingen voor de toekomst

Bedreigingen voor het vak ziet Ledoux niet zo snel. De huisarts heeft een uitstekende positie verworven binnen ons zorgstelsel. Nog meer taken zullen moeten worden gedelegeerd. De POH-GGZ zal heel belangrijk worden. Misschien zal in de toekomst de nurse practioner delen van het spreekuur gaan overnemen. Maar de huisarts zal de spil blijven waarom alles draait.

Patiënten met complexe ziektebeelden komen meer en meer op het bordje van de huisarts te liggen. Dat alles zal veel organisatietalent vereisen van de huidige en toekomstige generatie huisartsen. Het blijft een uitdagend beroep.

Ledoux heeft er duidelijk zin in: ‘Ik ben er dankbaar voor dat ik dit mooie uitdagende beroep mag uitoefenen’. •

Adriaan van der Kuip medische instrumenten

In de schilderachtige werfkelders langs de Oudegracht in Utrecht waren voor de oorlog talloze kleine bedrijfjes gevestigd. Het ouderwetse degelijk handwerk werd er nog volop beoefend. Zo ook in het pand waar Adriaan van der Kuip een winkel in medische producten had gevestigd. Na de tweede wereldoorlog was er een ontstellend gebrek aan de meest elementaire zaken. In zijn werkplaats begon Van der Kuip met de kleinschalige productie van onder andere injectiespuiten. Glazen buizen werden op lengte afgeslepen en voorzien van een zuiger, dunne stalen buisjes werden omgevormd tot superscherpe injectienaalden. Mede dankzij zijn flexibiliteit en onmiskenbare ondernemersgeest groeide het kleine zaakje uit tot een bloeiend bedrijf. De vooroorlogse sfeer werd grotendeels bewaard en was een bezienswaardigheid op zich. Het historische pand met zijn parketvloer glimmend van de boenwas, de oude eiken vitrine kasten met duizenden glimmende chirurgische instrumenten, het gefilterde licht dat door de glas in lood raampjes naar binnen viel. Niets kon verhinderen dat de winkel steeds minder bezoekers trok. De traditionele clientèle, gedeeltelijk bestaande uit studenten en professoren, had zich inmiddels teruggetrokken op het nieuwe universiteitsterrein aan de andere kant van de stad.

Het autoluwe stadshart werd ook steeds moeilijker bereikbaar. Met de verhuizing naar industrieterrein ‘De Lage Weide’ verdween een stukje Utrechtse geschiedenis uit de binnenstad. In 1997 werd Adriaan van der Kuip overgenomen door Henry Schein Medical. De expertise die in bijna een eeuw werd opgebouwd is daarmee bewaard gebleven voor nieuwe generaties artsen. •

bijsluiter

Verkorte productinformatie Striverdi® Respimat®

Referentie: 1. SmPC STRIVERDI Respimat

Samenstelling: Striverdi® Respimat® bevat oplossing voor inhalatie en bevat per inhalatie 2,5 microgram olodaterol (als hydrochloride). De afgegeven dosis is de dosis die het mondstuk verlaat en dus de dosis die de patiënt inhaleert **Indicatie:** Striverdi® Respimat® is geïndiceerd als bronchusverwijdende onderhoudsbehandeling voor patiënten met chronische obstructieve longziekte (COPD). **Contra-indicatie:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Farmacodynamische eigenschappen:** Olodaterol is een langwerkende, selectieve bêta2-adrenerge receptoragonist (LABA) met snel intredende werking binnen vijf minuten na de eerste dosis op de longfunctie (FEV1) en een werkingsduur van ten minste 24 uur. Olodaterol verbetert ook de PEFR (peak expiratory flow rate), de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (SGRQ) en vermindert het gebruik van rescuemedicatie (salbutamol). **Waarschuwingen en voorzorgen:** Het mag niet worden gebruikt bij astma en bij acute episoden van bronchospasmen. Geneesmiddelen voor inhalatie kunnen inhalatie-geïnduceerde paradoxale bronchospasmen veroorzaken, die levensbedreigend kunnen zijn. Als dit optreedt, moet het gebruik van Striverdi® Respimat® direct worden gestopt. Langwerkende bêta2-adrenerge agonisten moeten met voorzichtigheid gebruikt worden bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen. Als cardiovasculaire effecten optreden, zoals toename in de polsslag, verhoging van de bloeddruk en/of andere symptomen, kan het nodig zijn de behandeling stop te zetten. Striverdi® Respimat® moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met een anamnese van myocardinfarct in het afgelopen jaar, instabiele of levensbedreigende hartritmestoornissen, patiënten die in het afgelopen jaar in het ziekenhuis zijn opgenomen met hartfalen en patiënten met vastgesteld paroxysmale tachycardie (>100 hartslagen per minuut). Bêta2-adrenerge agonisten kunnen hypokaliëmie veroorzaken, meestal van voorbijgaande aard. Inhalatie van hoge doses bêta2-adrenerge agonisten kan leiden tot verhoogde plasmaspiegels van glucose. Voorzichtigheid is geboden in geval van een geplande operatie met gehalogeneerde koolwaterstoffen als anestheticum, vanwege een toename van de gevoeligheid voor de cardiale bijwerkingen van bronchusverwijdende bêta-agonisten. Striverdi® Respimat® dient niet vaker dan eenmaal daags te worden gebruikt. De patroon kan alleen worden gebruikt in de Respimat® inhalator. **Interacties:** Striverdi® Respimat® mag niet gelijktijdig worden gebruikt met geneesmiddelen die andere langwerkende bêta2-adrenerge agonisten bevatten. Gelijktijdig gebruik van beta adrenerge blokkers, xanthinederivaten, steroïden, niet-kaliumsparende diuretica, monoamine-oxidaseremmers, tricyclische antidepressiva of andere geneesmiddelen die het QTc-interval verlengen wordt niet aanbevolen. **Zwangerschap:** Net als andere bêta2-adrenerge agonisten kan olodaterol de weeën remmen door een ontspannend effect op de gladde spieren van de baarmoeder. Uit voorzorg heeft het de voorkeur om Striverdi® Respimat® niet tijdens de zwangerschap te gebruiken. **Borstvoeding:** Er zijn geen gegevens beschikbaar over olodaterol bij vrouwen die borstvoeding geven, er worden geen relevante effecten op de zuigeling verwacht, maar het voordeel van borstvoeding voor het kind en het voordeel van behandeling voor de vrouw moeten tegen elkaar afgewogen worden. **Bijwerkingen:** De meest voorkomende bijwerkingen na toediening van de aanbevolen dosis waren nasofaryngitis, duizeligheid, hypertensie, huiduitslag en artralgie. Deze waren meestal licht of matig van intensiteit. Striverdi® Respimat® behoort tot de therapeutische klasse van lang-werkende bêta2-adrenerge agonisten. Daarom moet rekening gehouden worden met het optreden van bijwerkingen die hieraan gerelateerd zijn. **Dosering en wijze van toediening:** Eenmaal daags 5 microgram olodaterol, bestaand uit 2 inhalaties uit de Respimat® inhalator, steeds op hetzelfde tijdstip van de dag. **Registratie/afleverstatus:** Striverdi® Respimat® (2,5 microgram, oplossing voor inhalatie) RVG 112058 / U.R., Voor volledige productinformatie wordt verwezen naar de geregistreerde SmPC (oktober 2013). **Registratiehouder:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Duitsland. **Voor inlichtingen:** Boehringer Ingelheim bv, Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar, 0800-2255889.

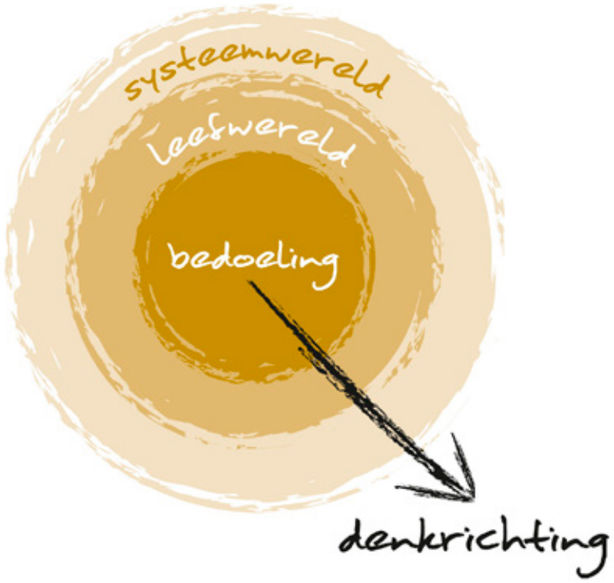
Boehringer Ingelheim

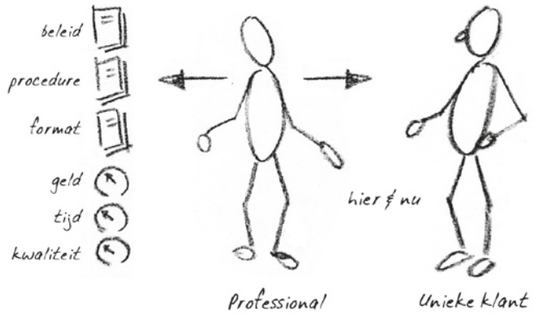
Verdraaide organisaties

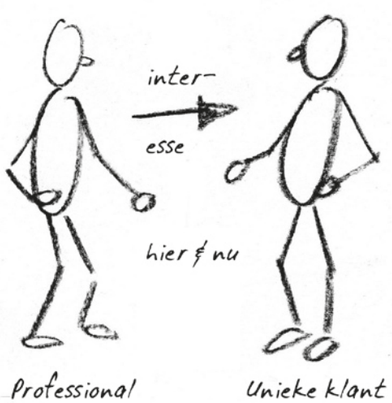
Terug naar de bedoeling

De huisartsenzorg kent problemen van een grote organisatie. We groeien, maar vullen de groei niet altijd met inhoud, maar wel met regels, veel regels. Deze regels gaan op den duur contraproductief werken. Een wake up call vanuit de bedrijfsvoering die hiermee al verder is.

Tekst: Peter Staal, huisarts







Soms komt er ineens een boek voorbij dat precies verwoordt wat je 'onbewust competent' al dacht. Het sterkt je daarna als praktijkhouder in de houding dat het roer om moet en kan. Zo'n boek is *Verdraaide organisaties, terug naar de bedoeling* van Wouter Hart. Hij zat in november 2007 voor de tv en zag hoe schaatser Simon Kuipers zijn grote rivaal Shani Davis versloeg met een schaatslengte voorsprong. Maar omdat de tijdwaarneming de schaats van Kuipers gemist had, werd Davis (aanvankelijk) winnaar, ook al kon de hoofdscheidsrechter duidelijk zien dat de werkelijkheid anders was geweest; de regels waren dat de tijdwaarneming leidend was. Werkelijkheid en systeemwereld bijten elkaar. Hoe komt dit, dacht Hart, en schreef na jaren onderzoek dit boek. Zo gaat het ook in de gezondheidszorg. Soms doen we dingen waarvan we ons oprecht afvragen: was dit nou de bedoeling? Ben ik daarom arts geworden? Kon het niet anders?

Flexibel

Wouter Hartbeschrijft in dit *Verdraaide organisaties* nuchter en simpel de stappen die weg leiden uit de 'leefwereld' (de arts met de patiënt) en leiden tot een 'systeemwereld' (regels over voorschrijven, verwijsafspraken, inkoopbeleid, declaratieregels). Op zich goed dat deze systeemwereld bestaat. Hij werkt fantastisch voor het organiseren van de luchtverkeersleiding en het plannen van staaroperaties, aldus Hart. Alleen is die systeemwereld veelal te los komen te staan van de werkelijkheid van de leefwereld en is deze niet flexibel. Dit maakt dat de leefwereld last krijgt van de rigiditeit van de systeemwereld en terug wil naar de bedoeling (ik zat hier om de patiënt te helpen). Maar dan is het te laat.

Creatief hoogwaardige professional

Hart geeft in aangenaam leesbare taal uitleg hoe dit werkt, maar vooral hoe we dit kunnen verbeteren als we deze processen wat beter gaan zien en de pijl omdraaien (terug naar de bedoeling) in onze eigen organisatie. Hij geeft hiervoor ten eerste een heldere analyse waarbij hij denken (systeemwereld), waarderen /aanvoelen (leefwereld) en handelen (bedoeling) in grote lijnen analyseert en aanwijst waar het wel en waar niet terecht is. Zo beschrijft hij ook het principe dat we lijden aan het beheersbaar willen maken van alle onzekerheid, maar ontmaskert dat als de onhaalbare 'mythe van de beheersbaarheid', een reflex die uiteindelijk wetmatig tot waterhoofd wordt en contraproductief gaat werken. Daar waar professionals creatief hoogwaardig werk moeten leveren, voelen zij zich dan gevangen in regels die hen hinderen.

De regelreflex is daar één van. Noem de naam van het plaatsje Tuitjenhorn en je ziet een lawine aan regelreflexen en oordelen zonder dat degenen met de echte expertise (patiënt en huisarts) geraadpleegd worden en in hun (professionele) autonomie gezien worden. De systeemwereld woekert over de leefwereld heen. Wouter Hart geeft voor deze spanningen tussen leefwereld en systeemwereld veel hoopgevende tips om de pijl om te draaien en weer in de bedoeling te komen. Hij ontwikkelt een soort beslissingskwadrant van waaruit je bepaalt of processen het best vanuit de systeemwereld (staaroperaties) kunnen worden benaderd of dat dit beter vanuit de leefwereld kan (gesprekken over voltooid leven bijvoorbeeld). Het wordt dan meteen duidelijk waar standaardprocedures tot steun zijn en waar ze juist gaan hinderen. Met als klap op de vuurpijl: je kunt anders, want je beslist zelf hoe je het aanpakt. Dit boek is – vooral omdat wij huisartsen meesters zijn in het werken in de leefwereld en omdat we vaak veel last hebben van de systeemwereld – een absolute aanrader. •

Verdraaide organisaties is in de boekhandel verkrijgbaar of te bestellen: www.verdraaideorganisaties.nl

Een principe: de regelreflex. Er is een grote brand geweest. Politici rollen over elkaar om te bezweren dat dit 'nooit meer mag gebeuren'. Er komen zoveel regels dat niemand meer bij de vrijwillige brandweer wil. Het brandgevaar neemt per saldo toe.

COLOFON

MedZ is een uitgave van VPHuisartsen, Medichain en APPR. De redactionele inhoud verwoordt niet noodzakelijk de standpunten van een van de uitgevende partijen, noch nemen zij verantwoordelijkheid voor de inhoud van redactionele artikelen.
www.vphuisartsen.nl
www.medichain.nl
www.appr.nl

Redactieadres
APPR
t.a.v. Anya Vos
Postbus 5135, 1410 AC Naarden
Telefoon: 035-694 32 45
e-mail: anya@appr.nl

Hoofdredactie
Herman Suichies,
e-mail: herman@suichies.com

Eindredactie
Anya Vos, telefoon: (035) 694 28 78,
e-mail: anya@appr.nl

Redactieadviesraad
Bob van Heukelom, Bianca Semmekrot,
Niels Rossen,Petra Pronk, Rinske van Goor,
Annelies Barendrecht, Hans Nobel.

Vormgeving
Merit op de Dijk (art direction), Marlies Mulder

Druk
Ten Brink, Meppel

Advertentieverkoop
Herman Wessels, telefoon: (035) 694 28 78,
e-mail: herman@appr.nl

Verspreiding en abonneren
MedZ wordt in een oplage van 4600 exemplaren verspreid onder de leden van VPHuisartsen en andere huisartsenpraktijken in Nederland. Neemt u voor meer informatie over abonneren contact op met VPHuisartsen: www.vphuisartsen.nl.

Verschijningsfrequentie
6 maal per jaar

Auteursrecht
Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van APPR mag niets uit deze uitgave openbaar worden gemaakt of op welke wijze dan ook vermenigvuldigd.

Lidmaatschap
Informatie over lid worden en uw lidmaatschap van VPHuisartsen kunt u vinden op www.vphuisartsen.nl.

Op de website van VPHuisartsen

In elke editie van *MedZ* de leukste en informatieve video's op de website van VPHuisartsen. Scan de QR-code met uw telefoon of tablet, of ga naar de website.

Voor de financiële specialisten een prachtige grafische weergave van toename van diverse kosten in de gezondheidszorg tussen 1980 en 2011
http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1310228

Een nascholing van 11 min over lage rugpijn. Aanstekelijk en mooi weergegeven
http://www.youtube.com/watch?v=BOjTegn-9RuY&feature=youtu.be

Een grappig maar verbazingwekkend testje over neurofysiologie
http://www.youtube.com/watch?v=5Qg24O864lI

Over smartphones:
http://t.co/ZE4ZVilYzc

Uit de oude doos, maar nog steeds actueel, van Kooten en de Bie over Wurgzorg
m.youtube.com/watch?v=cCRnADi8nGI&desktop_uri=%2Fwatch%3Fv%3DcCRnADi8nGI

Een wachtwoord kiezen? Lees bijgaande tweet van @henkvanderzwaan
pic.twitter.com/3gvpAaWWPk