

Verlag Zorgpoort 16 maart 2010

“Geïntegreerde eerstelijnszorg slimmer en efficiënter”

Door Wouter Boonstra

De lente kondigt zich aan. De hoogste tijd om de sneeuw op en rond het huis van de zorg op te ruimen en de loftrumpet te zwaaien over geïntegreerde eerstelijns zorg, aldus huisarts Johan Reesink tijdens de twaalfde editie van Zorgpoort.

De politiek moet lef tonen bij het opruimen van obstakels, zo luidde het thema van de bijeenkomst. Na de val van het kabinet zullen partijen ook in hun verkiezingsprogramma's lef moeten tonen. Met de bezuinigingen en de toenemende zorgvraag in het verschiep ziet Zorgpoortvoorzitter Jos Becker Hoff hierin een grote uitdaging. Grote vraag is welke rol de eerstelijns hierbij kan spelen en hoe substitutie wordt ingevuld. “Het besef moet komen dat we het beroep op hightechzorg moeten verminderen, want dat is niet altijd de beste zorg.”

Eerstelijns Centrum Tiel

Johan Reesink mag als eerste spreker de praktijk een gezicht geven. Hij vraagt zich af hoe de zorg overeind kan blijven, met de bezuinigingen in aantocht. “We moeten niet in het ingesneeuwde huis van de zorg blijven zitten, maar elkaar opzoeken.” Reesink, voorzitter van de Adviesgroep Ketenzorg en voormalig LHV-bestuurslid, was tot februari ook bestuurslid van Eerstelijns Centrum Tiel (ECT). Tiel blijkt niet zo'n gezond stadje te zijn. Het telt veel diabeten, heeft een grote Turkse gemeenschap en veel inwoners met een lage sociaal-economische status. In 2003 leek het erop dat er geen huisarts meer in Tiel overbleef. Reesink legt uit hoe verschillende zorgaanbieders daarop samenwerking zochten in het ECT. “Het ging er niet om of we wilden samenwerken, we moesten wel samenwerken.” Het ECT werd in 2007 opgericht: een centrum met 38.000 patiënten, 16 huisartsen en 24 overige zorgprofessionals. “Langzamerhand wordt het een bedrijf met een kleine 150 medewerkers en toch houden we de kikkers bij elkaar.” Kern van die samenwerking is kwaliteit en een rond de huisarts georganiseerde eerstelijns. “We bieden structurele zorg op een doelmatige manier in een zo plat mogelijk organisatie. Er is samenhang in de zorg en een plezierige en goede samenwerking.” Reesink wijst op het belang en de resultaten van integrale zorg. “Er is verbetering op alle fronten. Ook de regio pikt de samenwerking op en ook daar werkt men vaker samen en meer protocollair.”

Eerstelijns versterken

Succesfactoren van het ECT zijn volgens Reesink het onderhouden van de visie. “De schaalgrootte is marktmacht ten behoeve van de patiënt. Partijen moeten het domeindenken verlaten.” Valkuil is het tempo van de integrale bekostiging. Ook dbc-onderhandelingen en zorgverzekeraars volgen kost veel energie die ook naar zorg zou kunnen gaan. Reesink wil de eerstelijns versterken en een rem zetten op de tweede lijn. “Ziekenhuizen moeten we redesignen. We moeten werken met duidelijke, haalbare en controleerbare indicatoren.” Ook moet er een bezem door de huisartseninformatiesystemen (HIS) en moet de patiënt een stem krijgen. “En weg met de verevening door zorgverzekeraars, al moeten we oppassen voor risicoselectie.” Reesink wil ontschotting in de zorgverzekeringwet en de AWBZ. Verder merkt hij weinig van een gemeentelijke visie. “Er zijn hoge drempels en weinig betrokkenheid.” Gespreksleider Caspar Becc concludeert dat niet alleen inhoudelijke belangen spelen, maar ook een koppeling van culturen. Reesink: “Je moet elkaar vinden op wat je wilt bereiken. Je raakt in een stroomversnelling als je elkaar vindt.’ Samenwerking met internisten gaat vooral digitaal en vrij goed. “Bij longartsen vind je soms financiële weerstand. Daar moet je doorheen, maar dat lukt wel.’

Goede huisartsenzorg

Na Reesink mag de wetenschap haar zegje doen in de persoon van professor dr. Richard Grol, verbonden aan het Wetenschappelijk Instituut Kwaliteit Gezondheidszorg van het UMC Nijmegen. Hij kijkt in nationaal en internationaal opzicht naar kansen en risico's van samenwerking en geïntegreerde zorg. Grol begint in de Verenigde Staten, waar de kosten voor onnodige zorg jaarlijks 300 miljard zijn. Dat bedrag kan verminderen door foutenreductie, betere zorg voor chronische patiënten en een grotere rol van de huisarts. In Nederland leidt dat tot betere uitkomsten: lagere kosten, minder zorggebruik en tevreden patiënten. Nu is hier een tendens naar geïntegreerde zorg met de criteria: laagdrempeligheid, een breed aanbod, efficiëntie, continuïteit, preventie, coördinatie en samenwerking. Zestig procent van de zorgaanbieders en patiënten blijkt tevreden over het functioneren van de huidige gezondheidszorg en wil deze behouden. Het is laagdrempelig, financiële barrières ontbreken, er is uitstekende coördinatie en goede communicatie en een aandachtige huisarts. Grol geeft als voorbeeld een doorsneepraktijk in Nijmegen met 6000

patiënten, waaronder veel ouderen en laagopgeleide mensen. Er werken drie huisartsen, een hidsa, een haio en een verpleegkundige. In het gebouw is een apotheek, in de buurt staan twee verzorgingshuizen. Door het netwerk en de samenwerking ontstaat integratie. De thuiszorg is op afstand, de andere zorgverleners komen er langs. Tachtig procent van de chronische patiënten vindt dat ze gemakkelijk worden geholpen: ze hebben dezelfde of volgende dag een afspraak. Volgens Grol is dat bijna nergens anders ter wereld het geval. 91 procent ziet dezelfde huisarts die 92 procent van de nieuwe klachten afhandelt. Slechts 4,5 procent wordt doorverwezen naar de specialist. Taken als spirometrie, palliatieve zorg en kleine chirurgie worden vaker uitgevoerd door de huisarts. Alleen follow-up van borstkankeronderzoek blijft achter.

Substitutie

Grol onderscheidt drie manieren van substitutie: een totale transfer van verrichtingen, herallocatie (de specialist komt naar de eerstelijnspraktijk) en liaison (samenwerking tussen huisarts en specialist). Het effect van de transfer is het grootst. Driekwart van de huisartsen werkt nu naar NHG-standaarden, waarbij alleen het voorschrijven van medicijnen een laag percentage heeft: 62. Grol prijst de rol van praktijkassistenten die triage, advies, counseling van ouderen en coördinatie van zorg naar andere zorgverleners op zich nemen. Bij praktijken met NHG-accreditatie zijn de scores voor diabeteszorg het beste: 72 procent. Voor het risico op hart- en vaatziekten is dit een stuk minder. Substitutie van huisarts naar verpleegkundigen kan prima, maar onduidelijk is of de werkdruk van de huisarts dan wel afneemt. Positieve kosteneffecten lijken er wel te zijn. Tot slot geeft 95 procent in Nederland aan zorg te kunnen krijgen buiten kantooruren. Ter vergelijking: in de Verenigde Staten is dit 40 procent.

In de Nijmeegse spoedzorg in avond en weekenden verwijzen huisartsen slechts 6 procent door naar spoedeisende hulp of specialist. Negentig procent van de patiënten krijgen binnen een uur bezoek, 69 procent van de urgente gevallen binnen een kwartier. Ruim driekwart werkt volgens de NHG-richtlijn. Wel schrijven huisartsen teveel antibiotica voor en gebruiken ze dossiers niet optimaal.

Grol ziet goede voorwaarden voor geïntegreerde zorg. De toegang is goed geregeld, de samenwerking groeit. Vraag is hoeveel zorgoverdracht er kan zijn tussen huisartsen en chronische zorgspecialisten en huisartsen en ziekenhuisspecialisten. Samenwerking ziet Grol alleen bij concrete zaken, bijvoorbeeld tussen huisartsen en apothekers. Specialisten willen dingen graag in eigen hand houden. Informatieoverdracht naar de huisarts gaat moeilijk. Reesink roemt het keteninformatiesysteem, waar zowel specialist, als patiënt en apotheek in kan. Dat laatste is belangrijk voor nierfuncties. Toch wordt bloedonderzoek vaak uitgevoerd in het laboratorium door een specialist. "En daar kunnen we niet bij, dus dingen gebeuren toch dubbelop. Dat is zonde", aldus Reesink. Volgens Grol biedt het diabetespaspoort uitkomst. "Maar specialisten moeten daar wel achter staan."

Kamerleden

In een motie vroegen PvdA-Kamerlid Eelke van der Veen e.a. de minister voor 1 mei aan te geven hoe hij de zorg op de 'meest handige manier' wilde inrichten. De minister is daar niet aan toe gekomen, bovendien is het onderwerp na de val van het kabinet controversieel verklaard. Toch zijn er volgens Van der Veen slagen te maken. "De overheid moet daarbij een handje helpen." SP'er Henk van Gerven kiest voor de inhoudelijke weg: kleinschaligheid. Hij stelt vragen bij de grootte van huisartsenpraktijken. "Patiënttevredenheid is belangrijk, maar het gaat ook om kwaliteit en betrokkenheid van de arts. Wij sturen aan op de inhoud en willen niet meer vermarkten."

CDA-Kamerlid Antoinette Vietsch ziet de patiënt niet terug in de cijfers. Ze wil dat de patiënt kan kiezen voor een arts en een verpleeghuis. Ze is voor het EPD, want zelf gaat ze wel eens vanuit Utrecht naar het ziekenhuis in Rotterdam of Den Haag. Volgens Becx is dat voor een bijstandsmoeder moeilijker. Grol noemt Vietsch een modelconsument. "Maar de werkelijkheid is anders." Grol vindt denken vanuit de patiënt goed, maar vraagt zich af in hoeverre dit mogelijk is. "Alles opnieuw organiseren krijg je niet voor elkaar."

Bekostiging

Bert Groot-Roessink, bestuurslid van Zorggroep Almere piekert over het verrichtingensysteem. "Moet je de gezondheidstoestand niet de basis laten zijn? Bij chronische patiënten kunnen we objectieve factoren meten. Zo kunnen we doelmatige slagen maken, zoals een betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten. De zorgverzekeraars zijn wat mij betreft aan zet. De politiek kan later kaders aangeven." Van Martien Bouwman van Zorgverzekeraars Nederland hoeft de boel niet op de schop. De patiënt is bij de huisarts en de diabetespatiënt krijgt moderne zorg in de keten. "Hoe beter de verdeling, des te meer je overhoudt", redeneert hij. "Je moet programmatisch werken." Volgens Reesink is in Tiel alles verzameld. "Als je goede afspraken maakt in de wijk is het overal te organiseren en met goede kwaliteit." Atie Schipaanboord van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) maakt zich zorgen over de bekostiging. "Bij

een bedrag per patiënt krijg je een rare wrijving tussen het belang van de huisarts en de specialistisch verpleegkundige. De huisarts stuurt dan eerder een praktijkondersteuner dan een specialistisch verpleegkundige naar een patiënt." Reesink vindt dat de patiënt niet de dupe mag worden. "Je moet de specialistisch verpleegkundige sturen en de zorgverzekeraar vertellen dat je zo kwaliteit levert." Grol vindt dat verschillende partijen moeten toezien op het protocol. "Het is zeer onwenselijk als het protocol wordt uitgekleeft."

Organisatie

Eelke van der Veen wil nauwe aansluiting tussen eerste en tweede lijn. "Daarvoor is sturing nodig. We hebben minder vertrouwen in de markt, dus de overheid moet strakker aangeven hoe ze dit wil organiseren. We moeten de gewenste structuur helder neerzetten en kwaliteit moet de doorslag geven." Becker Hoff vraagt hoe de afstemming met de tweede lijn in Tiel is. Reesink wil betere samenwerking met ziekenhuizen. "Ik pleit voor redesign. De markt kan dat niet regelen, want dan exploderen de kosten." Een afgevaardigde van de Nederlandse Zorgautoriteit ziet het landschap in de ziekenhuiszorg veranderen. "Ze schuiven meer op naar de regio. Het verbaast me dat deze discussie op de eerstelijns is gericht. Ziekenhuiszorg gaat veel overnemen, vooral streekziekenhuizen. Ik noem dat voorwaartse integratie." Reesink zegt dat zoiets inderdaad gebeurt, als de eerstelijns blijft zitten. "Ziekenhuizen zien kansen, waar gaten vallen." Grol benadrukt dat meer samenwerking echt nodig is. Hij vindt de zorg complexer geworden en houdt veel verschillende vormen van organisatie mogelijk. "In Eindhoven is het huisartsenlaboratorium een serviceorganisatie, waardoor de huisarts zich op de essentie kan richten." Becx concludeert dat je veel kunt oplossen als je elkaar weet te vinden. Afsluitend spoort Becker Hoff de aanwezigen aan voor kansen te gaan in plaats van op risico's te wijzen. "Het wordt donderdag 17 graden. Hopelijk zijn we snel af van de sneeuw op en rond het huis van de zorg."