

GEMORREL AAN DE POORT

Huisarts verliest terrein in zorg voor chronisch zieken

De monopoliepositie van de huisarts is niet meer. Specialisten azen op hun deel, gespecialiseerde verpleegkundigen morrelen aan de poort. De strijd om de diabetespatiënt wordt gevoerd met argumenten over kwaliteit. Maar ook concurrentie speelt een rol.

EVERT PRONK

Vanwege de vele Hindoestanen in Den Haag telt de hofstad relatief veel diabetespatiënten. Veel klanten, zou een marktkoopman denken. In lijn met de introductie van marktwerking in de zorg, denken ook artsen steeds marktgerichter. Nadat Medisch Centrum Haaglanden al eerder een diabetescentrum oprichtte, opende de Stichting Huisartsen Laboratoria uit Breda op verzoek van een groep huisartsen eind vorig jaar een diabetesdienst in Den Haag. Lisette Romijn, woordvoerder van de huisartsen, geeft aan dat de huisartsen hiermee anticiperen op de concurrentiestrijd die lokaal zal ontstaan in de diabeteszorg.

Romijns voorspelling kwam uit. Inmiddels nemen ook de ziekenhuizen in de regio Den Haag deel aan de strijd. Op verzoek van de Huisartsen Kring Haaglanden bieden de ziekenhuizen ondersteuning aan de eerste lijn.

OPHEF

Bij de zorg voor diabetespatiënten kunnen huisartsen en specialisten in elkaars vaarwater zitten. Hoewel internisten naar eigen zeggen een andere populatie zien, geeft de ophef rond de transmurale keten-DBC diabetes, zoals in 2004 in Medisch Contact opgetekend in verschillende artikelen, aan dat er wel degelijk een spanningsveld is. DBC's betekenen immers geld. En geld is inkomen.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is er helder over: diabeteszorg is in eerste instantie huisartsenzorg. Het is weliswaar complexe zorg, maar dat is op te lossen met praktijkondersteuners: bijgeschoolde verpleegkundigen of praktijkassistentes. Die kunnen drie van

de vier controles doen. De huisarts ziet de diabetespatiënt één keer per jaar.

Diabeteszorg is dus huisartsenzorg. Tot en met vorig jaar bepaalde de wet dat huisartsenzorg door een huisarts wordt geleverd. Echter, in de Zorgverzekeringswet die in januari inging is dat niet meer zo. In de tekst is een subtiele wijziging aangebracht, die grote gevolgen kan hebben. In de Ziekenfondswet stond dat huisartsenzorg werd geleverd zoals dat 'in de kring der beroepsgenoten gebrui-

'Voor integrale zorg is een generalist nodig'

kelijk is'. Ofwel: in de huisartsenpraktijk. In de Zorgverzekeringswet is niet wettelijk verankerd wie welke zorg levert. Verzekerden hebben recht op integrale eerstelijnszorg 'zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.' (zie ook MC 2006/1: 20-2). Dit houdt in dat in theorie ook anderen dan huisartsen huisartsenzorg kunnen verlenen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is faliekant tegen dit onderdeel van de wet. 'Voor integrale zorg is een generalistisch werkende professional nodig die zijn patiënt kent. De huisarts dus,' zegt Karel Rosmalen, beleidsmedewerker bij de LHV. 'In een eerdere versie van de Zorgverzekeringswet stond nog dat de verzekeraar uitmaakt wie de huisartsenzorg levert. Dankzij een motie is die tekst aangepast. Vastleggen dat huisartsenzorg enkel en alleen door huisartsen kan worden geleverd, zat er niet in.'

Rosmalen benadrukt dat de gevolgen van de formulering voor de concurrentiepositie van de huisarts niet de insteek zijn geweest om te lobbyen voor aanpassing van de wettekst. 'Het gaat ons om de kwaliteit van de huisartsenzorg. Ik ben niet bang voor onze concurrentiepositie. Huisartsen zijn het best gekwalificeerd voor het verlenen van integrale zorg.'

In een 'analyse' van marktwerking door Stichting De Vrije Huisarts (www.devrijehuisarts.org) wordt de wettekst wel gezien als een aantasting van de concurrentiepositie van de huisarts. In de analyse - in feite een pamflet tegen marktwerking - beweert de stichting dat de overheid huisartsen ziet als 'een ongewenste marktpartij die moet worden omgelegd, of die gewenst marktgedrag moet worden opgelegd.'

Het pamflet noemt als middelen waarmee het kabinet dit tracht te bereiken onder meer de toekenning van verwijsbevoegdheid aan bedrijfsartsen, de vrije toegankelijkheid tot de fysiotherapeut, de afschaffing van het inschrijven op naam en de komst van transmurale DBC's. De keten-DBC diabetes wordt als voorbeeld genoemd.

TWEDELIJNS DBC

Niet elke huisarts deelt de zorgen van Stichting De Vrije Huisarts. Martijn van Nunen, huisarts in het Academisch Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, is vorige week van start gegaan met een eerstelijns DBC diabetes. 'Als we voor een patiënt specialistische zorg nodig hebben, dan kopen we die in. CZ vindt het geen probleem dat in Maastricht juist met een tweedelijns DBC diabetes wordt gewerkt. Dan kunnen ze beide mooi vergelijken.'

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Huisartsen, specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen strijden om de diabetespatiënt.

Volgens Van Nunen is er geen concurrentiestrijd om chronische patiënten gaande tussen ziekenhuizen en huisartsen. 'Wij denken niet in termen van afpikken.' Hij erkent dat als blijkt dat de tweedelijns DBC diabetes dankzij - bijvoorbeeld - het inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen gunstiger is wat betreft de prijs-kwaliteitverhouding, zijn gezondheidscentrum een probleem heeft. 'Dan zitten we in de penarie. Maar daar ben ik niet bang voor. Je moet het goed organiseren. Ik neem aan dat de zorgverzekeraar ook oog houdt voor het feit dat wij als generalisten een meerwaarde hebben.'

Van Nunen voert de diabeteszorg uit met generalistisch werkende praktijkondersteuners. 'De controles moeten binnen de praktijk plaatsvinden. Het overleg vindt bij ons rond het bureau van de dokter plaats. Alle gegevens worden in het HIS ingevoerd. Zo houd je overzicht. De moeilijkere gevallen doe ik zelf. Alleen al om oog te houden voor comorbiditeit. Je moet het natuurlijk in de vingers houden. Ook om kennis te kunnen overbren-

gen aan huisartsen in opleiding. Een haio loopt eerst met de praktijkondersteuner mee, volgt daarna een aantal keren het overleg dat ik met de praktijkondersteuner heb en moet dan zelf met diabetespatiënten aan de slag.'

VOORSCHRIJFBEVOEGDHEID

Minister Hoogervorst is bezig wettelijke belemmeringen voor taakherschikking af te schaffen (zie *kader blz. 576*). Hij wil gespecialiseerde verpleegkundigen de bevoegdheid geven zelfstandig medicijnen voor te schrijven. In een brief aan de Tweede Kamer schrijft hij: 'In lijn met het verlenen van de voorschrijfbevoegdheid past het om ook de mogelijkheid te bieden van de zogenaamde "dokterstas": indien men zelfstandig een groep patiënten behandelt, moet het mogelijk zijn om in spoedeisende gevallen zelf over geneesmiddelen te beschikken voor toediening aan patiënten.'

Van Nunen is niet gecharmeerd van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen, die een deel van de huisartsenzorg overnemen. 'Dan verlies je overzicht

en ervaring. In het verleden hebben wij ook met een gespecialiseerde verpleegkundige gewerkt, maar daarmee zijn we gestopt toen we merkten dat ze de ziekenhuispopulatie als referentie had. Ze adviseerde de praktijkondersteuner om patiënten over te zetten op tweedelijns medicatie die de specialist die haar aanstuurde beter vond.'

Van Nunen staat niet alleen in zijn scepsis tegenover gespecialiseerd verpleegkundigen. Vorige maand schreven drie artsen van het NHG in Medisch Contact (MC 9/2006: 371) dat 'invoering van een zwaardere functiecategorie' ongewenst is. 'Door "alledaagse" aandoeeningen en veelvoorkomende klachten te delegeren aan een nurse practitioner, zou de huisarts wel eens te ver van zijn patiënten af kunnen komen te staan', meldt het artikel (zie ook *Brieven, blz. 590*).

TAAKHERSCHIKKING

Volgens Ron Helsloot, een van de drie NHG-medewerkers, sluit het artikel aan bij de recente NHG-Standpunten over de zorg voor patiënten met chronische >>

EEN RECEPT VAN DE ZUSTER

<< aandoeningen en over ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk. 'De huisartsenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen vereist samenwerking in grotere huisartsenpraktijken en taakdelegatie. Daarbij is het NHG niet per se tegen enige vorm van specialisatie, maar een volledig zelfstandig werkende gespecialiseerde verpleegkundige gaat te ver. Dat druipt in tegen integrale continue zorg. Zeker als de gespecialiseerde verpleegkundige ook voorschrijfbevoegdheid heeft.'

In de diabeteszorg kan de gespecialiseerde verpleegkundige een serieuze speler worden. Zeker als het voornemen van Hoogervorst doorgaat om gespecialiseerde verpleegkundigen voorschrijfbevoegdheid te geven. In principe kunnen zorgverzekeraars of commerciële partijen immers zelf op onderdelen huisartsenzorg gaan aanbieden met gespecialiseerde verpleegkundigen.

ZELFZORGPOLIS

In de visie van verzekeraar OHRA op diabeteszorg is een belangrijke rol weggelegd voor de diabetesverpleegkundige. 'Zij is hét aanspreekpunt voor patiënten die een speciale diabetespolis hebben,' zegt Willem Koelewijn, directeur Zorg van DiaVitaal, de diabetespolis van OHRA. 'Patiënten die de DiaVitaal zelfzorgpolis hebben, voeren op internet zelf hun meetwaarden in een eigen medisch dossier in. Ze kunnen ook zelf kwartaalcontroles uitvoeren. Voor vragen kunnen patiënten terecht bij een diabetesverpleegkundige van een door ons gecontracteerd regionaal diabetescentrum.'

De NHG, LHV en de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHag) hebben kritiek op de polis van OHRA omdat de huisarts geen centrale rol meer heeft (zie ook *NieuwsReflex*). 'We zitten in een overgangssituatie,' reageert Koelewijn. 'Op termijn krijgt de huisarts de uitslagen van de jaarcontroles automatisch en dan kan deze de behandelingsverantwoordelijkheid weer op zich nemen.'

Agis, ook een zorgverzekeraar met een speciale polis voor diabetespatiënten, heeft net als OHRA geen plannen om zelf gespecialiseerde verpleegkundigen in dienst te nemen. 'Gespecialiseerde verpleegkundigen die in Amsterdam in een Diabetesbus huisartsenpraktijken aandoen, zijn in dienst van de Stichting Diabeteszorg Amsterdam-Oost en Amsterdam-Centrum,' antwoordt Ellen

Minister Hoogervorst wil dat gespecialiseerde verpleegkundigen ook geneesmiddelen mogen voorschrijven. De voorschrijfbevoegdheid moet worden geregeld in de Wet BIG. Omdat de aanpassing hiervan pas in het najaar mogelijk is, wil Hoogervorst dit alvast in de Geneesmiddelenwet regelen. In deze wet wordt namelijk niet meer vastgelegd wie geneesmiddelen mag voorschrijven.

Volgens hoogleraar gezondheidsrecht Johan Legemaate hoort de voorschrijfbevoegdheid van de gespecialiseerde verpleegkundige niet thuis in de Geneesmiddelenwet. 'De Wet BIG gaat over de kwaliteit van de gezondheidszorg.' Legemaate snapt ook niet waarom Hoogervorst op stel en sprong de voorschrijfbevoegdheid moet regelen. 'We vragen al jaren om evaluatie en aanpassing van de Wet BIG. Daar is pas afgelopen najaar mee begonnen. Bovendien is de discussie over de wenselijkheid van de voorschrijfbevoegdheid voor gespecialiseerde verpleegkundigen nog niet helder. De KNMG houdt op 26 april een congres over taakherschikking. Dit is een uitgelezen plek om hierover te discussiëren met de verschillende beroepsgroepen.

Op de vraag aan het ministerie van VWS wie ná de invoering van de bijgestelde Geneesmiddelenwet, maar vóór de herziening van de Wet BIG verantwoordelijk is voor een voorschrijffout van een gespecialiseerd verpleegkundige, kan het ministerie geen antwoord geven. 'Het staat nog niet vast hoe de voorschrijfbevoegdheid van de gespecialiseerde verpleegkundige wettelijk wordt geregeld. Daar kunnen we dus nog geen uitspraken over doen.' << EJP

van der Vorst, manager zorg bij Agis. 'Ons diabetesprogramma Diagis gaat uit van de NHG-standaard. Wij vinden dat diabeteszorg in de eerste lijn thuishoort en dat de huisarts hierbij een coördinerende taak heeft. We merken bij de uitrol van Diagis dat de diabeteszorg in ontwikkeling is. Zo worden we wel eens benaderd met voorstellen om diabeteszorg vanuit een centrum met gespecialiseerde verpleegkundigen aan te bieden, maar over het algemeen is dat niet concreet. Het is aftasten. Ook komt het voor dat we in een regio waar we contracten sluiten, gebeld worden door het ziekenhuis met de mededeling: "De diabetespatiënt is van ons". Dat gebeurt natuurlijk alleen als het ziekenhuis capaciteit over heeft.'

Voor het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam was overcapaciteit geen argument om te investeren

'Ondernemen is wat anders dan een praktijk draaiend houden'

in de Diabetesbus. 'Marktwerking heeft geen rol gespeeld,' zegt initiatiefneemster en internist Teri Brouwer (OLVG). 'Daar ben ik geloof ik toch iets te idealistisch voor. Onze ondersteuning bij diabeteszorg is op verzoek en ter ondersteuning

van de huisartsen. In de bus vindt funduscopie, voetonderzoek en voorlichting door diëtiste en diabetesverpleegkundige plaats. In principe kunnen huisartsen de diabeteszorg helemaal uitbesteden, maar dat heeft tot nu toe geen enkele participerende huisarts gedaan.'

Brouwer beaamt dat het ziekenhuis ook geen idealistische redenen heeft voor de bus. 'Je bindt de huisartsen natuurlijk aan je in de hoop dat ze zo nodig naar het OLVG verwijzen.'

MONDJESMAAT

Ron Helsloot van het NHG vindt een actieve opstelling van huisartsen van belang. 'Of je wilt of niet, huisartsen zullen moeten gaan ondernemen. Je moet werken aan je onderhandelingspositie. Dat kan door je in grotere verbanden te verenigen, of door met meerdere huisartsenpraktijken gezamenlijk een directeur in dienst te nemen. Ondernemen is wat anders dan een praktijk draaiend houden. Je moet je markt in de gaten houden, dus onderzoeken hoe je praktijkpopulatie er uitziet en zich zal ontwikkelen.'

Helsloot vindt dat marktwerking wel een gevaar in zich draagt. 'Ik ben beducht voor het tegen elkaar uitspelen van partijen. We moeten juist samenwerken, zodat er goede ketenzorg ontstaat. De juiste zorg door de juiste zorgverlener, dat is kostenbewuste gezondheidszorg.' ■

