

LHV-VOORZITTER ELLA KALSBEEK OVER ACTUELE PIJNPUNTEN VOOR HUISARTSEN

## ‘Het bord van de huisarts is te vol’

LHV-voorzitter Ella Kalsbeek pleit voor praktijkverkleining en meer vertrouwen in de professional. ‘Wij proberen dingen op meerdere manieren te bereiken; als het nodig is ook door kabaal te maken.’

**E**en halfjaar is Ella Kalsbeek nu voorzitter van de LHV. Sinds haar aantreden heeft ze wekelijks twee tot drie werkbezoeken bij haar achterban afgelegd: ‘Om gevoed te worden met de ontwikkelingen in het veld’. Ze zegt er veel van te leren. Ze ziet dat er steeds meer van de huisarts wordt verwacht. Een deel van de zorg wordt bijvoorbeeld overgenomen door POH’s, maar de huisartsen moeten zelf meer en complexere zorg leveren. ‘Huisartsen’, stelt ze in haar ruime werkkamer bij de LHV vast, ‘hebben een vol bord. Ze pakken veranderingen voortvarend op. Denk aan de veranderingen in de ggz: de komst van de POH-ggz is een groot succes. Maar er is ook veel irritatie; de verantwoording die ze voortdurend moeten afleggen, de lijstjes die ze moeten afvinken. Dat geeft een enorme en begrijpelijke antihouding. Let wel: ik zeg niet dat er niets meer mag veranderen, maar het moet wel beheersbaar blijven. Het is nu te veel, te veel tegelijk en er is te veel onzekerheid.’ Soms is er een druppel die de emmer doet overlopen, getuige bijvoorbeeld de recente heisa over het visitatieprogramma, dat nota bene uit de koker van NHG en LHV zelf kwam. Tijdens de LHV-ledenraad van 10 februari bleek de onrust over de nieuwe

herregistratie-eis zo groot dat LHV en NHG het hele programma nog maar eens goed gaan bekijken. Kalsbeek: ‘Het kwam op een moment waarop er al veel gaande was. Het was het extra aardappeltje op dat volle bord, dat er vervolgens dus afkukelde. Ik denk overigens dat we hier op een goede manier uitkomen door het visitatieprogramma facultatief te maken voor huisartsen in een geaccrediteerde praktijk.’

### BIO

Ella Kalsbeek (1955) studeerde rechten aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Vanaf 1989 was ze Tweede Kamerlid voor de PvdA en van januari 2001 tot juli 2002 staatssecretaris van Justitie in het kabinet-Kok II. Daarna was ze weer lid van de Tweede Kamer, tot 2006. Van 2007 tot 2014 was ze voorzitter van de raad van bestuur van Altra, een instelling voor jeugdzorg en speciaal onderwijs in Amsterdam. Ella Kalsbeek is getrouwd en heeft drie kinderen.

Dé remedie om dat volle bord wat meer behapbaar te maken is praktijkverkleining – Kalsbeek heeft het vanaf de aanvang van haar voorzitterschap gezegd. ‘Dat betekent niet dat een huisarts voor minder patiënten moet gaan zorgen. Maar wel dat hij of zij die keuze kan maken: meer zorg voor minder mensen, of, aan de andere kant, hulp inzetten om meer zorg te leveren aan een qua omvang gelijk gebleven groep patiënten.’

*Er is meer waarover huisartsen niet tevreden zijn. De manier waarop contractering met zorgverzekeraars in zijn werk is gegaan bijvoorbeeld.*

‘Ja, dat blijkt ook uit onze recente peiling. Dat ze niet in contact konden komen met degenen met wie ze geacht werden een contract te sluiten, maakt ze nog ongelukkiger. We vonden dat de marktmeester, de NZa, daar iets aan moest doen. Maar die zegt er alleen maar op toe te kunnen zien of de verzekeraars hebben voldaan aan hun zorgplicht: hebben ze voldoende zorg ingekocht? Dat vond ik een eyeopener: hier werkt het systeem dus niet goed. Het huidige zorgstelsel bevat onevenwichtigheden. De macht ligt bij één partij: de verzekeraars. Ze hoeven niet met individuele huisartsen te onderhandelen – dat heeft de rechter afgezegd. Ze mogen niet onderhandelen met vertegenwoordigers van de huisartsen. En ze willen niet onderhandelen met zorgmakelaars – wat wel zou mogen. Dat alles jaagt huisartsen in een defensieve stand: ze willen even niet meer.

‘De professional moet zijn verantwoordelijkheid weer terugkrijgen’



DE BEELDREDAKTIE / ERIK VAN 'T WOUDE

Terwijl je juist hun energie en vakkennis nodig hebt om de zorg te vernieuwen. Gelukkig vinden de verzekeraars ook zelf dat contractering op deze manier niet goed is gegaan. We gaan het gesprek met ze aan over hoe het volgend jaar anders en vooral beter kan.’

***Snapt u huisartsen die zeggen: ik doe hier niet meer aan mee, dan maar geen contract?***

‘Dat snap ik heel goed. Ik ben als jurist opgeleid, en één van de dingen die ik heb onthouden is dat je bij het afsluiten van een contract allebei moet weten wat je tekent. Heel veel huisartsen tekenen; niet

omdat ze het eens zijn, maar omdat ze geen andere mogelijkheid zien. Het frustrerende is dat de LHV hierover niet mag adviseren – op straffe van een boete. Huisartsen lopen voortdurend aan tegen de onmogelijkheid van samenwerking, omdat marktwerking en mededingings-

regels daar grenzen aan stellen.

We hebben onze advocaten gevraagd een notitie te maken over wat er in dat opzicht nog wel kan en mag. Ze kwamen terug met een opsomming van vijf kantjes met wat er allemaal niet kan – getoetst door de Autoriteit Consument & Markt. Daar word ik chagrijnig van. Ik heb het bij de minister neergelegd. Het onderwerp moet in beeld blijven: daarom is het ook goed dat er nu een motie ligt die vraagt om een onderzoek naar de mogelijkheid voor de eerste lijn een uitzondering te maken in de Mededingingswet.’

## ***Snap u ook dat huisartsen moe zijn van alle sturing en controle?***

‘Ja, we moeten echt van “meer meten” naar “meer vertrouwen”. Er is een enorme neiging tot controle. Controle op de declaraties bijvoorbeeld, waar op zichzelf overigens niets mis mee is. Maar wat daarbij telkens weer steekt is het onderliggende wantrouwen. De professional moet zijn verantwoordelijkheid weer terugkrijgen. De drive van professionals is altijd: kan ik mijn werk beter doen. Zien ze dat bij een ander iets goed werkt, dan gaan ze het zelf ook toepassen. Er zijn heel veel huisartsen die vernieuwingen willen, maar ideeën voor S3 worden vaak ongemotiveerd afgeschoten. Ik bedoel: hoe kun je het nu verzinnen om een meekijkconsult niet te willen betalen? Onbegrijpelijk! (Segment 3 is dat deel van de financiering van huisartsenzorg waarbinnen met verzekeraars afspraken worden gemaakt over zorgvernieuwing zoals adequaat doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, e-health en ‘meekijkconsulten’ door een medisch specialist, red.) Onlangs was ik bij een kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Ze wil een netwerkje opzetten met één of twee wijkverpleegkundigen, een POH-ouderenzorg die zelf de vinger aan de pols houdt en terugkoppelt naar haar en de wijkverpleegkundige, en een specialist ouderengeneeskunde in de tweede lijn die advies geeft en desnoods zelf uitrukt als de huisarts het even niet meer weet. Dat kan in al zijn eenvoud een perfect werkend systeem zijn. Ze had ook nog een onder-

## **‘Eerder gericht op consensus dan op verzet? Ik baal zeer van dat beeld’**

zoekje gedaan en vastgesteld dat ze zo geld bespaarde: patiënten hoefden minder vaak opgenomen te worden. Dat is nu het type vernieuwing dat uit de professional zelf komt. Waar wacht een verzekeraar nog op! Maar ja, ik hoor dat in Amsterdam een zorgverzekeraar weer wil ophouden met het subsidiëren van de POH-ouderenzorg.’

***De substitutiemonitor, die in beeld moet brengen hoe er wordt overgeheveld van de tweede naar de eerste lijn, is er nog steeds niet. Of die er komt is steeds twijfelachtiger. Als je nu iets in segment 3 wilt doen moet je, zoals de huisarts uit uw voorbeeld, altijd een businesscase hebben waardoor je substitutie kunt aantonen.***

‘Een irreële eis. Als een huisarts vasectomieën wil gaan doen, kun je op de achterkant van een sigarendoosje uitrekenen wat dat bespaart. Simpler kan het niet. In Nederland bestaat al jaren beleid dat erop gericht is het aantal verkeersdoden terug te dringen: door alcoholcontroles, fietspaden enzovoort. Maar je kunt niet per stoplicht uitrekenen hoeveel verkeersdoden dat scheelt. Het is het totale beleid dat daaraan bijdraagt. Zo moet je aanpak in de zorg ook zijn. Iedereen is doordrongen van het belang van substitutie en van poortwachterschap: dus stimuleer dat dan ook, in plaats van voortdurend in die controlemodus te schieten.’

***Maar de crux is natuurlijk dat in de tweede lijn niet minder zorg wordt ingekocht.***

‘Inderdaad. Neem de diabetesketens: daar valt 80 tot 90 procent van de diabetespatiënten in. Dus kun je nu nagaan

hoeveel internistenconsulten er nodig waren voordat die ketens er waren en dus hoeveel je minder moet inkopen. Is er veel minder ingekocht? Nee. Ik weet het: ziekenhuizen zijn machtig, ze hebben vaak meerjarenafspraken met zorgverzekeraars en, zeker, ze moeten ervoor waken dat hun zorgplicht niet in het geding komt. Dat geeft verzekeraars minder ruimte. Maar verzekeraars kunnen niet én ziekenhuizen de hand boven het hoofd houden én substitutie bevorderen. Zorginkopers bij de verzekeraars doen nu óf de eerste óf de tweede lijn. Dat moeten ze bundelen, dat zou al veel uitmaken.’

## ***Hoe gaat het met de LHV zelf?***

‘U weet dat we niet meer namens de huisartsen mogen onderhandelen. Dat heeft onze rol veranderd. Het zou goed zijn als we meer regionaal kijken wat er nodig is aan zorg. Wat zijn belangrijke ontwikkelingen; waar willen huisartsen ondersteuning of input van de LHV?’ Kalsbeek zegt ook verbinding te zoeken met VPHuisartsen: ‘De verschillen tussen VPHuisartsen en de LHV zijn namelijk helemaal niet zo groot. Het is meer de manier waarop je je punten agendeert. Zij denken dat confrontatie zoeken een manier is, die uiteindelijk werkt. En soms is dat ook zo. Wij zitten aan alle tafels en proberen dingen op meerdere manieren te bereiken – als het nodig is ook door kabaal te maken.’

***Dat is precies de kritiek: de LHV zou eerder gericht zijn op het bereiken van consensus met de partijen in het zorgveld, dan op verzet.***

Fel: ‘Daar ben ik het pertinent mee oneens. Ik baal zeer van dat beeld. Als je iets vindt dan ga je daarvoor staan en durf je op een gegeven ogenblik ook te zeggen: tot hier en niet verder. En dat doen wij dus!’ ■

## **web**

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).