

MEER WAARDERING NODIG VOOR HET AMBACHT VAN DE DOKTER

# Huisartsenzorg = basiszorg

Basiszorg is de kern van het huisartsenvak, maar dreigt toch, mede door de ketenzorg, in het gedrang te komen. Ook in de bekostigingsvoorstellen van de NZa. Het dagelijks werk van de dokter moet in ere worden hersteld, vindt huisarts Marije Holtrop.

In haar reactie op het bekostigingsvoorstel huisartsenzorg van de NZa waarschuwt de LHV voor een geleidelijke groei van segment 2 (programma's multidisciplinaire zorg) en 3 (zorgvernieuwing) ten koste van segment 1 (de basisvoorziening huisartsenzorg). Ze betoogt dat de basiszorg altijd het overgrote deel van de huisartsenzorg zal uitmaken en dat nieuwe vormen van zorg alleen kunnen bestaan bij de gratie van een sterke huisartsenbasiszorg (zie ook MC 2014/09: 410). Hoewel deze argumentatie voor zowel huisartsen als patiënten gesneden koek is, blijken beleidsmakers een stuk meer moeite te hebben met het op waarde schatten van deze basiszorg. Zeker, de huisarts krijgt door VWS en verzekeraars een centrale rol toebedeeld als het erom gaat de zorg betaalbaar te houden. Hierbij wordt echter vooral benadrukt hoe de huisarts moet veranderen: meer samenwerkingsverbanden aangaan, meer wijkgericht werken, meer preventie plegen, meer zorgstraten ontwikkelen en meer op gezondheidsuitkomsten afgerekend worden. Het NZa-rapport biedt allerlei prikkels om die veranderingen

aan te brengen, maar gaat volledig voorbij aan de vraag of dat wenselijk is. De kern van de huisartsenzorg is namelijk de continue, integrale, persoonlijke zorg voor de patiënt. Dergelijke basiszorg is in essentie niet te benchmarken, want draait om zachte zaken als vertrouwen, geruststelling en steun. In het huidige 'meten is weten'-tijdperk lijkt deze kern echter een sullig anachronisme, en voor beleidsmakers een ergerlijke black box, waar wel geld in gaat, maar waarvan de opbrengst uiterst onzeker is. Nu dat leidt tot plannen om de financiering van de basiszorg langzamerhand te marginaliseren ten faveure van allerlei innovaties die hun waarde nog niet bewezen hebben, is het de hoogste tijd om meer begrip en waardering te kweken voor ons dagelijks werk.

## Versnipperd

In de afgelopen jaren zijn huisartsen op grote schaal gestructureerde diabetes-, COPD- en CVRM-zorg gaan leveren, wat op veel fronten verbetering heeft gebracht. De keerzijde van geprotocolleerde zorg is echter dat een prikkel ont-

staat tot het leveren van maximale zorg in plaats van optimale zorg. Optimaal in de zin van gericht op de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Daarom is, voordat nu uitgebreid ingezet wordt op verdere ontwikkeling van zorgstandaarden en -straten, een kritische evaluatie nodig van de ketens tot nu toe. Waarschijnlijk is de doelmatigheid veel verder te vergroten door de zorg te individualiseren en het krampachtig najagen van benchmarks los te laten.

Daar komt bij dat ketenzorg maar betrekking heeft op een zeer beperkt percentage van de patiëntenpopulatie, terwijl de omvangrijke benchmarkverplichtingen waaraan huisartsen in dat kader moeten voldoen, ongeveer een derde van de tijd van praktijkverpleegkundigen opslokken en van de praktijk onevenredig veel inspanningen vergen op het gebied van scholing en praktijkorganisatie. Zozeer dat verdringing van de generalistische zorg dreigt.

Daarnaast is er een grens aan het opdelen van de zorg over diverse functionarissen binnen de huisartsenvoorziening. Als de

Generalistische  
zorg dreigt  
te worden  
verdrongen



FRANK MULLER | HOLLANDSE HOOGTE

huisartsgeneeskunde versnipperd raakt in zorgstraten die door praktijkverpleegkundigen worden behartigd, is het gevolg dat de huisarts zijn patiënten minder persoonlijk kent. Zo wordt sinds de introductie van de POH-ggz een groot deel van de begeleiding van lichtere psychische problemen al niet meer door de huisarts zelf gedaan, terwijl juist deze begeleiding erg bijdraagt aan het verstevigen van de arts-patiëntrelatie. Het optimum van taakde-

legatie binnen de huisartsenpraktijk lijkt bereikt, of zelfs al overschreden.

### **Versterk de basiszorg**

De basiszorg is slecht te benchmarken, maar de kwaliteit van deze zorg is wel degelijk positief te beïnvloeden. Idealiter handelt de huisarts in lijn met de NHG-Standaarden, die evidencebased onderbouwing geven voor het verstandig aanvragen van diagnostiek, voorschrijven en

verwijzen. In de praktijk zijn er natuurlijk veel meer invloeden. Lacunes in kennis, gebrek aan tijd, eisende patiënten, defensief gedrag na een gemiste diagnose, onwetendheid over de kosten van diagnostiek kunnen allemaal aanleiding zijn tot het inslijten van minder wenselijk gedrag. Daarom is stelselmatige interventie nodig, aan de hand van spiegelinformatie over verwijs- en voorschrijfgedrag. Dit moeten geen vrijblijvende bijeenkom-

## E-SIGARETTEN

In de Verenigde Staten is de discussie al losgebarsten en ook wij krijgen 'm hier: moet het gebruik van e-sigaretten aan banden worden gelegd of is het een gezond alternatief voor gewone sigaretten? Voor als u niet weet waar ik het over heb: een e-sigaret is een buisje in de vorm van een sigaret waar louter nicotine – geen tabak dus – in zit. Net als bij een gewone sigaret inhaleert de gebruiker een damp die door verhitting elektronisch wordt geproduceerd. Het apparaatje ziet er ook net zo uit als een sigaret, met een gloeiend topje, en produceert 'rook', maar dan zonder de carcinogenen die in de klassieke sigaret zitten. Anders gezegd, een manier om veilig verslaafd te blijven aan een van de meest verslavende stoffen die we kennen: nicotine. Voorstanders zien het als een manier om rokers voor de dood te behoeden en zo wordt het ook verkocht (zie [esigaret.com](http://esigaret.com) bijvoorbeeld): van roken kom je toch niet af, dan maar op een niet gevaarlijke manier verslaafd blijven. Tegenstanders, onder wie schrijver dezes, zien de e-sigaret als een legitimering van een verslaving en een handige manier van vele bedrijven om geld te verdienen aan het verslaafd houden van miljoenen mensen. Hoewel de e-sigaret als hulpmiddel wordt aangeprezen om met roken te stoppen, is inmiddels gebleken dat gebruik ervan het roken, althans van nicotine, niet vermindert. En is nicotine eigenlijk wel zo onschuldig? Het induceert tachycardie, verhoogt de bloeddruk en beschadigt mogelijk de vaatwand. Nog afgezien van de psychomimetische werking die het middel zo verslavend maakt. Kortom, het effect op de gezondheid van e-sigaretten is nauwelijks onderzocht, laat staan bekend. Totdat we de effecten ervan kennen, moet dit bedrieglijke instrumentje niet toegelaten worden.

René Kahn

sten zijn. Gedrag dat duidelijk afwijkt van de groepsnorm moet worden geanalyseerd en deze analyse moet uitmonden in een actieplan, dat bij een volgende gelegenheid opnieuw wordt getoetst. Een dergelijke continue toetsing van het eigen gedrag aan dat van collega's zal een sterk bijsturende werking hebben. Ondoelmatig gebruik van diagnostiek kan worden teruggedrongen door een passend aanbod van eerstelijnsdiagnostiek te realiseren en de prijzen ervan zichtbaar te maken. Tenslotte kan een laagdrempelige mogelijkheid om vooraf met een specialist te overleggen een verwijzing vaak voorkomen. Dit zijn niet zozeer innovaties als wel het versterken van de basiszorg zoals we die kennen. Verder kan de basiszorg ten onder gaan aan zijn succes als huisartsen niet duidelijk grenzen aangeven. Het uitbouwen van ouderenzorg in de huisartsenpraktijk kan bijvoorbeeld nooit een antwoord zijn op de toenemende verschraving in de care door de bezuinigingen op zowel thuiszorg, dagbesteding als verblijfszorg. Ook kan de huisarts niet garant staan voor een behoud van de kwaliteit van de ggz als die in het kader van bezuinigingen voor een groot deel overgeheveld wordt naar de

## Huisarts is geen panacee voor gaten die in de zorg vallen

huisartsenpraktijk. Huisartsen moeten verder duidelijk aangeven dat de huisartsenpraktijk geen goede uitvalsbasis is voor preventieve acties op populatieniveau. Dat is een taak van de (lokale) overheid. De huisarts wordt al te vaak naar voren geschoven als panacee voor gaten die in de zorg vallen door bezuinigingen. De huisarts moet zich in dit krachtenveld duidelijker profileren als medicus werkzaam in de curatieve zorg en duidelijk-

heid geven over zowel de mogelijkheden als de beperkingen die deze positie biedt.

### Bekostiging

Wat beleidsmakers eigenlijk zouden moeten willen is dat huisartsen basiszorg in optima forma leveren. Het huidige financieringsstelsel biedt voldoende mogelijkheden om bovenstaande voorstellen ter versterking van de basiszorg te realiseren. Deelname aan intervisie kan prima gecontracteerd worden als opslag boven op het abonnementstarief. Door een tarief in het leven te roepen voor transmurale consultatie voor zowel huisarts als specialist, wordt een duidelijke prikkel richting gewenst gedrag gegeven. Tenslotte biedt de gemengde bekostiging van de huisartsenzorg een bescheiden vergoeding voor verrichtingen. Deze vergoeding is te laag om onterechte verrichtingen in de hand te werken, maar wel genoeg om enigszins het gevoel te geven van loon naar werken. Het volume van de basiszorg stijgt door toename van de zorgvraag en door doelmatiger verwijsgedrag. De vergoeding voor de basiszorg dient navenant te stijgen.

Het langetermijndenken over de huisartsgeneeskunde zou zich vooral moeten richten op de vraag hoe de basiszorg nog effectiever kan. Maar het gebruikelijke denken in benchmarks, businesscases et cetera draagt hier niet aan bij. Integendeel, het obstrueert het investeren in professioneel gedrag. Een wijziging van het zorgstelsel is niet nodig om de basiszorg te versterken, maar kan de basiszorg wel beschadigen. Het steeds weer overgieten van kostelijke wijn in nieuwe zakken leidt tot verspilling en verlies van kwaliteit. ■

### contact

[devriesholtrop@hetnet.nl](mailto:devriesholtrop@hetnet.nl)  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

Het genoemde artikel en meer artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel via [www.medischcontact.nl/artikelen](http://www.medischcontact.nl/artikelen).