

Geert-Jan van Loenen over de toekomst van de huisarts

Visionair perspectief voor de eerste lijn

Joost Visser

beeld: De Beeldredactie,
Floren van Olden

In de nieuwe Toekomstvisie Huisartsenzorg staan

ambitieuze plannen voor de komende tien jaar.

Maar ook in 2022 biedt de huisarts nog altijd
generalistische, persoonsgerichte en continue zorg.

*‘Wij willen zorg leveren
met zo min mogelijk dokters’*

Tot vijf jaar geleden was Geert-Jan van Loenen (55), huisarts in Hengelo, een ‘ouderwetse’ solist, met praktijk aan huis. Nu werkt hij in een nieuwe HOED, met vijf collega’s en hun assistentes, POH’ers, diabetesverpleegkundigen en spv’ers. Zo bezien is Van Loenen exemplarisch voor het succes van de toekomstvisie die de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap in 2002 publiceerden. Want daarin lag de nadruk op de toekomstige huisartsenvoorziening en het team dat daarin zijn werk zou moeten doen – resulterend in de bouw van nieuwe praktijken en het aantrekken van nieuw personeel. Deze week kwamen LHV en NHG – nu uitgebreid met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) – met een nieuwe toekomstvisie, ‘Modernisering naar menselijke maat’. Het stuk, waaraan de beroepsgroep zo’n tweeënhalf jaar heeft gewerkt, duidt aan hoe de huisartsgeneeskunde er in het jaar 2022 kan uitzien. ‘Het accent is verlegd van de interne organisatie naar de individuele dokter en diens belang voor de individuele patiënt’, vertelt Van Loenen, die als bestuurslid van de LHV én als lid van de Verenigingsraad van het NHG aan de visieontwikkeling heeft meegedaan.

Het gaat nadrukkelijk niet om nieuwe normen waaraan het handelen van de huisarts of de organisatie van de praktijk in 2022 moet voldoen. Waar gaat het dan wel om?

Van Loenen: ‘Om onze ambitie voor de komende tien jaar. De visie stelt geen normen, want dan zouden onze stakeholders over een paar jaar tegen ons kunnen zeggen: “Het is jullie eigen norm, dus daar heb je je maar aan te houden.” Dat kan natuurlijk niet, zolang – ik noem een voorbeeld – de politiek niet zorgt voor de materiële ondersteuning van preventief werken. Aan de andere kant is het evenmin een optie om alles maar bij het oude te laten zolang dergelijke randvoorwaarden niet zijn geregeld. Als je als beroepsgroep enigszins visionair wilt zijn, moet je daar iets over durven formuleren.’

De huisarts kent zijn patiënten, is jullie stelling. Is inschrijving op naam dus essentieel om het vak te kunnen uitoefenen?

‘Absoluut. Zodra daaraan wordt geknaagd – door de minister, of door de zorgverzekeraar – staan we op onze achterste benen. En we weten dat die aanvallen af en toe zullen komen. Bij inschrijving op naam hoort ook het inschrijftarief, anders wordt het een begrip zonder inhoud. De optimale balans is dat een huisarts ongeveer twee derde van zijn inkomen haalt uit het inschrijftarief, en een derde uit het doen van verrichtingen. Voor mijzelf komt dat neer op twee derde “rust” en een derde “inspanning”. “Rust” in de zin van luisteren en praten, *the art of doing nothing*.’

Volgens de visie krijgen patiënten te maken met niet meer dan twee huisartsen: de eigen huisarts en een vaste tweede.

‘Vroeger waren we geneigd om de praktijk aan één collega over te dragen als we met vakantie

De Toekomstvisie Huisartsenzorg wil de service verbeteren. Geert-Jan van Loenen: 'In een groep van zes valt best te regelen dat elke avond één arts een paar uurtjes doorgaat, als daar behoefte aan is.'



gingen. Maar nu zijn er soms conglomeraten met wel acht huisartsen. Als de jouwe met vakantie is, zou je met die zeven anderen te maken kunnen krijgen. Wij willen zorg leveren met zo min mogelijk dokters. Maar het is een ambitie, dus ik kan straks niet te horen krijgen: "Dokter Van Loenen, u verliest uw inschrijving bij de HVRC omdat u een patiënt vorig jaar door drie huisartsen hebt laten behandelen in plaats van door twee." En het gaat hier natuurlijk vooral om patiënten met chronische problematiek bij wie continuïteit en integrale zorg voorop staan.'

Huisartsen moeten minstens drie dagen per week voor hun patiënten bereikbaar zijn.

'Dat geldt met name voor de huisarts bij wie de patiënten staan ingeschreven, niet automatisch voor iedere waarnemer of hidha. Er is uitvoerig over gediscussieerd. Volgens de visie zou je drie dagen een uurtje aanwezig kunnen zijn, maar daarmee kun je geen praktijk runnen. Maar de ambitie dat we allemaal vijf dagen per

week bereikbaar moeten zijn, is ook niet overal meer haalbaar. Dit is een soort gemiddelde. We willen ervoor zorgen dat huisartsen zoveel mogelijk in de praktijk zijn.'

Terminale zorg moet altijd door de eigen huisarts worden geboden. Maar veel artsen willen ook dan niet 7x24 uur bereikbaar zijn.

'Zij zijn bang dat ze straks van de LHV en het NHG en de professoren op hun kop krijgen als ze gewoon met vakantie gaan als hun patiënt er slecht aan toe is. Maar zo normatief is het niet. Onze insteek is dat je terminale zorg blijft leveren met niet meer dan die twee dokters, ook het weekend door. Op de huisartsenpost werken zaterdag en zondag misschien wel zes dokters na elkaar, daar moet je als het even kan je patiënt niet aan willen overlaten: je moet hem geborgd weten bij één of twee dokters die de situatie en het beleid kennen.'

Door flexibele openingstijden moeten huisartsen meer zorgvragen overdag gaan opvangen.

‘Het onderling verwijzen in een ziekenhuis is ons een doorn in het oog’

‘Ook daarover is druk gediscussieerd. Aanvankelijk was het streven om de openingstijden te verruimen. Maar waar haal je de extra assistentes vandaan, en wat heb je eraan als meer uren draaien leidt tot afbranden? Dus hebben we gekozen voor flexibele openingstijden. Wie de zaken goed regelt, moet ook eens kunnen besluiten om ’s middags eens een paar uur niet te werken en ’s avonds een paar uur extra. Als zoiets op grote schaal gaat gebeuren, veranderen wellicht ook de uren van de huisartsenpost, die nu vanaf 17.00 uur open is. Ons uitgangspunt is: kijk hoe je de service aan jouw populatie zo gericht mogelijk verbetert. In een groep van zes valt best te regelen dat elke avond één arts een paar uurtjes doorgaat, als daar behoefte aan is.’

Huisartsen en specialisten moeten beter met elkaar samenwerken. Dat horen we al decennia, maar het komt er maar niet van.

‘Het is weerbarstige materie, maar dat wil niet zeggen dat het niet opnieuw een rol moet spelen. Wil je *patient centered care* leveren, dan móet je wel kijken naar de zorgverleners om de patiënt heen. Hoe laten we die zo goed mogelijk als team werken? Je kunt denken aan een betere elektronische gegevensuitwisseling. Nu het landelijk project schipbreuk heeft geleden, gaan we die regionaal organiseren. Ook andere vormen van communicatieverbetering zijn denkbaar. Je kunt denken aan gefixeerde overlegstructuren met de tweede lijn, met een beperkt aantal mensen. Of aan harmonisatie van de openingstijden van poliklinieken, het in de eerste lijn halen van consultatieve functies van de specialist. Over het meekijkconsult van de specialist in de eerste lijn hebben we deze zomer al overeenstemming bereikt in het convenant met de minister.’

De huisarts heeft een coördinerende en gidsende rol. Dat is meer dan alleen partner zijn in een samenwerkingsverband.

‘Als de huisarts dragend, doelmatig en spil moet zijn, dan moeten wij ook uitdragen dat we daartoe bereid zijn. Dat gaat verder dan: “Ik heb de patiënt verwezen en wacht wel tot-ie weer terugkomt.” Je hebt je verantwoordelijkheid als persoonlijke dokter van de patiënt, en die houdt niet op als de patiënt in de tweede lijn belandt. Onze ambitie is om daarover werkafspraken te maken. Zeker in de ouderenzorg moet de huisarts gegevens aandragen die van

invloed zijn op de zorg in het ziekenhuis. Niet alleen: “Hij heeft suikerziekte”, maar liever: “Er komt een kwetsbare patiënt aan. Ik wil graag dat hij binnen een dag weer thuis is, of dat de geriater erbij komt als hij langer moet blijven.” Dat is coördinatie die vanuit de eerste lijn goed te doen is.’

Huisartsen raken menig patiënt kwijt als deze in het ziekenhuis wordt doorverwezen.

‘De mogelijkheid om in het ziekenhuis intercollegiaal te verwijzen is ons een doorn in het oog, zeker als achteraf nog om een verwijfsbrief van de huisarts wordt gevraagd. In spoedsituaties moeten andere specialisten bij de patiënt betrokken kunnen worden, maar laten we afspreken dat bij planbare zorg onderling verwijzen niet meer kan. Zorgverzekeraars moeten zo’n afspraak dan handhaven. Het is prima dat wij verantwoordelijk zijn voor verwijsaantallen, maar dan moeten zij ons wel kunnen aangeven welk deel echt door ons is verwezen en welk deel shoppend door de tweede lijn is gegaan.’

Huisartsen gaan werken aan geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Maar ze leveren ook een bijdrage aan populatiegerichte preventie in dorp of wijk.

‘In onze toekomstvisie is ruimte voor een milde vorm van publieke gezondheid, in de wijk. Dat hebben we nog niet eerder zo durven formuleren. We hadden veel verzet verwacht tegen deze taakverruimende gedachte, maar dat is uitgebleven. Als huisarts moet je je niet alleen verantwoordelijk voelen voor wat er in jouw toko gebeurt, maar ook voor wat er in de omgeving aan de hand is. Je kunt niet zeggen: “Hier houdt voor mij de gezondheid van mijn patiënten op!”’

Huisartspraktijken organiseren zich straks in lokale samenwerkingsverbanden en regionale huisartsennetwerken.

‘Het zijn open termen voor verbanden die nu ook al bestaan. Maar termen als ‘ketenzorg’, ‘zorggroep’ of ‘huisartsenpost’ hebben we bewust vermeden. We willen niet dat deze visie over zes jaar al achterhaald is omdat er andere vormen voor in de plaats zijn gekomen. In lokale verbanden werken huisartsen samen met andere eerstelijnsprofessionals in de buurt, de regionale verbanden zorgen onder meer voor de afstemming met ziekenhuizen, ggz en GGD. We gaan het zo lonend maken om tot een samenwerkingsverband te horen dat je wel gek zou zijn om dat niet te doen.’ 