

Gedrag zorgconsument noopt tot aanpassingen in de eerste lijn

Hoog water voor de ANW-zorg

Henk Bonarius, huisarts

Correspondentieadres:
bonarius@huisartsen.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De patiënt-consument wil 24 uur per dag drempelloze toegang tot de zorg. Maar daardoor dreigen zorgverleners overbelast te raken. De oplossing is transmurale avond-, nacht- en weekendzorg vanuit SEH-afdelingen van ziekenhuizen, onder regie van huisartsen.

In 2004 presenteerde de LHV de 'Toekomstvisie' van de huisartsendienstenstructuren. Daarin staat 'de behoefte van de (!) patiënt' centraal en preludeert de organisatie op brede inzetbaarheid van de huisartsenposten op basis van 'deskundigheid, infrastructuur en faciliteiten'. De consequenties daarvan heeft de LHV echter niet overzien.

Inmiddels bestaat het overgrote deel van de medische zorgvraag buiten kantooruren uit laagurgente problematiek die al aanwezig was vóór de aanvang van een dienst, en waarvan de oplossing meestal kan wachten tot de volgende werkdag. Ongerustheid en het gevoel met spoed een huisarts nodig te hebben, zijn de belangrijkste motieven om een huisartsenpost te bezoeken. Inwoners van wijken met een lage sociaal-economisch status doen een vijf maal

zo groot beroep op avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) als inwoners van wijken met een hoge status.

Het gebruik van de ANW-zorg stijgt met 6,8

procent per jaar, waardoor overbelasting dreigt. Niet lang geleden deed in Den Haag – waar de dienstenstructuur al sedert de Duitse bezetting bestaat – één huisarts het dienstspreekuur. Verhuizing van de post naar een plek in het centrum van de stad leverde in dat jaar al 8000 consulten extra op. Inmiddels draaien per dienst vijf huisartsen als productiemedewerker op drie HAP-posten 7 uur lang spreekuur met

consulten van 10 minuten, á 81,60 euro per consult. De enige onderbreking is een eetpauze van 30 minuten.

Wie betaalt deze extreem dure vorm van gezondheidszorg? In ieder geval niet de goedkoop verzekerde patiënten. Uiteindelijk worden huisartsen hierop afgerekend via het budget huisartsenzorg, en ook de overige verzekerden door premiestijging.

In het huidige financieringsmodel van de huisartsenzorg kan de reguliere, complexe en tevens goedkope huisartsenzorg overdag budgettair in de knel komen door oneigenlijk gebruik van dure ANW-zorg.

Nederland schuift op naar 24 uren, drempelloze medische zorg. 24 urengezondheidszorg (door huisartsen) is echter alleen zinnig als instellingen, zoals laboratoria en radiologie, ook 24 uur per dag beschikbaar zijn. De vraag is of de verzekerden een hiervoor dekkende premie willen betalen. Herbezinning lijkt noodzakelijk, zeker vanwege de huidige financiële crisis. Drie partijen hebben eieren voor hun geld gekozen en op voorhand hun positie al ingenomen.

De zorgverzekeraars stellen dat de verzekerden – die feitelijk slecht kunnen beoordelen wat zij aan zorg nodig hebben – 'met hun voeten hebben gestemd', en dat 'daarom' deze trend in de zorg moet worden gehonoreerd. De huisarts krijgt de zwarte piet toegespeeld. Als budgethouder functionele huisartsenzorg moet hij de kosten binnen de perken houden, om uiteindelijk de rekening gepresenteerd te krijgen. Ziekenhuizen maken een ommezwaai. Hun

Het gebruik van ANW-zorg stijgt met 6,8 procent per jaar

voortdurende klaagzang over het overmatige oneigenlijke SEH-bezoek is verstomd. Voortaan gaan ze uit van de omzetverhogende zorgvraag van de patiënt.

En ook de Vereniging van Huisartsenposten Nederland heeft geen moeite met deze ongebreidelde zorgconsumptie. Het klassieke kernbegrip integrale geneeskunde van Querido is verworden tot: de patiënt wil 24 uur per dag terecht kunnen bij een huisarts!

Huisarts-ambassadeur

Na een vaak ononderbroken werkdag van 9 tot 10 uur intensieve patiëntenzorg in mijn eigen praktijk (buiten de medisch-administratieve verwerking 's avonds), heb ik er geen behoefte aan om als 'huisarts-ambassadeur' naast de patiënt te gaan staan. De patiënt-consument kiest ervoor om voor veelal niet-urgente klachten op een door hem gekozen tijdstip een arts te

Patiënten gaan het steeds vanzelfsprekender vinden dat ze ook buiten kantooruren met laagurgente klachten bij een arts terecht kunnen.

beeld: Corbis



consulteren, die blijkbaar niet per se zijn eigen huisarts hoeft te zijn.

Veel huisartsen kiezen een vluchtweg: ze verkopen deze diensten vanwege de werkdruk en zwaarte van de nachtdiensten. Huisartsen stemmen blijkbaar ook met hun voeten.

In Den Haag zijn de waarneemtarieven 75 tot 100 euro, als het tenminste lukt om waarnemers te krijgen. De verplichte ANW-diensten werken ontregelend in de moderne praktijkvoering. Overbelasting genereert een toenemende kans op medische fouten. Voorts is er de door het huisartsregister gestelde voorwaarde om ANW-diensten te verrichten. Maar die eis is niet wetenschappelijk onderbouwd. De huisarts zit in een dwangpositie door deze registratievoorwaarde en kan zelfs niet onderhandelen over zijn magere beloning.

Gezien de geschetste dramatisch veranderende situatie dienen de verplichte ANW-diensten om arbeidshygiënische en arbeidsrechtelijke argumenten te verdwijnen.

Werkbelasting

In Engeland is men al verder: *general practitioners* zijn niet verplicht ANW-diensten te verrichten. Het lijkt verstandig op korte termijn een oplossing te vinden, want er dreigt 'hoog water'.

Vanaf januari 2009 hoeven huisartsen met meer dan 20 praktijkjaren nog maar 25 ANW-uren te draaien. Maar dan nog moet rekening worden gehouden met dezelfde zeer hoge werkbelasting. Huisartsendienst SMASH in Den Haag stuurt het rooster voor 2009, waarbij de huisarts zelf moet zorgen voor invulling van de toegewezen 22 tot 23 diensten. En zoals gezegd: waarnemers zijn moeilijk te vinden, zeker in Den Haag. Met het stijgen der jaren blijft de werkdruk torenhoog en neemt zelfs nog toe door de wensen van de zorgconsument.

Ooit bedoeld om huisartsen te ontlasten, zijn de dienstenstructuren verworden tot een loden last. De HAP is destijds opgezet om dienstenproblemen op te lossen. Maar gaandeweg heeft de huisartsenpost zich ontwikkeld tot institutie waarover huisartsen geen zeggenschap meer hebben. Men ontwikkelt een eigen commercieel denkraam.

De dienstenstructuren kunnen risicoloos financieel aantrekkelijke samenwerkingsverbanden aangaan, want de individuele huisartsen krijgen telkens uitbreidende roosterdiensten toegestuurd, die zij, en niet de organisatie, moeten invullen. Een win-winsituatie met de huisarts als verliezer.

In Den Haag is kortgeleden de samenvoeging van SMASH en de SEH van ziekenhuis Bronovo

SAMENVATTING

- Nederland koerst af op samenvoeging van huisartsenposten met de SEH van ziekenhuizen.
- 24 uren-, drempelloze gezondheidszorg doemt op. Het is daarom tijd de verplichte ANW-diensten uit de huisartsregistratie te halen om arbeids-hygiënische, arbeids-rechtelijke, financiële, menselijke en psychosociale redenen. In Engeland is dit al een feit.
- Er moet een nieuwe innovatieve, commerciële, professionele transmurale ANW-instelling komen, waarin huisartsen een sturende rol krijgen.
- Praktiserende huisartsen moeten actief worden in de discussie omtrent ANW-diensten en huisartsenzorg in het algemeen, voordat andere partijen met het ideeëngoed aan de haal gaan.

bezegeld. Naar schatting komen er daardoor drie tot vier diensten per jaar per huisarts bij. Het zal er door aanzuigende werking druk kunnen worden. Er doemt een grauwgrijs 'u-vraagt-en-wij-draaien'-scenario op. Nog meer werkdagen van 16 uren.

Samenvoegen van huisartsendiensten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen: vroeger heette dat vloeken in de huisartsgeneeskundige kerk.

Vervroegde uittreding

Let wel, huisartsen werken met plezier in hun eigen praktijk, maar het lijkt er sterk op dat de geschetste problematiek zorgt voor vervroegde uittreding van in ieder geval de babyboomgeneratie, die voldoende financiële zekerheden heeft opgebouwd om nu al redelijk zorgeloos te kunnen leven.

Zorgelijk is echter dat de groeiende werkdruk een toenemende ongezonde claim legt op het sociale leven.

De ontwikkeling naar een 24 urengezondheidszorg noodt tot spoedige heroriëntatie, mede gezien de dreigende overbelasting. Er zijn maatregelen nodig, opdat de expertise van oudere huisartsen behouden blijft voor de Nederlandse gezondheidszorg. Deze ervaren, gemotiveerde en gelouterde collega's werken kostenbesparend. Bovendien wil 100 procent van de vrouwelijke collega's en 78 procent van de jongere mannelijke collega's parttime werken. Het is dus met reden alle hens aan dek.

De HAP als organisatiemodel krijgt trouwens significant vaker steun van jongere artsen,

overdraagt aan de praktijkondersteuner, en waardoor deze huisarts vervolgens meer tijd kan besteden aan patiënten van andere huisartsen buiten kantooruren, zijn absurd.

SEH-posten

Vanwege de veranderende omstandigheden is een andere opzet van de ANW-diensten nodig. Ik denk aan commerciële, transmurale, gelaagd gestructureerde, goed geoutilleerde, *state of the art* SEH-posten, waarin huisartsen, gezien hun expertise en de aangeboden problematiek, een centrale en sturende rol moeten krijgen. Maar deze huisartsen moeten daarvoor wel mogen kiezen. De verplichting om ANW-diensten te doen, moet uit de registratie verdwijnen. De ANW-organisatie zorgt voor invulling van de roosterplaatsen. Er dient een marktconforme beloning te komen. De positie van waarne-mers wordt genormaliseerd. Gezien de aard van de hulpvraag lijkt de inzet van veel nurse practitioners zinnig. Huisartsen die daardoor beduidend minder belastende diensten hoeven te draaien, blijven supervisor. Dit is ook winstgevend voor de ANW-organisatie.


Dit model zal ongetwijfeld goed renderen, vanwege de aanzuigende werking op patiëntenpopulaties met een eigen interpretatie van continue, integrale en persoonlijke (huis-) artsenzorg. Het gaat deze patiënten-consumenten er alleen om dat hun veelal laagurgente problemen ad hoc worden behandeld als zij dat willen.

De vraag is dan wel of alle premiebetalers hieraan moeten blijven meebetalen. Bij een 24 urengezondheidszorg hoort een andere financiering en een ander premiestelsel, bijvoorbeeld een met een veel lagere basispremie, waarnaast men zich kan bijverzekeren, of met een 'sturende' eigen bijdrage.

De kosten van de ANW-zorg mogen het budget van de reguliere huisartsgeneeskunde niet belasten.

Wakker worden

Dat het belangrijk is dat praktiserende huisartsen zich actief met de discussie over ANW-diensten en huisartsgeneeskunde in het algemeen bezighouden, blijkt hopelijk uit mijn betoog. Anders gaan anderen met ons ideeëngoed aan de haal. Commerciële buitenstaanders willen het bestaande zorgparadigma ter discussie te stellen en profeteren dat de herdefinitie van de huisartsenpraktijk aanstaande is.

De Nederlandse huisarts moet wakker worden voordat hij uit de droom wordt geholpen door zakelijke daadkracht van anderen. 



Een uitgebreide literatuurlijst en eerder verschenen MC-artikelen over dit onderwerp staan bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

parttimers en vrouwelijke artsen. En juist uit deze groepen zijn met moeite waarnemers in Den Haag te vinden, die dan eventueel wel voor een meer marktconform tarief willen komen. Wat met de mond wordt beleden, wordt met de voeten getreden.

Suggesties voor flexibele openingstijden van de eigen praktijk, waarbij de huisarts zijn eigen patiënten na een kennismakings-intake

Referenties

- Bernts N, Wildt JE de. Ruimte voor verbetering. Medisch Contact 2004; 24: 994-6.
- Bolle H. Continu integraal en persoonlijk. Huisarts 2008; 24/7: 8.
- Doorn JJA van. Herfsttij der democratie. HP/De Tijd, 1, 2 januari 2009: 36-54. Een voorpublicatie uit: Nederlandse democratie.
- Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag, Leiden, Rijksuniversiteit Leiden, proefschrift, 1992.
- Feijter C de. Zonde dat posten expertise van waarnemers niet gebruiken. Huisarts 24/7, 2008, november: 20-2.
- Giessen P c.s. Rammelende keten. Medisch Contact 2003; 47: 1810.
- Giessen P c.s. Tussen droom en daad. Medisch Contact 2007; 15: 653-5.
- Giessen P c.s. Te snel naar de huisartsenpost. Medisch Contact 2008; 6: 239-42.
- Hulst EH. Met wie spreek ik?. Medisch Contact 2008; 44: 1812-3.
- Hulst M. Herdefinitie van de huisartspraktijk aanstaande. Huisarts 24/7, 2008, november 27.
- Jabaaij L c.s. Diensten de deur uit. Medisch Contact 2006; 46: 1840-2.
- Jong J de c.s. Seniorenbeleid huisartsen. Medisch Contact 2004; 27: 1120-3.
- LHV LHV-afdeling Dienstenstructuren stelt toekomstvisie vast. Medisch Contact 2004; 22: 927.
- Peters R. Rapportage (Acute) Huisartsenzorg en SEH in de regio Den Haag, 22 oktober 2006.
- Peters R. De dokter betaalt. Medisch Contact 2008; 40: 1636-8.
- Querido A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. H.E. Stenfert Kroese N.V., Leiden, 1955.
- Schilder JN. Geen plaats voor de huisarts. Medisch Contact 2007; 50: 2069.
- Timmermans FP De huisarts en het warmebakkermodel. Medisch Contact 2007; 7: 279-81.
- Schretlen I. Een nieuwe weekendwaarneming voor 's-Hertogenbosch. Medisch Contact 1988, 43: 876-80.
- Veen U c.s. LHV en NHG: Geen diensten oudere huisarts voor herregistratie. Medisch Contact 2007; 43: 1783.
- Velzen R van Triage en het NZA-rapport: Met Spoed! Huisarts 24/7, 2008, november: 15.
- Vermue NNR c.s. HAP en SEH zoeken elkaar op. Medisch Contact 2007; 25: 1092-3.
- Waelen P. Oneigenlijk gebruik ANW-diensten. Medisch Contact 2004; 7: 228.
- Wijck F van 'Theo Voorn: 'Acute en chronische zorg moeten geïntegreerd blijven'. Huisarts 24/7, 2008, november: 8-11.
- Betere zorg door uitgeruste arts. Ned Tijdschr Geneesk 2009; 153 (8).
- Zorgautoriteit wil één tarief voor spoedzorg. Medisch Contact 2008; 13: 532.
- Druk op huisartsenposten neemt fors toe. Medisch Contact 2008; 29-30: 1245.
- Spoedzorg groeit. Medisch Contact 2008; 35: 1385.
- Huisartsen willen meer invloed op Primair Huisartsenposten. Medisch Contact 2008; 19: 798.
- Nachtdienst ontregelt metabolisme. Medisch Contact 2009;