

Verslag bijeenkomst Zorg om de zorg in Nederland, 4 februari 2019

Dagvoorzitter Ted van Hessen, huisarts geweest in een achterstandswijk in Amersfoort, heet iedereen welkom op de derde editie van Zorg om zorg in Nederland. Hij refereert aan de vorige bijeenkomst, eind 2017 toen het opslagtariet voor achterstandswijken werd verhoogd. Sindsdien is de financiering van de huisartsenzorg in achterstandswijken verder verhoogd en uitgebreid en er heeft een herijking van de postcodegelden plaatsgevonden. En de Achterstandsfondsen in de vier grote steden ondersteunen samen met Zilveren Kruis en CZ de uitbreiding van de werkwijze van Krachtige basiszorg.

Terug- en vooruitblik

Fred Schaaf, zorginkoper bij Zilveren Kruis en Richard Starmans, huisarts in Den Haag en adviseur van de Achterstandsfondsen, geven samen een terug- en een vooruitblik. De problemen van de huisartsenzorg in de achterstandswijken zijn bekend: de werklust stijgt, de problemen van de patiënten worden steeds complexer. Ze hebben somatische en psychische problemen, maar ook bijvoorbeeld schulden. Er is sprake van een grote populatie migranten en laaggeletterden. "Deze problemen zijn nog steeds actueel. Het maakt het moeilijk om nieuwe collega's te werven die in deze wijken willen werken", aldus Starmans.

De stakeholders (Achterstandsfondsen, LHV, InEen, ZN en VWS) hebben vorig jaar overleg gevoerd met de NZa, over de systematiek en vergoeding. Iemands postcode bepaalt of een patiënt in een achterstandswijk woont. Deze systematiek was op sommige punten onrechtvaardig en is gewijzigd. Naast de wijzigingen zijn er meer patiënten gekomen die in een achterstandswijk wonen. Dit was een korte termijn traject om de huisartsenzorg in achterstandswijk op peil te houden en te verbeteren. Het lange termijn traject gaat over de implementatie van Krachtige basiszorg. Dit moet leiden tot de verbetering van de huisartsenzorg in achterstandswijken. Huisartsenpraktijken in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht, gaan anders werken en de zorg anders organiseren. Dat doen ze met de aanpak Krachtige basiszorg die in de Utrechtse wijk Overvecht is ontwikkeld. Wat houdt deze aanpak in? Huisartsen kijken in de volle breedte naar patiënten met problemen op meerdere levensterreinen. Ze gebruiken het 4d model, dat inzicht geeft in de domeinen lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal. Samen met de patiënt worden de problemen opgepakt en gezocht naar een integrale en passende oplossing en begeleiding. Er wordt samengewerkt met welzijn en het sociaal domein. Huisartsen krijgen in de nieuwe aanpak meer tijd voor de patiënt en dat moet leiden tot betere zorg. "In Utrecht zien we dat nieuwe samenwerking tot stand komt, met bijvoorbeeld de wijkspécialist, specialisten uit de tweede lijn, met apotheken en aanbieders van beweegprogramma's", aldus Schaaf.

Samen met de Achterstandsfondsen uit de vier grote steden steunen Zilveren Kruis en CZ dit implementatietraject van twee jaar. Het traject is bedoeld om te experimenteren met de implementatie van Krachtige basiszorg. Er is ruimte om nieuwe dingen uit te proberen, geen stad of wijk is immers hetzelfde. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van een praktijkverpleegkundige. Het Nivel doet onderzoek bij de deelnemende praktijken. Schaaf: "Niet naar de vraag of Krachtige basiszorg werkt, want dat is zo, maar hoe dan?" Een ander doel van het traject is leren van elkaar, de ervaringen en lessons learned, hoe kunnen we die goed met elkaar delen.

Het gaat vooralsnog om tien praktijken, het is geen breed, landelijk implementatieproject. Een bepaald volume en schaalgrootte is nodig.

Vertegenwoordigers van LHV, NHG en InEen geven aan hoe zij het traject ondersteunen.

LHV: is op zoek naar goede voorbeelden van hoe huisartsen en andere zorgverleners meer tijd voor de patiënt krijgen. Dat is een prioriteit van de LHV. Samenwerking is bij de Woudschotenconferentie onlangs genoemd als een van de kernwaarden van de huisartsenzorg. Hoe krijgt dat in de praktijk vorm, hoe komt meer samenwerking in de wijk en met de gemeente tot stand komt, de schil rond de huisartsen?

NHG: heeft een driejarig programma Persoonsgerichte zorg, zorg op maat. Er wordt breed gekeken, het gaat om onder meer eenvoudig communiceren, toetsen van het begrip door de terugvraagmethode, en laten zien welke inspirerende voorbeelden er zijn hoe het beter kan. Behoeft van de leden is leidend.

InEen: ondersteunt het initiatief van Krachtige basiszorg. De regionale ondersteuningsstructuren, de ROS'en, kunnen ondersteuning bieden.

De rol van gemeente is cruciaal. "Ergens bereiken de huisartsen en gemeenten elkaar nog niet. Maak het traject niet te smal, de problemen van mensen gaan over alle domeinen", merkt Margriet de Jager op, adviseur van gemeenten.

De aanwezige ambtenaar van VWS, het cluster huisartsenzorg, hoort graag wat er speelt. Hij geeft aan graag in gesprek te willen.

John Hoenen, adviseur bij Reos (Ros): "Wij zijn verbindingsexpert en kunnen partijen goed bij elkaar brengen." Hij voegt eraan toe dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden niet alleen in achterstandswijken maar ook daarbuiten wonen. De uitkomsten van het traject kunnen volgens hem ook elders bruikbaar zijn. Ook de GGD wordt als relevante samenwerkingspartner genoemd. Stap naar de GGD toe, en ook naar de gemeente die vaak nog handelingsverlegen is. Tip: de GGD verzamelt gegevens over de gezondheid van de inwoners in een gemeente en wijk, ook over ervaren gezondheid. Deze data zijn heel goed te gebruiken.

Aldien Poll, werkzaam bij Pharos, werpt de vraag op hoe we patiënten c.q. inwoners betrekken bij het bouwen van een nieuwe structuur in de wijk. Hoe vragen we wat bewoners willen en nodig hebben? In Rotterdam is al ervaring opgedaan met bewonersparticipatie.

Huisartsenzorg aan onverzekerden: de praktijk

Een voorbeeld van een kwetsbare, complexe patiënten groep zijn onverzekerden. Hoe is het gesteld met de continuïteit van zorg aan onverzekerden? Huisarts Duveken Voors, werkzaam in gezondheidscentrum Slotermeer, neemt de aanwezigen mee in haar dagelijkse praktijk. De patiëntenpopulatie bestaat uit 4300 patiënten, van wie 7% onverzekerd is, 85% bewoner van een achterstandswijk, 60% leeft onder de armoedegrens, 31% ervaart een slechte gezondheid en 60% heeft een niet-Westerse migratieachtergrond. Ze hebben diverse gezondheidsproblemen en kampen onder meer met eenzaamheid, psychische problemen, overgewicht, chronische aandoeningen (diabetes en hart- en vaatziekten) en verslaving. Deze problemen hangen samen met een ongezonde leefstijl, armoede en taalachterstand. Aan de hand van vijf casussen maakt ze duidelijk voor welke uitdagingen de huisartsen en assistenten staan als het gaat om patiënten die onverzekerd zijn, of van wie onduidelijk is of ze verzekerd zijn. Het vergt in de praktijk veel uitzoekwerk.

Soms is een patiënt verzekerd en daarna weer niet (als deze uit detentie komt bijvoorbeeld), of weet iemand niet hoe het moet. Is het aan ons om dat allemaal uit te zoeken, vraagt ze zich af. Ze willen deze kwetsbare mensen heel graag helpen. Hoe ver ga je daarin, soms zie je dat onverzekerde mensen niet de zorg krijgen die ze wel nodig hebben. Of ze komen pas bij de huisarts als het echt nodig is. Ook het declareren van het consult vergt veel tijd.

Vandaar het pleidooi van de directeur van de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra, Paulien van Hessen: Versimpel en versoepel de vergoeding van de huisartsenzorg aan onverzekerden. Ze legt eerst uit hoe de subsidieregeling 'medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' nu is: er moet een melding gedaan worden bij de GGD/GHOR via een centraal meldpunt, met hulp van de UZI-pas. De kosten voor de geleverde zorg worden gedeclareerd bij het Centraal Administratiekantoor (CAK) via de regeling. Ze noemt deze procedure waardevol maar ingewikkeld. Er zijn een aantal voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen:

- de melding moet binnen zeven kalenderdagen gebeuren;
- de behandelde persoon moet onverzekerd zijn;
- de persoon moet toestemming geven voor het verstrekken van zijn persoonsgegevens. Het gaat onder meer om het geven van het BSN-nummer, de nationaliteit, welke zorg gegeven is, in totaal drie A-viertjes en een bijlage;
- het moet gaan om medisch noodzakelijke zorg uit het Zvw-basispakket
- er moet een overeenkomst zijn gesloten met het CAK, een zogeheten 'dienst van algemeen economisch belang' overeenkomst;
- er moet een declaratieformulier en nota worden aangeleverd.

Bij de spoedzorg zijn de eisen soepeler, benadrukt Van Hessen.

Inzichten

Deze gang van zaken heeft bij Van Hessen tot de volgende inzichten geleid: de grenzen tussen de categorieën onverzekerden zijn vaak onscherp (mensen vallen soms tussen wal en schip. Een voorbeeld: ze trouwen, zijn dan legaal, maar dat wil niet zeggen dat ze dan verzekerd zijn), onverzekerden krijgen zorg niet op de juiste plek. Toelichting: "Wij vinden het belangrijk dat deze mensen zoveel mogelijk zorg binnen de reguliere huisartsenzorg krijgen en dat er voor hen een huisarts is als vast aanspreekpunt in de wijk waar ze verblijven, laagdrempelig. We willen continuïteit brengen en niet zeggen: 'Komt u maar terug als u verzekerd bent.' We lopen tegen financiële grenzen aan." Ander inzicht: de verplichte toestemming voor het doorgeven van persoonsgegevens en het BSN-nummer is onwerkbaar in de reguliere huisartsenpraktijk. Want veel onverzekerden hebben geen BSN-nummer, weten niet hoe dat moet, of ze zijn achterdochtig. Sommige mensen willen niet gevonden worden, zoals een Syrisch gezin dat was uitgereisd maar weer terug was in ons land. Tot slot: de administratieve rompslomp legt een (te) grote tijdsdruk op de praktijk. De voorwaarden voor toekenning van de vergoeding zijn te omslachtig en te omvangrijk in de praktijk. "Een opsporingsambtenaar worden is niet ons sterkste punt. Het is tijd voor versimpeling en vergoeding van de regeling."

Hoe dan? Voeg huisartsenzorg toe als vijfde categorie voor vergoeding zonder BSN en toestemming. Dit geldt al voor ambulancevervoer, crisis-ggz, SEH in ziekenhuis, farmaceutische zorg na spoedeisende hulp. Voeg huisartsenzorg hieraan toe, is de

oplossing volgens Van Hessen. Op macroniveau zijn de kosten die hiermee gepaard gaan te verwaarlozen. Belangrijker is dat deze mensen een vertrouwde dokter in hun buurt hebben, zonder drempels. Opmerkingen vanuit de zaal: zorg dat dat voor 1 april geëffectueerd is. Het behelst meer dan huisartsenzorg, denk ook aan zorg die apotheken en laboratoria leveren. Volgens de aanwezige VWS-ambtenaar bekijkt een werkgroep momenteel de hoeveelheid formulieren.

Ervaringen met Krachtige basiszorg

Het woord is daarna aan huisarts Wouter van Weers, twintig jaar huisarts in gezondheidscentrum Banne Buiksloot. Dit centrum doet sinds oktober mee aan het implementatietraject van Krachtige basiszorg. Hij vertelt over hoe ze anders zijn gaan werken en wat de eerste ervaringen zijn met de nieuwe aanpak. De voorbereidingen aan het traject nemen veel tijd in beslag, "maar we werden er blij van." Er zijn 6000 patiënten ingeschreven. Het team van de huisartsenvoorziening bestaat uit: 5 huisartsen, 7 assistentes, 3 POH-somatiek, 2 POH-ggz, 1 POH-ggz jeugd en 1 POH-ouderen. Verder is er een apotheek, bloedafnamepunt, fysiotherapie, Mensendieck, Ouder-Kindteam, psychologen, diëtiste, logopediste, tandartsen, ergotherapie en een lifestyle-coach.

Banne Buiksloot is een echte achterstandswijk: er is sprake van een lage SES-score, een hoge prevalentie van chronische aandoeningen en obesitas, ongezonde leefstijl en lage gezondheidsvaardigheden, een hoog percentage laaggeletterdheid, veel psychiatrische aandoeningen, hoge werkloosheid, 55-60% allochtone afkomst (diverse groepen, "dat maakt het werken hier leuk"), maar ook veel autochtone bewoners, taalbarrières en cultuurverschillen. De gevolgen van deze kenmerken in de huisartsenpraktijk: hoge werkdruk, gemopper, frustraties en machteloosheid, niet kunnen doen wat eigenlijk nodig is, te weinig ruimte voor nieuwe plannen en ideeën ontwikkelen en uitvoeren, te weinig tijd voor overleg, vaker conflicten met patiënten, veel aanvullend onderzoek en verwijzing naar de tweede lijn. Ook de algemene ontwikkelingen in de eerste lijn, zoals meer en complexere ouderenzorg, verschuiving van zorg naar de eerste lijn, zien we in dit centrum terug. Omdat de bevolkingsdichtheid te laag is, heeft het centrum nooit achterstandsgeld gekregen. Nu wel, dankzij de aanpassingen in de systematiek en herijking van de postcodes.

Wat is er gerealiseerd?

Na een interne verbouwing, verhuizing en het werven van een nieuwe huisarts is per 1 oktober gestart met de implementatie. Wat is er inmiddels gerealiseerd?

Huisartsen: 3 dagen een extra huisarts (uitbreiding van 0,6 fte), de consulten zijn voor het grootste deel 15 minuten, er is een spoedarts aangesteld. Deze doet zijn eigen spreekuur maar heeft per uur 15 minuten voor begeleiding/ondersteuning van de assistentes aan de balie, gaat twee keer per dag naar de balie en is beschikbaar voor vragen en zorgt voor scholing. Het heeft ertoe geleid dat er minder interrupties van het spreekuur zijn bij de overige huisartsen. De huisartsen hebben door deze uitbreiding en de andere inzet van personeel meer tijd voor complexe zorgvragen. "Je hebt die tijd nodig om goed te doorgronden wat er speelt bij een patiënt."

Generalistische POH: deze wordt op twee vlakken ingezet: voor de samenwerking in de wijk en voor de complexe patiënten/veelgebruikers.

Samenwerking in de wijk:

- is het aanspreekpunt van het centrum voor partners in de wijk;
- bouwt netwerk op, houdt de ontwikkelingen in de wijk bij;
- informeert het team;
- verbetert de samenwerking met het sociaal domein;
- neemt deel aan het wijkoverleg;
- organiseert het overleg in het gezondheidscentrum, met bijvoorbeeld het hometeam.

Complexe patiënten/veelgebruikers:

- brengen deze in kaart en maken een plan van aanpak;
- ontzorgt de huisartsen door het regelwerk over te nemen;
- er wordt met een dashboard gewerkt (ruiteren), zodat alle achtergrondinformatie in het HIS vindbaar is voor het hele team en in een oogopslag zichtbaar is dat het om een complexe patiënt gaat;
- verwijst naar en stemt af met andere zorgverleners.

Deze POH heeft training gevolgd in het kader van het traject en is hbo-gechoold.

Assistentes: de bezetting is versterkt. Vanaf het derde kwartaal van dit jaar is er een spreekuurondersteuner voor de huisartsen. Ze krijgen extra taken, zoals in eigen beheer aanvullend onderzoek doen (ECG , 24 uren RR , Enkel-arm index, CRP), BvO cervixcarcinoom). "We stimuleren het oppakken van extra taken omdat we denken dat het hun werkplezier verhoogd en we hen zo langer bij ons behouden." Ze hebben scholing gevolgd in het werken volgens het 4D model, van ZZ naar GG, werken met laaggeletterden en 'lastige' patiënten.

Het centrum heeft nog meer plannen en activiteiten. Samenwerking en uitwisseling met buurpraktijk Kadoelbreek is opgestart en er is regelmatig overleg vanaf oktober vorig jaar. Gezamenlijke activiteiten met de buurpraktijk zijn: hometeam, teamscholing, groepsvoorlichting en wandelgroep. "Samen bedienen wij nagenoeg de hele populatie van de wijk." Verder: Welzijn op recept in wachtruimte (welzijnswerker zit twee keer per week in de wachtkamer, werkt dit?), MDO met specialist ouderenzorg, cursus 'Liever bewegen dan moe' (depressiviteit SOLK) en het beter toegankelijk maken van de praktijk voor laaggeletterden.

Wat zijn de ervaringen toe nu toe?

"Iedereen is blij, mensen krijgen tijd om na te denken, om anders te werken. Ik ben ervan overtuigd dat dit toekomstbestendig en kosteneffectief zal blijken." Van Weers laat een filmpje zien met daarin de reactie van een assistente. Zij verklaart: "De meerwaarde van onze nieuwe manier van werken is dat de patiënten merken dat we meer tijd voor hen hebben. Op piekdagen zijn er meer artsen en assistentes. Door de extra tijd voelen ze dat er meer naar hen wordt geluisterd en dat ze beter worden geholpen. Het wordt persoonlijker, we hebben nog nooit zoveel complimenten gehad, er wordt meer gelachen." Het levert volgens Van Weers inspiratie op om verder te leren en te verbeteren. Vooral de substantiële uitbreiding van het aantal fte's draagt bij aan de positieve ervaringen. "Het voelt als een inhaalactie, en het is ook een omslag in de manier van werken." Investeren in de samenwerking in de wijk

is belangrijk, ook met de buurtpraktijk. Het MDO is weer nieuw leven ingeblazen.

Reacties en vragen vanuit de zaal

De aanpak van Krachtige basiszorg kan ook elders worden uitgerold. In achterstandswijken is de nood nu het hoogst. Eén van de deelnemers merkt daarom op dat dit gezien kan worden als een inhaalslag van de huisartsenzorg in achterstandswijken.

Tips:

- ga in gesprek met de gemeente, maak duidelijk dat je door te investeren in de voorkant bespaart op het Wmo-budget;
- nodig medewerkers van loketten bij de gemeente uit om een in de praktijk te komen kijken of een dag in de week te komen werken. Je leert elkaars cultuur zo kennen en elkaars taal spreken.

De omslag is: het is meer dan van ZZ naar GG, het is ook naar Mens en Maatschappij, van zorg naar welzijn. Heel de mens, is de doelstelling, al bestaat het risico dat het vastloopt, omdat er al gemeenten zijn die flinke tekorten hebben. Vraag blijft hoe je inwoners erbij betreft. Van Weers: "Als je meer tijd hebt, gaat het lukken om mensen erbij te betrekken."

Vertegenwoordiger van gemeente Utrecht vertelt dat daar niet bedacht wordt wat er moet gebeuren. "Wij gaan kijken en vragen wat er in de wijk nodig is. We doen mee vanuit onze rol en deskundigheid en zetten ons netwerk in."

Tip: ga op tijd met gemeente praten, elke vier jaar wordt er nieuw gezondheidsbeleid ontwikkeld, denk mee, zo kun je zaken voor de toekomst uitzetten. Op regionaal gebied gebeurt er al veel, bijvoorbeeld in Rotterdam, waar zogeheten 8 gidsgemeenten samen integrale interventies bespreken. Met meer zijn helpt.

Wat kunnen stakeholders verder doen om het traject een brede basis te geven?

NHG: zoals eerder gezegd werkt deze organisatie aan een aantal elementen van het programma Persoonsgerichte zorg. Het gaat bijvoorbeeld om het goede gesprek voeren, samen een zorgplan opstellen. "De wetenschap wordt meer naar de praktijk gebracht. We weten al het een en ander over mensen en hun gezondheid in achterstandswijken, bijvoorbeeld over de invloed van armoede op diabetes en hart- en vaatziekten. Dat willen we in richtlijnen naar voren laten komen. We willen mogelijk maken dat informatie uit Thuisarts.nl kan worden uitgeprint en meegeven kan worden aan patiënten. Ook de praktijkorganisatie, ICT en interdisciplinaire samenwerking is een aandachtspunt van het NHG."

Het thema van het NHG-congres dit jaar is complexe zorg. Deze overstijgt meerderde domeinen, het medisch en sociaal domein. "Dat past ook goed bij Woudschoten revisited, en huisartsen onderschrijven dit massaal", merkt Van Essen op. Vanuit de zaal kreeg het NHG de uitnodiging om actief mee te doen in het traject Krachtige basiszorg en aan te schuiven bij de overleggen. Laat het niet alleen bij kijken en luisteren.

LHV: heeft onlangs op haar website 'Meer tijd voor de patiënt' gelanceerd. Deze wordt gevuld met goede praktijkvoorbeelden. In de regio's worden gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars om te kijken of er buiten de grote steden pilots van

de grond kunnen komen.

John Hoenen van Reos wijst op de nieuwe betaaltitels die er zijn in de Organisatie en Infrastructuur (O&I)-module voor bijvoorbeeld praktijkmanagement. "Qua werkwijze en tempo verschillen de zorgverzekeraars erg. Zorg en Zekerheid heeft een handreiking gemaakt over de mogelijkheden van een praktijkmanager."

CZ zet in op regionale samenwerking. "De zorggroepen hebben zich steeds verder ontwikkeld en hebben een grote rol bij die samenwerking. Zorg dat je één verhaal krijgt", aldus Gaby Prins, zorginkoper bij CZ.

InEen: lessons learned en goede voorbeelden kunnen op de site gedeeld worden.

"Informeer ons over de knelpunten die jullie tegenkomen. Tegen welke regels lopen jullie aan? Privacy? Meld het aan de landelijke organisaties, dat los je niet in de regio op", aldus Judith van Duuren, programmamanager bekostiging.

Geleerde lessen

"Krachtige basiszorg gaat over de positie en complexe problemen van patiënten. De nieuwe aanpak geeft iedereen energie, maar het is meer dan alleen Welzijn op Recept. Het vergt andere vaardigheden. Samenwerkingsrelaties aangaan is een extra stap. Zien zorgverzekeraars dit wel zitten?" Fred Schaaf: "Er zijn geen belemmerende regels, alleen geld is een belemmering. Schakel op hoog niveau met de gemeente, bundel je krachten. Door als huisartsen samen met de zorgverzekeraar op te trekken, kun je rekenen op steun. Dat is een van de geleerde lessen."

Huisarts Jacqueline van Riet, huisarts in Overvecht, sluit af met: "Zoek scharniërmensen in elke koepelorganisatie, mensen die zeggen: 'Ik ben voor verandering'. Deze aanpak vergt van mensen om zaken echt anders te doen."

Afsluiting

Dagvoorzitter Ted van Hessen dankt de aanwezigen voor hun komst en nodigt hen uit voor de afsluitende borrel.