

Zorg om zorg in Nederland

Gezondheidsverschillen nemen toe. Hoe ziet de toekomst van de huisartsenzorg in probleemwijken eruit?

Verslag van de bijeenkomst d.d. 12 oktober 2017 bij De Rode Olifant te Den Haag

Welkom

Dagvoorzitter Ted van Essen heet alle aanwezigen namens de Achterstandsfondsen en het programma Alles is Gezondheid van harte welkom bij de tweede bijeenkomst Zorg om zorg in Nederland. Aan de hand van een persoonlijke ervaring illustreert Ted de verregaande bureaucratisering, juridisering en naar elkaar afschuiven in de Engelse gezondheidszorg als gevolg waarvan artsen in Engeland geen huisarts meer willen worden. Dat mag niet het voorland zijn van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, waar de huisarts steeds meer op zijn bord krijgt. Geld alleen gaat dat probleem niet oplossen, er moet ook iets aan de organisatie worden gedaan. Vandaag gaan huisartsen, vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en beleidsmakers van overheid, gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar in gesprek over de acties die nodig zijn om gelijke zorg voor alle burgers te realiseren, gezondheidsverschillen te verkleinen en de huisarts met plezier zijn werk te laten doen.

Ted introduceert de eerste spreker, Berthon Rikken, huisarts in Utrecht en voorzitter van het Utrechts Fonds Achterstandswijken, die een tussenstand geeft van de inspanningen van de Achterstandsfondsen met huisartsenkoepels, overheid, gemeenten en zorgverzekeraars. Wat is er gebeurd sinds de noodkreet van huisartsen begin februari op de eerste editie van Zorg om zorg in Nederland?

Toekomst huisartsenzorg achterstandswijken: een tussenstand door Berthon Rikken

Aan de hand van enkele casus illustreert Berthon dat het werken in een achterstandswijk anders is dan in een niet-achterstandswijk. Onder andere doordat patiënten in achterstandswijken op jongere leeftijd dan in gegoede wijken hun gezondheid als niet goed ervaren en doordat de huisarts in een achterstandswijk veel tijd besteed aan sociaal-medische netwerkzorg, die door de huisarts niet gedeclareerd kan worden.

Wat is er het afgelopen halfjaar bereikt?

- De Achterstandsfondsen hebben een boodschap met vier speerpunten geformuleerd:
 - De achterstandsfinanciering die is vastgesteld op 885.000 achterstandspatiënten moet opgetrokken worden naar een realistisch aantal.
 - De huidige postcode systematiek die gebruikt wordt in de toekenning van achterstandsfinanciering is te grofmazig.
 - De toeslag op het inschrijftarief dekt niet de noodzakelijke sociaal-medische netwerkzorg en de extra inzet die nodig is van de huisarts, POH en assistent. Hier zou de financiering op afgestemd moeten zijn.
 - De gezondheid en het werkplezier van de professionals en de continuïteit van zorg is in toenemend mate in het geding.
- In 2018 wordt de opslag op het inschrijftarief voor achterstandspraktijken verhoogd.
- De achterstandsproblematiek staat op de kaart bij InEen, LHV, NZa en ZN.
- In Utrecht is het manifest 'alle burgers hebben recht op gelijke zorg' opgesteld.
- De Achterstandsfondsen zijn in gesprek met gemeenten over de aanpak van gezondheidsverschillen.
- Tweede Kamer leden en medewerkers van VWS zijn op werkbezoek geweest in achterstandswijken om een beter beeld te krijgen van de dagelijkse praktijk.

Naast aandacht voor de huisartsenzorg in achterstandswijken ontwikkelen de Achterstandsfondsen mooie producten. Voorbeelden daarvan zijn: scholing op het gebied van het herkennen van huiselijk geweld en laaggeletterdheid, Leergang 'Werken in Achterstandswijken', het uurgesprek, vergoeding van de tolkentelefoon, wijk safari en wachtkamer voorlichtingsfilmpjes.

Er zijn stappen gezet, maar er blijven uitdagingen, zoals

- Het aantal achterstandspatiënten is gemaximeerd op 885.000. Waarom?

- De postcode-indeling voor achterstandswijken komt niet overeen met de werkelijkheid.
- De Organisatie en Infrastructuur (O & I) gelden dekken niet de indirect patiëntgebonden organisatietijd.
- De nieuwe inschrijftarieven gaan uit van leeftijdscohorten, maar de leeftijdsprofielen in achterstandswijken zijn anders. Mensen zijn daar op jongere leeftijd ziek en sterven eerder. Een achterstandspraktijk met veel ouderen gaat er niet op vooruit.
- Door sloop en nieuwbouw van achterstandswijken verandert de populatie: de oorspronkelijke bewoners met allerlei problematiek trekken weg naar andere wijken en goed verdienende komen er voor terug.
- Er is een tekort aan huisartsen. Dat wordt vooral gevoeld in landelijke gebieden en achterstandswijken. Dit zal toenemen door de praktijkverkleining.

Berthon besluit zijn presentatie met de introductie van Richard Starmans, huisarts in de Haagse Schilderswijk, als vertegenwoordiger van de achterstandsfondsen in de landelijke gremia. Richard Starmans volgt Corinne Collette op die afgelopen zomer afscheid heeft genomen en met pensioen is gegaan.

Ted bedankt Berthon voor zijn update en geeft het woord aan Linda Timmer die ingaat op de gevolgen van de nieuwe financiering van de huisartsenzorg 2018.

Gevolgen nieuwe financiering huisartsenzorg 2018 in Amsterdam Zuidoost door Linda Timmer

Linda Timmer is huisarts bij Gezondheidscentrum Holendrecht, één van de zes gezondheidscentra van de Stichting GAZO. Samen met een groep enthousiaste collega's werkt zij aan geïntegreerde eerstelijnszorg in Amsterdam Zuidoost volgens het 4D-model.

Voor zij ingaat op het onderwerp van haar presentatie brengt zij het doel en de uitgangspunten van de achterstandsfinanciering in herinnering. Reden voor de invoering van de achterstandsfinanciering in 1996 was dat de beschikbaarheid van kwalitatief goede huisartsenzorg in achterstandsgebieden behouden moest worden, dat er geen verschil in werklast en inkomen van de huisartsen in achterstandsgebieden en normale wijken mocht bestaan en dat de huisartsen in deze wijken plezier in het werk zouden behouden. Dat was 21 jaar geleden actueel en is het nog steeds. Achterstandsfinanciering is gebaseerd op een postcodesystematiek met als criteria het percentage mensen met een laag inkomen, het aantal niet-actieven/niet-studenten, het aantal niet-westerse allochtonen en de omgevingsadressendichtheid (stedelijkheidsgraad).

In haar presentatie vergelijkt Linda twee gezondheidscentra in Amsterdam Zuidoost: Venserpolder en Holendrecht, waarbij de eerste volgens de postcode-indeling is gevestigd in een achterstandswijk. De beide gezondheidscentra en wijken lijken veel op elkaar; er wonen veel allochtonen, chronisch zieken en mensen met een laag inkomen. Er is sprake van veel huiselijk geweld, laaggeletterdheid en een hoog percentage bewoners ervaren hun gezondheid als slecht.

Daar waar de begroting van Gezondheidscentrum Venserpolder positief is, zijn de inkomsten en uitgaven van Gezondheidscentrum Holendrecht niet in evenwicht. In 2018 worden de inschrijftarieven voor huisartspraktijken in achterstandswijken verhoogd. Dit betekent dat Gezondheidscentrum Venserpolder volgend jaar ca. € 68.000 (+19%) extra te besteden heeft, voor Gezondheidscentrum Holendrecht is dat ca. € 6.500 (+4%).

Linda schetst wat Gezondheidscentrum Venserpolder kan met deze extra middelen, maar ook wat ze niet kunnen oplossen. In 2018 zou het gezondheidscentrum 0,45 fte huisarts extra kunnen inzetten. Er ontstaat dan meer tijd voor complexe patiënten, patiënten krijgen betere zorg, ze worden minder vaak doorverwezen naar de tweede lijn en de werklast van huisarts vermindert. Wat in 2018 niet verandert is extra assistentie of praktijkondersteuning waardoor de praktijk bijvoorbeeld niet kan investeren in een betere begeleiding van diabeten bij insuline gebruik, patiënten gestoorde glucose tolerantie, tijd voor overleg met wijkverpleging, meer personeel aan de balie etcetera.

Het effect van de opslag voor Gezondheidscentrum Holendrecht is nihil. Na verwerking van de loon- en prijsstijging is ondanks de opslag de begroting voor 2018 niet sluitend. De hoge werklast blijft. Het is moeilijk om huisartsen te vinden die in deze wijk willen werken.

Ted bedankt Linda voor haar heldere, maar wrange overzicht van de problematiek.

Vragen en reacties:

- Desgevraagd geeft Linda aan dat de praktijkondersteuner op dit moment het meest belast is. Deze wordt zoveel mogelijk ontzien. Consequentie is dat diabetes patiënten vaker en eerder verwezen worden naar de tweede lijn. Het probleem is dan even weg, maar komt weer terug bij de huisarts als de specialist de patiënten ook niet goed ingesteld krijgt. Dan wordt geaccepteerd dat deze patiënten niet goed in te stellen zijn, met complicaties tot gevolg. De gezondheidsverschillen nemen daardoor toe.
- Duidelijk is dat in Amsterdam Zuidoost wijken zijn met achterstandsproblematiek, maar geen achterstandsfinanciering krijgen. Met welke parameters kan dit zorgvuldiger bepaald worden? Is het beter om de zorgzwaarte per individuele huisarts en zijn patiënten te bepalen (veel lage ses, veel chronische patiënten, veel ouderen), zoals de vereveningsystematiek. DSW probeert om financiering naar zorgzwaarte op individueel patiëntniveau te realiseren. Hierdoor worden gelden voor patiënten in achterstandswijken over meer huisartsen verdeeld. Het doel om gelden vrij te maken voor het in de lucht houden van huisartspraktijken in achterstandswijken, lijkt verlaten te worden, waardoor er een nieuw probleem ontstaat, namelijk het behouden van huisartsen en assistentes in deze huisartspraktijken.

Na de pauze geeft Ted het woord aan Jacqueline van Riet, huisarts in Utrecht.

Krachtige basiszorg door Jacqueline van Riet

Jacqueline werkt als huisarts in de Utrechtse achterstandswijk Overvecht. Aan de hand van een casus van een kind met buikpijn illustreert zij het concept Krachtige basiszorg. Het kind komt samen met zijn moeder op het spreekuur. De huisarts constateert dat lichamelijk alles in orde is met hem. De moeder wil voor haar zoon graag een verwijzing naar het ziekenhuis, maar dat is voor de huisarts niet de juiste oplossing. Die maakt zich zorgen over de gezondheid van het kind in de breedte: geestelijk, sociaal en maatschappelijk. Het 4D-model helpt om met de moeder samen verder te onderzoeken wat er aan de hand is.

Veel bewoners in Overvecht hebben meervoudige en complexe problemen, zowel medisch als sociaal-maatschappelijk. De reguliere zorg sluit niet goed aan op hun zorgbehoefte.

Daarom is in Overvecht het concept van Krachtige basiszorg ontwikkeld. Volgens deze werkwijze wordt aan de hand van het 4D-model door alle zorg- en hulpverleners ieder vanuit hun eigen expertise integraal en gestructureerd naar de gezondheid van de patiënt gekeken: vanuit de perspectieven lichamelijk, geestelijk, maatschappelijk en sociaal. De zorg- en hulpverleners in de wijk werken samen om tegemoet te komen aan de medische en sociale zorgbehoefte van de patiënt.

Het zorgrisico van kwetsbare mensen hangt samen met hun gezondheidsvaardigheden, sociale omgeving, aard van de problemen en het aantal hulpverleners. Huisartsen zijn bij uitstek in staat om een goede inschatting van het zorgrisico te maken. Krachtige basiszorg maakt daarbij onderscheid in vier risicogroepen naar de mate van ernst.

Krachtige basiszorg vraagt om een andere manier van werken en organiseren en om andere competenties; het perspectief van de ander kunnen zien, methodisch omgaan met onzekerheid en risico's en netwerkvaardigheden. Dat gaat niet vanzelf en vraagt scholing, bij voorkeur vroeg in de opleiding.

De ervaring van de professionals in Overvecht is dat het werkt. De patiënt voelt zich beter geholpen en is tevreden, de werklast van de huisarts verandert en het werkplezier keert terug. Deze manier van werken is aantrekkelijk voor nieuwe professionals.

Onderzoek van het Nivel en Zilveren Kruis toont het volgende aan:

- Belangrijk(st)e elementen van Krachtige basiszorg zijn goed onderbouwd; het leidt tot betere gezondheidsuitkomsten en hogere tevredenheid.
- Professionals zijn positief over de 4D benadering en de samenwerking
- Patiënten waarderen (na uitleg) de aanpak
- De aanpak heeft in 2015 een besparing van ruim € 500.000 opgeleverd.

Vragen en reacties:

- Gevraagd wordt hoe het concept van Krachtige basiszorg kan worden geïmplementeerd en verder ontwikkeld. Jacqueline weet uit ervaring dat een goed opgeleide praktijkmanager de huisartsen daarbij kan ondersteunen. De professionals moeten in de werkwijze worden geschoold en de patiënt moet leren zelf zorg te gaan dragen voor zijn eigen gezondheid.
- Implementatie vraagt een projectmatige aanpak, o.a. inventariseren wat er nodig is, extra menskracht inzetten en scholen, aan de slag gaan, evalueren en verbeteren.
- Gevraagd wordt of het een taak van de huisarts is. De huisarts is geneeskundige die de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste zorgverlener wil hebben. Nikki Makkes, huisarts en collega van Jacqueline in Overvecht, vindt dat de huisarts als geen ander biopsychosociaal kan denken. Hij is geen probleemhouder, maar spin in het web en draagt de patiënt over aan een collega met de juiste expertise. Hij blijft op de hoogte, laat de patiënt regelmatig terugkomen en doet niet alles zelf, maar heeft korte en snelle lijnen met de andere professionals in de wijk.
- Het concept kan ook in een solopraktijk worden toegepast. Denk in dat geval aan een virtueel netwerk met de huisartspraktijk als basis.
- Desgevraagd geeft Jacqueline aan dat de huisartsen die bij de praktijken in Overvecht hun opleiding gevolgd hebben graag terugkeren als zij zijn afgestudeerd om er als huisarts te gaan werken.
- Zorgverzekeraars Nederland benadrukt dat de nieuwe betaaltitels voor Organisatie & Infrastructuur in de eerste lijn professionals in de wijk gaat helpen om dit concept te realiseren.

Ted peilt de mening van de beleidsmakers: wat vinden zij van het concept Krachtige basiszorg?

Wat vindt de LHV?

De LHV blijft benadrukken dat de huisarts meer tijd nodig heeft voor de patiënt en vindt het daarom een goed initiatief om de werkdruk te verlagen door het anders te organiseren. De LHV maakt zich er hard voor om dat voor alle huisartsen te bereiken. De LHV vindt dat extra investeringen nodig zijn in menskracht (huisartsen, praktijkondersteuners en assistentes). Bijvoorbeeld door geld over te hevelen van de tweede naar de eerstelijns en door voldoende opleidings- en stageplaatsen voor ondersteunend personeel.

Wat vindt InEen?

InEen vindt het een goed resultaat dat een andere manier van werken leidt tot meer werkplezier. Afgelopen jaar heeft InEen samen met alle betrokkenen gewerkt aan de nieuwe betaaltitels voor organisatie en infrastructuur, vanuit dezelfde gedachte: op verschillende niveaus samenwerken en anders organiseren. Daarmee kunnen stappen gezet worden. Onderdeel daarvan is de praktijkmanager waarmee organisatiekracht aan de praktijk wordt toegevoegd om deze andere manier van werken vorm te geven. InEen hoopt dat de zorgverzekeraars meer ruimte gaan geven om dit soort ontwikkelingen in de wijk en regio te ondersteunen. Mooi is ook dat het onderzoek in Overvecht laat zien wat het oplevert.

Wat vindt het NHG?

Het NHG vindt dat de specifieke competenties van deze werkwijze meer aandacht in de opleiding zouden moeten krijgen. Persoonsgerichte zorg is een belangrijk speerpunt van het NHG, wat zich in scholingen vertaalt. Het 4D-model geeft een duidelijk kader van wat er door de huisarts moet worden gedaan en wat in samenwerking elders geadresseerd kan worden. Het is een van de onderwerpen op het komende NHG-congres.

Wat vindt de gemeente?

De VNG wil graag alle mogelijkheden die er zijn benutten. Goed kijken naar hoe de gelden die er zijn, slim kunnen worden ingezet, waar kan worden samengewerkt en hoe van elkaar kan worden geleerd. Het is een gezamenlijk probleem dat gezamenlijk moet worden opgelost.

Wat vindt de zorgverzekeraar?

ZN ziet een groei van 5% in de uitgaven aan huisartsenzorg. Dat komt overeen met de ontwikkeling dat de huisarts meer werk verzet. De opslag voor achterstandswijken wordt volgend jaar verhoogd. ZN wil extra geld beschikbaar stellen, maar zou ook graag zien wat het kwantitatief en kwalitatief oplevert. Dat lukt nog niet goed. Enkele huisartsen merken op dat het lastig is dat de meeste zorgverzekeraars niet langjarig willen investeren. Een andere werkwijze vraagt tijd en het zal daarom langer duren voordat de opbrengst zichtbaar wordt.

Wat vindt VWS?

VWS vindt het een goed concept om het probleem van de patiënt in teamverband op te lossen. De randvoorwaarden om goede zorg te kunnen leveren, moeten worden georganiseerd met een bekostigingsmodel (zorgverzekeraar, gemeente). De maatschappij is aan het veranderen, het stelsel gaat knellen. VWS adviseert de mogelijkheden te onderzoeken en het model te kiezen dat past bij de wijk.

Tenslotte wordt gevraagd naar de succesfactor. Dat begint met professionals met visie en leiderschap die de urgentie dagelijks ervaren. Zij weten elkaar te vinden om problemen op te lossen. Dialoog en interactie is de kern, met verschillende factoren die het ondersteunen (o.a. leeromgeving, casuïstiekbespreking, ondersteuning gemeente en zorgverzekeraar). Het is een proces dat stapsgewijs gaat en tijd kost en vraagt om onderhoud en doorontwikkeling.

Afsluiting

Deze middag is het commitment verkregen om initiatieven zoals Krachtige basiszorg uit te werken met de Landelijke Huisartsenvereniging, de Nederlandse Zorgautoriteit, Ineen, het ministerie van VWS en 'anders werken en organiseren' mogelijk maken. Ted van Essen concludeert dat deze bijeenkomst een oproep is om aan de slag te gaan. Ook gemeenten en zorgverzekeraars willen daar graag aan meewerken. Vanwege hun directe betrokkenheid hebben de Achterstandsfondsen een sturende rol. Er moet iets gebeuren om te voorkomen dat huisartsen het werkplezier verliezen en het vak de rug toekeren.

Corinne Collette vult daarop aan dat het fijn was dat alle betrokken partijen vandaag aanwezig waren. Het is belangrijk de achterstandsproblematiek op de agenda te houden. Ze is blij met wat er aan inhoud naar voren is gekomen. Ze roept huisartsen op uit de slachtofferrol te komen door niet langer te klagen over werkdruk, maar uit te dragen wat huisartsen nodig hebben om een goede huisarts te kunnen zijn.

Dagvoorzitter Ted van Essen sluit de bijeenkomst en nodigt alle aanwezigen uit voor een drankje na.