

Twintig veranderingen in de huisartsenzorg in de afgelopen 10 jaar

Spaarndam, 9-11-2014

In het onderstaande wil ik u uitleggen wat er allemaal veranderd is in het werk van huisartsen. De reden hiervoor is dat veel mensen niet weten wat er allemaal achter de schermen gebeurt en soms niet begrijpen waarom we de dingen tegenwoordig doen zoals we het doen en met zoveel medewerkers. Waarom het als huisarts bijna onmogelijk is om alle dagen spreekuur te doen en er altijd te zijn voor de patiënten.

Kort samengevat gaat het om de volgende veranderingen:

“Meer personeel om extra taken als preventie en protocollair werken voor elkaar te krijgen. Verantwoording afleggen over kwaliteit, alles schriftelijk vastleggen in protocollen, jaarverslagen, beleidsplannen. De praktijk is continu bereikbaar, we moeten zorg overnemen van het ziekenhuis en in de gaten houden wat u wil als patiënt. Het medische dossier moet goed worden bijgehouden, de juiste medicijnen worden voorgeschreven, alles wordt gecontroleerd en er is veel overleg nodig om iedereen in de praktijk op één lijn te krijgen. Personeelsbeleid is een echte taak geworden, voorheen 3, nu 11 mensen in dienst. Ketenzorg voor chronische aandoeningen is erbij gekomen en de geestelijke gezondheidszorg die voor een groot deel plaats vindt in de huisartsenpraktijk. Het geregeld rondom het LSP is een taak waar we niet onderuit komen. De zorg voor ouderen wordt zwaarder en ingewikkelder, de jeugdzorg en de WMO komen naar ons toe via de gemeente, de specialisten komen naar ons toe in het kader van substitutie. Samenwerken met thuiszorgorganisaties en anderen in de wijk is zeer gewenst en dan ook nog op een vernieuwende manier. Om mee te gaan met de tijd en financieel het hoofd boven water te houden zijn we bezig met businessplannen en automatisering”.

Meer uitgebreid zal ik hieronder uitleggen wat de 20 belangrijkste wijzigingen zijn:

1. In 2002 nam ik de huisartsenpraktijk over van Kees Weijerman, die de praktijk runde als solist met zijn partner als assistente. De eerste grote verandering waarmee ik begon was het aannemen van doktersassistentes die goed opgeleid waren voor het werk, die daardoor patiënten telefonisch advies konden geven en bepaalde werkzaamheden konden overnemen (uitstrijkjes, oren uitspuiten).

Verder was het werk redelijk overzichtelijk: de patiënt kwam met een klacht en die probeerde je zo goed mogelijk te behandelen. De computer werd al gebruikt, je voerde de gegevens in, zodat je bij het volgende bezoek wist wat je had afgesproken met elkaar.

2. De tweede grote verandering was de opkomst van preventie; niet alleen afwachten tot iemand klachten kreeg of ziek werd, maar actief patiënten oproepen die tot risicogroepen behoren, om op het spreekuur te komen. Het ging dan bv. om mensen met diabetes mellitus, met astma, mensen die al eens een hartinfarct gehad hadden, mensen die roken een longfunctie laten doen om COPD op te sporen.
3. De derde grote verandering was dat deze preventieve controles volgens een bepaald protocol werden afgehandeld. Zodat we geen belangrijke zaken zouden vergeten. Dus niet alleen de bloeddruk meten en de suiker, maar ook o.a. gewicht, middelomtrek, vragen naar ziektes in de familie en naar voedingsgewoontes. Deze protocollen gingen

een steeds belangrijker onderdeel worden, want de gegevens die we hiermee verzamelden, werden gebruikt om te meten of we het als huisarts wel goed deden. Het juist invoeren van deze meetgegevens worden indicatoren genoemd.

4. Dan volgde de vierde wijziging: met de indicatoren werd niet alleen bekeken (o.a. door de zorgverzekeraars) of de kwaliteit van de huisartsenpraktijk goed was, maar ook de financiering van de praktijk kwam hiermee in het geding. Goede kwaliteit werd gestimuleerd door bonussen. Of dit een juiste wijze is om de kwaliteit van een praktijk te meten, dat laat ik nu even in het midden.
5. Om al deze preventieve activiteiten goed te kunnen uitvoeren, was meer gediplomeerd personeel nodig: meer huisartsen, meer assistentes, de één neemt de telefoon aan en de ander doet het (preventieve) spreekuur. Omdat het allemaal geprotocolleerd gebeurde kon dat prima door de assistentes gedaan worden. Maar er was ook behoefte aan personeel dat inhoudelijke kennis en kunde had op het gebied van de chronische aandoeningen, daarom kwam de POH-S in beeld, de praktijkverpleegkundige met speciale opleiding voor de chronische somatische aandoeningen.

Met deze vijfde wijziging (meer personeel) waren er inmiddels 2 huisartsen, 3 doktersassistentes en 1 POH-S in dienst.

6. Om kwaliteit extra te benadrukken werd het keurmerk ingevoerd voor huisartsenpraktijken. Bedacht door het Nederlands Huisartsen Genootschap begonnen we daar in 2008 al mee. De nadruk lag in het begin vooral op veiligheid en hygiëne en op het maken van verbeterplannen om te voldoen aan de normen van het keurmerk. Ook het maken van een jaarverslag is onderdeel hiervan. Later in 2011 kwam de nadruk steeds meer te liggen op bedrijfsmatig werken; protocollen en werkafspraken over alle handelingen in de praktijk werden schriftelijk vastgelegd en worden elk jaar opnieuw geactualiseerd. In onze praktijk zijn we uitgekomen op 42 werkafspraken, 18 medische protocollen, 189 documenten, 51 formulieren en 9 kwaliteitsregistraties! Elke medewerker is verantwoordelijk voor een deel van de documenten. U kunt zich voorstellen wat voor werk dit is om dit allemaal up to date te houden. Dit is de zesde grote wijziging.

De volgende wijzigingen hebben allemaal te maken met de steeds groter wordende rol van de zorgverzekeraars, aangestuurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoals u misschien weet worden onze tarieven vastgesteld door de NZA (Nederlandse Zorgautoriteit). De minister/ regering bepaalt wat huisartsen mogen verdienen, de NZA doet onderzoek naar de kosten die de gemiddelde praktijk heeft en vervolgens worden de tarieven vastgesteld. De grote lijnen worden zo uitgezet, de zorgverzekeraars gaan daar vervolgens mee aan de slag en bieden de huisartsen elk jaar een contract aan. Over dit contract valt niet te onderhandelen, wel kun je als huisarts inschrijven voor meer of minder "modules". De basis is voor elke praktijk gelijk: voor elke patiënt een inschrijftarief en vervolgens een klein bedrag voor consulten, visites en telefoontjes.

In de loop van de jaren zijn er allerlei modules bijgekomen die voor een deel goed hebben uitgepakt voor de patiënt:

7. Bereikbaarheid, de zevende wijziging: voorheen waren we alleen in de ochtend telefonisch bereikbaar, nu de gehele dag van 8 tot 17 uur. Afspraken maken kan via internet, e-mail consulten, recepten herhalen via internet, het patiëntenportaal; dit is allemaal gestimuleerd door de extra modules. Mede hierdoor is het personeelsbestand

verder uitgebreid, als je telefonisch bereikbaar moet zijn de hele dag, moet je gaan werken in shifts, anders kun je niet meer eten of overleggen met elkaar. Om die reden hebben we ook 3 receptionistes in dienst genomen, die voor de continue telefonische bereikbaarheid zorgen, daarnaast voor de medicatie uitgifte van de apotheek en de ontvangst van de praktijk.

8. Patiënttevredenheid, de achtste verandering: door middel van enquêtes en het patiëntenpanel vragen we aan patiënten wat zij vinden van de praktijk. Opmerkingen worden verwerkt in verbeterplannen. Klachten die patiënten indienen worden serieus opgepakt, besproken in het team en verwerkt in verbeteringen. Dit alles wordt bijgehouden en opgeschreven in het jaarverslag.
9. Zorg van de specialist/ het ziekenhuis (2^e lijn) wordt overgeheveld naar de huisarts (1^e lijn). Dit heet Substitutie. Huisartsen zijn in de loop van de jaren allerlei handelingen gaan uitvoeren die voorheen alleen in het ziekenhuis werden gedaan. Dit wordt sterk gestimuleerd door de zorgverzekeraars omdat hiermee de zorg goedkoper wordt. Denk aan het inbrengen van spiraaltjes, maken van ECG's (hartfilmpjes), chirurgische verrichtingen, longfunctietesten etc. Hiervoor is regelmatige scholing en bijhouden van kennis nodig van alle medewerkers die deze handelingen uitvoeren.
10. Dossier op orde houden; alle medische diagnoses worden met bepaalde coderingen genoteerd. Als iedereen in de praktijk dit goed noteert, dan ontstaat er overzicht over het aantal patiënten dat een praktijk heeft met een bepaalde ziekte. Dit betekent dat ook brieven van specialisten uit het ziekenhuis goed moeten worden ingevoerd en bijgehouden. U mag ervan uitgaan dat dit in onze praktijk goed op orde is.
11. Allerlei kwaliteitscontroles. 6x per jaar hebben de huisartsen samen met de huisartsen uit Haarlem-Noord en de apothekers een overleg over een ziekte onderwerp. In het overleg wordt besproken wat de beste behandeling is volgens de huidige standaarden, welke medicijnen daar bij horen. Verschillen tussen de praktijken worden besproken en verbeterplannen vastgelegd. Huisartsen zijn bij toerbeurt aan de beurt om een onderwerp voor te bereiden. Door de zorgverzekeraars wordt elk jaar gecontroleerd of de praktijken volgens de huidige regels medicijnen voorschrijven. Het heeft financiële consequenties als je dit wel/ niet goed doet als praktijk.
12. Ketenzorg: De volgende verandering leg ik uit aan de hand van een diabetes patiënt. De diabeet heeft niet alleen te maken met de huisarts of de POH-S, maar ook met het laboratorium, de diëtist, de opticien/oogarts waar de bloedvaten van de ogen worden gecontroleerd en de pedicure voor de voetcontrole. Soms is een oordeel van de internist in het ziekenhuis nodig omdat het te ingewikkeld wordt of omdat er complicaties optreden. De zorg van al die zorgverleners is tegenwoordig georganiseerd in een keten. Dat wil zeggen dat er onderling afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en inhoud van de zorg. Het betekent ook dat de financiering van de zorg rondom een diabeet is veranderd. De verzekeraar betaalt niet meer al die aparte zorgverleners per bezoek, maar betaalt een bedrag per jaar uit aan de ketenzorg organisatie, die vervolgens de verschillende zorgverleners uitbetaald. De ketenzorg organisatie in onze regio heet "Kcoetz". Huisartsen die hieraan meedoen zijn lid van de coöperatie en hebben dus ook een rol in het meedenken en organiseren van de ketenzorg. Dat betekent vergaderen, bijeenkomen, meedenken en verantwoording afleggen aan de Kcoetz, of je zorg levert zoals we hebben afgesproken. Dan komen weer de indicatoren om de hoek kijken waarmee die kwaliteit wordt gemeten. Praktijken die niet goed functioneren worden

bezocht en begeleid door de Kcoetz. Inmiddels is er ketenzorg voor Diabetes, COPD, astma en CVRM (cardiovasculair risicomanagement).

13. POH-GGZ. In 2013 zijn er grote wijzigingen doorgevoerd in de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ). Voorheen had je als huisarts de keuze of je iemand zelf met een paar gesprekken wilde begeleiden, doorverwees naar de psycholoog, naar de psychiater of naar het Riagg. Sinds 2013 kun je iemand alleen nog doorverwijzen als je een (sterk) vermoeden hebt dat de patiënt een geestelijke aandoening heeft (depressie, angststoornis, psychose, ADHD, autisme, posttraumatische stress stoornis etc.). Als dat vermoeden er niet is, dan dient de behandeling in de huisarts praktijk te gebeuren. Omdat wij als huisartsen daar niet allemaal goed in zijn en ook geen specialist op dat gebied is de POH-GGZ in dienst gekomen van de praktijk. De begeleiding van lichte somberheid, burnout, relatieproblemen, gedragsproblemen bij kinderen, worden door de POH GGZ begeleid.

Inmiddels zijn we met 3 huisartsen, 3 assistentes, 1 POH-S en 1 POH-GGZ en 3 receptionistes. Dagelijks is er onderling overleg over de directe patiëntenzorg tussen huisartsen, assistentes en POH-ers. Maandelijks is er onderling overleg over de grotere lijnen, over dingen die niet goed gaan en beter moeten. De huisartsen hebben met elkaar ook nog overleg over het medische beleid in de praktijk, de assistentes hebben onderling overleg over de taken die zij hebben, de receptionistes ook.

14. LSP: Uitwisselen van medische gegevens tussen behandelaars in de zorg. De wens van de overheid is dat belangrijke gegevens van het medische dossier van de patiënt dat bij de huisarts bewaard wordt, elektronisch gedeeld kan worden met andere zorgverleners. Als u op de huisartsenpost terecht komt, of bij een huisarts in Friesland als u daar op vakantie bent of in een ziekenhuis elders in het land, dan kan het goed voor uw behandeling zijn als de arts daar snel weet welke medicijnen u gebruikt, voor welke medicijnen u allergisch bent en dat u bv recent bent geopereerd aan uw buik. Het Landelijk Schakelpunt (LSP) moet ervoor zorgen dat dit mogelijk wordt. Voor de huisartsen betekent het dat we elke patiënt in de praktijk toestemming moeten vragen om de gegevens open te stellen (bijna 3000 patiënten). Medewerkers in de praktijk moeten geregistreerd worden als zorgverleners. Software moet worden geïnstalleerd, er moeten pasjes worden aangeschaft en paslezers gekoppeld aan de PC's. Dit kost de praktijk heel veel werk.

Om al deze taken goed uit te kunnen voeren en al deze medewerkers goed hun werk te laten uitvoeren zijn we verhuisd naar een groter pand. Hiermee zijn we voorbereid op de toekomst, want er gaat nog veel meer gebeuren in de komende jaren.

We zijn inmiddels aangekomen in 2015. Opnieuw staan we voor grote veranderingen in de zorg. Via de link hieronder kunt u lezen wat dat voor u als patiënt betekent.

<http://www.nu.nl/weekend/3752394/vier-dingen-u-moet-weten-veranderingen-in-zorg.html>

Voor de huisartsen betekent dat het volgende:

15. Wijzigingen in de AWBZ, ouderen blijven langer thuis wonen. Dit geeft een verzwaring van de taak van de huisartsen. Ouderen hebben soms veel zorg nodig, de thuiszorg, de mantelzorgers, de familieleden, de specialist ouderengeneeskunde, bezoeken aan specialisten in het ziekenhuis: dit moet allemaal gecoördineerd worden op een manier die het beste recht doet aan de oudere of de zieke. De bedoeling is ook nog dat patiënten worden gestimuleerd om zoveel mogelijk zelf de regie te houden over dit alles

(participatie wet). Mogelijk betekent dit dat we in de toekomst ook een POH-ouderen in dienst gaan nemen.

16. De Jeugdzorg wordt uitgevoerd door de gemeente. Samenwerking met de gemeente in de vorm van het Centrum voor Jeugd en Gezin, de huisarts en de POH-GGZ is nodig. Dit betekent overleg, vergaderen, afstemming met elkaar: wie doet wat en wie verwijst naar wie? Wat is het beste voor het kind en het gezin? Hierbij moeten we goed waken voor de privacy van de gezinnen, het medisch geheim is een belangrijke zorg van de huisarts.
17. WMO, Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Deze taak lag al bij de gemeente, maar zal zwaarder worden omdat meer ouderen thuis blijven wonen. Ondersteuning op allerlei fronten kunt u aanvragen bij de gemeente, huishoudelijke hulp, trapliften, hulp bij administratie en financiën etc. Huisartsen, mantelzorgers en familie hebben een rol in het herkennen van problemen en het inschakelen van WMO voor hulp.
18. Samenwerken in de wijk. Bovengenoemde veranderingen laten al zien dat er veel moet worden samengewerkt, anders wordt het een chaos waar zorgverleners en patiënten door de bomen het bos niet meer zien. De minister en de zorgverzekeraars willen graag dat huisartsen weten wat er speelt in de wijk waarin ze werken. Welke groepen mensen extra zorg nodig hebben. We worden gestimuleerd om samen met andere huisartsen en zorgverleners samenwerkingsverbanden op te zetten en plannen in te dienen bij de zorgverzekeraars hoe we de zorg voor die specifieke groepen gaan verbeteren. Als we dit niet doen, gaan we er financieel op achteruit.
19. Zorgvernieuwing. Zorgverzekeraars willen graag dat huisartsen initiatief nemen om de zorg te vernieuwen en te verbeteren. Liefst via E-health, dus via digitale kanalen, via ICT. Om te zien of de zorg anders (en liefst goedkoper) georganiseerd kan worden. Dit is een nieuwe uitdaging voor huisartsen die hiermee samenwerking zoeken met andere praktijken in de regio. Ook in Spaarndam doen we hieraan mee. We zullen u op de hoogte houden van wat dit mogelijk gaat betekenen voor u.
20. Substitutie, bij verandering 9 al eerder genoemd. Zorgverzekeraars willen nog meer zorg vanuit het ziekenhuis verplaatsen naar de huisartsenpraktijk. Aan huisartsen wordt gevraagd om te bedenken welke zorg zij kunnen overnemen. Dit moet in projectplannen aangevraagd worden met financiële onderbouwing. Het zou kunnen dat specialisten vervolgens de huisartspraktijken gaan bezoeken om daar bepaalde patiënten samen met de huisarts te spreken en te onderzoeken. Dit gezamenlijke consult kan een meerwaarde zijn voor zowel de patiënt als de huisarts.

Al deze veranderingen geven nieuwe kansen, maar er zijn ook veel huisartsen die zich zorgen maken over de ontwikkelingen. Kan de huisarts het allemaal nog wel bijbenen? Van zorgverlener wordt de huisarts steeds meer manager/ coördinator/ automatiseerder/ personeelschef/ etc. Via de link hieronder kunt u lezen waar het mogelijk allemaal naar toe gaat in 2030:

<http://www.vphuisartsen.nl/uitgelicht/kernwaarden-onder-druk-heeft-de-huisarts-nog-toekomst/>

Huisartsen willen graag de huisarts zijn die een goed contact heeft met de patiënten, die op de hoogte is van wat er speelt op medisch gebied in het leven van de patiënt, die aandacht

kunnen geven. Door al deze ontwikkelingen wordt dat steeds lastiger. Maar we zullen onze uiterste best hiervoor doen.

Voor u als patiënt betekent dit dat u met meer verschillende personen te maken krijgt. Weet wel dat er goed onderling overleg plaatsvindt in de praktijk en dat uw huisarts op de hoogte is van wat de andere huisartsen/ medewerkers met u besproken hebben.

Mw. P.M.E.M. Hendriks, huisarts
Huisartsenpraktijk Spaarndam
De Sluis, Medisch Centrum Spaarndam
Ringweg 32
2064KK Spaarndam
Telefoon 023 5370803
www.desluismcs.nl