

Organisatorische uitdagingen in d

De organisatie van de huisartsenpraktijk verandert en professionals moeten daarin mee. Maar hoe verleid je hen om samen te werken in de zorg voor patiënten die niet genoeg hebben aan een incidentele benadering? De Eerstelijns analyseert.

De huisartsenzorg ontwikkelt zich in een rap tempo. Met name door externe invloeden, zoals de decentralisaties, extramuralisering in de ouderenzorg en GGZ, verkorting van de ligduur in ziekenhuizen en sociaal-technische innovatie. De huisartsenzorg blijft in de basis generalistische, persoonsgerichte zorg, maar de profielen van patiënten veranderen door deze externe ontwikkelingen. Op basis van onderzoek door de Universiteit van Maastricht bij een zorggroep in Drenthe is vastgesteld dat

Thuisarts.nl een deel van de patiënten vooraf al beter geïnformeerd. Ook is het mogelijk om achteraf de diagnose en het advies nog eens rustig na te lezen. Maar verder is het consult, de website, het recept, het onderzoek of de kleine ingreep globaal hetzelfde gebleven. De meeste 'transacties' gaan naar de apotheek. Als er verwezen wordt, is dat vaak naar paramedici in de eerstelijnszorg of naar de medisch specialist. eHealth speelt wel een rol, maar nog in beperkte omvang. Dit betreft voor deze

vraagstukken op. Door al deze ontwikkelingen staat de organisatie van de huisartsenpraktijk onder druk. Dat blijft niet onopgemerkt: er is inmiddels consensus dat financiering voor organisatie en infrastructuur nodig is om de huisartsenzorg en eerstelijnszorg te versterken. Per 2018 gaat de module Organisatie & Infrastructuur van start (zie de figuur op pagina 25).

Organisatieniveau

Het belangrijkste criterium voor het inrichten van de organisatie en infrastructuur van eerstelijnszorg is het niveau waarop de ondersteuning van professionals vorm en inhoud krijgt. Op wijk- of op operationeel niveau is hierbij nog onderscheid te maken tussen de focus op monodisciplinaire huisartsenzorg en op multidisciplinaire wijkzorg. Hierbij gaat het primair om de afstemming rondom de patiënt.

Een deel van die afstemming moet, vanwege de schaal of de wijze waarop andere belangrijke stakeholders georganiseerd zijn, op regionaal niveau worden afgestemd: bijvoorbeeld de afspraken met ziekenhuizen, gemeenten, VVT- en GGZ-instellingen. Daarbij is het in toenemende mate van belang om de regio te definiëren vanuit patiëntenperspectief; 'daar waar 90 procent van de chronische en/of complexe patiënten hun oplossing voor zorg en welzijn zoekt'¹. Juist voor die groep is afstemming cruciaal.

Duidelijk is dat integrale ketenzorg (bijvoorbeeld diabetes), netwerkzorg (bijvoorbeeld dementie), transferafspraken tussen het intramurale en extramurale domein, spoedzorg, informatie-uitwisseling, formularia, RTA, afstemming met

Het wordt steeds belangrijker om de regio te definiëren vanuit patiëntenperspectief

ongeveer een derde van de patiënten van de huisarts een of meer van de 28 meest voorkomende chronische aandoeningen heeft. Dat betekent dat twee derde van de patiënten in principe met enkelvoudige klachten bij de huisarts komt en over het algemeen een enkelvoudige interventie krijgt: een (herhaal) recept, een consult ter geruststelling, een verwijzing naar medisch-specialistische zorg, een kleine ingreep, een verwijzing naar paramedische zorg of bloed/functieonderzoek.

Enkelvoudige zorg

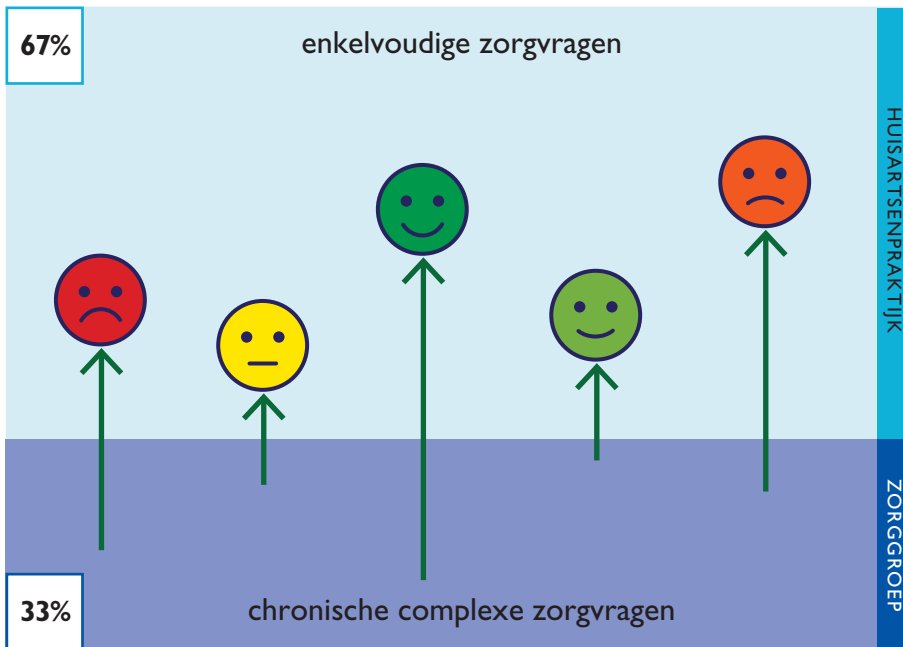
Voor deze twee derde enkelvoudige of incidentele patiënten is het werk van de huisarts en doktersassistente het minst veranderd. Wel is door bijvoorbeeld

groep vooral service-aspecten, zoals digitale recepten, afspraken, e-consulten.

Complexe zorg

De een derde complexe chronische patiënten in de huisartsenpraktijk vraagt steeds meer aandacht en neemt in omvang toe. Zo zijn er door de bezuiniging van 60.000 bedden in de overgang van de AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) per huisartsenpraktijk gemiddeld twaalf (kwetsbare) thuiswonende ouderen bij gekomen. Dat komt bovenop de 3,5 procent autonome groei van het aantal chronisch zieken in Nederland en de reguliere vergrijzing. De schotten tussen Zorgverzekeringswet (Zvw), Wlz en het sociaal domein leveren ook nog eens coördinatie- en afstemmings-

e huisartsenpraktijk



het sociaal domein en de jeugdzorg eveneens niet meer op het niveau van een enkele huisartsenpraktijk geregeld kunnen worden. Ook hier is een bepaalde schaalgrootte nodig en gaat het om locatie-overstijgende vraagstukken, over afstemming tussen organisaties. Dit zal dus eveneens op regioniveau moeten plaatsvinden.

Praktijkorganisatie

Bij de organisatie van de praktijkvoering is er een verschil tussen incidentele en complexe, chronische patiënten. Bij incidentele patiënt zijn de doktersassistent en de huisarts vooral betrokken. Registratie vindt plaats in het HIS en verwijzingen lopen meestal via ZorgDomein. De apotheek is vrijwel altijd gekoppeld voor het aanvragen van recepten.

Voor complexe, chronische patiënten met comorbiditeit zijn de praktijkondersteuners somatiek, GGZ, jeugd, ouderenzorg of verpleegkundig specialisten het eerste aanspreekpunt. De huisarts delegeert op basis van NHG-richtlijnen, RTA, zorgprogramma's of

een persoonlijk behandeldossier. Formeel is de huisarts verantwoordelijk, maar in de praktijk is een groot deel van de uitvoering van deze zorg gedelegeerd naar POH's. De zorg wordt steeds vaker aangestuurd vanuit een KIS en is steeds vaker gekoppeld aan een individueel patiëntenportaal. Er zijn meerdere externe professionals bij betrokken, zoals de wijkverpleegkundige, de casemanager of een medisch specialist. Het is voor de huisarts onmogelijk om persoonlijk alle voor de zorg relevante netwerken te kennen en onderhouden. Door de toename en complexe problematiek van deze groep patiënten, neemt de ervaren werkdruk van de huisarts toe. Vooral bij de chronische, complexe patiëntengroep is het organisatievraagstuk actueel. Hier kan de praktijkmanager op lokaal niveau ondersteuning bieden. Vanwege competentie en deskundigheid kan het ook aantrekkelijk zijn om de krachten van de praktijk- of centrummanagers in de regio te bundelen, door kennisportefeuilles te verdelen (bijvoorbeeld juridisch, BTW, ICT of HRM).

Samenhang

Eenzijds is een huisarts erbij gebaat om de zorg voor twee derde van de patiënten traditioneel te organiseren. Anderzijds vragen juist de complexe en chronische patiënten meer afstemming en coördinatie. Daarbij moet een huisarts samenwerken met andere huisartsen en disciplines. In een dergelijk samenwerkingsverband (zorggroep, gezondheidscentrum of HAGRO) zal een evenwicht moeten zijn tussen de lusten en de lasten (emoticon) die men ervaart met het deelnemen in een samenwerkingsverband. Immers samenwerken betekent een stukje autonomie opgeven in het vertrouwen er wat anders voor terug te krijgen. Organisatie en infrastructuur zijn noodzakelijk en niet meer weg te denken uit de eerstelijnszorg. Dat de huisarts daarin centraal staat, is logisch: de huisarts is de spil in de zorg en de enige discipline die niet of nauwelijks concurreert. Andere disciplines zullen geleidelijk functioneel aansluiten in een regionaal netwerk. Het is bij de uitwerking van de module O&I de kunst om een goede samenhang op lokaal (operationeel) en regionaal (beleidsmatig) niveau te creëren. Op regionaal niveau zullen de meeste huisartsenorganisaties de komende jaren monodisciplinair integreren en van daaruit integratie en afstemming met relevante stakeholders zoeken. <<

*Yvonne Guldmond, Profclass
Jan Erik de Wildt, De Eerstelijns*