

“Huisarts, wijkverpleegkundige en patiënt

Patiëntenfederatie NPCF legt de laatste hand aan een vernieuwde visie op de eerstelijnszorg. Zeker is dat thema's als positieve gezondheid, samen beslissen, het Persoonlijk Gezondheidsdossier, horizontaal verwijzen en substitutie hierin een plek hebben. Directeur Dianda Veldman en senior beleidsmedewerker Jan-Willem Mulder lichten de hoofdlijnen toe en kraken hier en daar een kritische noot.

Aan de basis van de nieuwe visie ligt onder meer het concept van positieve gezondheid van Machteld Huber, waarbij gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. De zes dimensies die Huber beschrijft (zie kader), moeten wat de Patiëntenfederatie betreft leidend zijn in het contact tussen zorgverleners en patiënt. Dianda Veldman: “Het uitgangspunt daarbij is dat patiënten zo goed en zo lang mogelijk zelf de regie kunnen voeren en dat zorg en behandeling worden ingezet op basis van gezamenlijke besluitvorming. Daarvoor is het noodzakelijk dat de patiënt begrijpelijke informatie krijgt en in staat wordt gesteld keuzes te maken over de eigen gezondheid. Hierbij moet er aandacht zijn voor oplossingen binnen en buiten het zorgdomein, voor professionele hulp en voor zelfhulp. Denk aan lotgenotencontact, digitale ondersteuning en ondersteuning van patiëntenorganisaties. Bovendien moet er oog zijn voor de rol die de sociale omgeving en mantelzorgers spelen.”

De huisarts en de patiënt bewaken samen het overzicht tussen tweede-, eerste- en nuldelijnszorg, zodat er een integraal overzicht bestaat van de gezondheid en alle ingezette acties, stelt de Patiëntenfederatie. Dit vereist een goede, bestendige relatie tussen huisarts en patiënt. “Voor een grote groep patiënten, heeft ook de wijkverpleegkundige een belangrijke rol”, aldus Veldman. “Huisarts, wijkverpleegkundige en patiënt orkestreren samen de persoonsgerichte zorg. Bottom-up.”

Communicerende vaten

Veldman en Mulder hebben een expliciete mening over substitutie van ziekenhuizen naar de eerste lijn en de patiënt. “Verschuiving van zorg kan niet zonder verschuiving van capaciteit. Het zijn communicerende vaten. We waken voor overbehandeling die kan ontstaan om gaten te vullen. De patiënt kan hierin een rol spelen door kritisch te vragen

ook aan andere communicatie tussen zorgverleners en patiënten. De potentie die dat biedt, moet beter worden benut. Goede en veilige beeldverbindingen vormen bijvoorbeeld een logisch vervolg op telefonische mogelijkheden. En verwijzen naar een collega die zich specialiseert in een bepaalde kleine ingreep, wordt hierdoor ook eenvoudiger.” Naast een goede gegevensuitwis-

“Het uitgangspunt is dat patiënten zo goed en zo lang mogelijk zelf de regie kunnen voeren”

naar de toegevoegde waarde van een voorgestelde behandeling. Onderzoek heeft uitgewezen dat patiënten bij adequate voorlichting vaak conservatiever zijn dan artsen.” Tegelijkertijd waarschuwen zij voor onderbehandeling. “Mensen mogen niet langer in de eerste lijn blijven dan goed voor hen is. Dit vereist een goede samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, bijvoorbeeld in de vorm van meekijkconsulten. Je wilt er als patiënt vanuit kunnen gaan dat tijdig de juiste zorgverlener wordt ingeschakeld.”

Naast substitutie tussen de lijnen, ziet de Patiëntenfederatie kansen voor horizontale verwijzing en behandeling los van plaats en tijd. Jan-Willem Mulder: “ICT kan bijdragen aan meer en betere, maar



orkestreren samen persoonsgerichte zorg”

seling met instemming van de patiënt, zijn vertrouwen, deskundigheid en samenwerking tussen zorgverleners over lijnen heen hierbij essentieel.

Elkaar actief opzoeken

De samenwerking rond de patiënt, benadrukt Veldman, gaat verder dan het maken van basale afspraken over een taakverdeling. “Het gaat om het actief opzoeken van de disciplines die samen de zorg voor de patiënt vormgeven. Samenwerken is werken in teamverband, denk bijvoorbeeld aan de huisarts en de wijkverpleegkundige. Maar denk ook aan maatschappelijk werk, een klussendienst of een meekijkconsult vanuit de tweedelijnszorg. De huisarts kan niet alles alleen. De huisarts en de wijkverpleegkundige moeten vanuit een team werken, in een netwerk van zorgverleners en hulpverleners, óók buiten de zorgdomeinen. Alleen die samenwerking kan de patiënt centraal laten staan en de zorgvraag van de toekomst beantwoorden.”

Persoonlijk Gezondheidsdossier

Ook bij het uitwisselen van gegevens moet de patiënt centraal staan, vindt de Patiëntenfederatie. Mulder: “Dat kan door het optuigen van het Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD). Het dossier in eigendom en met inbreng van de patiënt.” Patiënten verwachten via zo’n dossier inzage te hebben in een (chronologisch) overzicht van hun gezondheid. Ze willen weten wat er aan de hand is, welke ontwikkeling te verwachten valt, maar ook wat zij zelf kunnen doen en welke afspraken er zijn. Patiënten willen meedenken en -beslissen op basis van goede informatie. Tegelijkertijd verwachten zij dat door het delen van medische gegevens via het PGD onder meer de foutkans bij de overdracht tussen professionals afneemt en dat zij minder vaak hun verhaal opnieuw hoeven te vertellen.

Transparantie

Naast informatie over de zorg op individueel niveau, moeten zorgaanbieders rekenschap geven over de toegevoegde waarde van hun zorgaanbod, vindt Veldman. Daarbij gaat het om keuze-informatie en verbeterinformatie. Ze is dan ook positief over de praktijkmonitor die VEKTIS voor de huisartsenzorg heeft ontwikkeld. “Vertrouwen moet je verdienen. Onder meer door transparant te zijn. Huisartsen zijn daar nog conservatief in. De praktijkmonitor kan hier verandering in brengen. Er zijn enorme praktijkverschillen, die niet altijd te verklaren zijn op basis van de populatie. Transparantie daarover vergroot de keuzemogelijkheden van patiënten. Bovendien geeft het zorgverleners en beleidsmakers inzicht in verbetermogelijkheden.” Via Zorgkaart

“De samenwerking rond de patiënt, gaat verder dan het maken van basale afspraken over een taakverdeling”, aldus Dianda Veldman.



Jan-Willem Mulder: “Bij collectieve regelingen en in regio’s waarin één aanbieder de boventoon voert, komt de keuzevrijheid onder druk te staan.”

Nederland geeft de Patiëntenfederatie zelf ook keuze-informatie. “Dat is hard nodig als tegenhanger van niet onafhankelijke websites van bijvoorbeeld zorgverzekeraars, aanbieders en andere partijen.”

Keuzevrijheid

Een punt van aandacht voor de Patiëntenfederatie is ook het behoud van keuzevrijheid voor patiënten. “Bij collectieve regelingen en in regio’s waarin één aanbieder de boventoon voert, komt de keuzevrijheid onder druk te staan”, aldus Mulder. Hij is er niet direct



op tegen, maar draagt wel een aantal manieren aan om hier goed mee om te gaan. “Toon de meerwaarde van de regeling of het aanbod aan, monitor de kwaliteit en ervaringen van patiënten en bouw waarborgen in. Bijvoorbeeld door patiënten te betrekken en medezeggenschap te geven.”

Die medezeggenschap staat door de decentralisaties in zekere zin onder druk. Veldman: “Gemeenten hebben nu een grote rol in welzijn en ondersteuning, daardoor ligt de focus op de regio. De Zorgbelang-organisaties die hier actief zijn, steunen veelal op financiering vanuit provincies. Nu de middelen daar stoppen, neemt de inbreng van patiënten af. Bekostiging door zorgverzekeraars is niet wenselijk, want dat werkt afhankelijkheid in de hand. Ook de regionale patiëntenorganisaties hebben behoefte aan onafhankelijke bekostiging, juist om het proces van decentralisaties goed te ondersteunen.”

Gezondheidsvaardigheden

De grotere inbreng van patiënten in hun eigen zorg, legt ook verschillen in gezondheidsvaardigheden bloot. Daar vraagt de Patiëntenfederatie aandacht voor. “De verschillen zijn groot en zorgaanbieders mogen er niet vanuit gaan

gerichte zorg zo belangrijk; zorg die vorm krijgt vanuit het perspectief van de patiënt. Iedere organisatie claimt dat zij de patiënt centraal stellen, maar er is nog veel ruimte voor verbetering.” In de nieuwe visie geeft de Patiëntenfederatie daar handvatten voor. “Als we het goed

“ICT kan bijdragen aan meer en betere, maar ook aan andere communicatie tussen zorgverleners en patiënten”

dat patiënten qua kennis, vaardigheden en cultuur hetzelfde zijn”, zegt Veldman. “Palliatieve zorg in niet westerse culturen verschilt bijvoorbeeld wezenlijk van die bij ons. En eHealth-vaardigheid is niet vanzelfsprekend, evenmin als taalvaardigheid. Daarom is persoons-

doen, levert het resultaten op voor de patiënt en voor de samenleving als geheel: minder onnodige behandelingen, betere therapietrouw, betere uitkomsten, minder behandelfouten en zelfs lagere kosten per patiënt.”

Solidariteit

Hoe denkt de Patiëntenfederatie over de solidariteit tussen patiënten en verzekeren? Veldman: “Waar de patiënt op kwaliteit focust, richt de verzekerde zich hoofdzakelijk op de kosten. Juist daarom is het van belang om de zorg efficiënt in te richten en op maat aan te bieden. Op de juiste plaats, door de juiste persoon. Dat is het meest doelmatig en als er patiëntgerichte, doelmatige zorg wordt verleend, is de solidariteit houdbaar. De eerstelijnszorg speelt hierin een cruciale rol, maar mag tegelijk wel wat meer open staan voor innovatie en modernisering.” <<

De vernieuwde visie van de Patiëntenfederatie wordt zodra deze klaar is gepubliceerd op www.npcf.nl.

*Tekst: Margriet van Lingen
Foto Dianda Veldman: Pim Mul
Foto Jan-Willem Mulder: Pim Geerts*

HOOFDDIMENSIES POSITIEVE GEZONDHEID	
In het concept voor positieve gezondheid heeft Machteld Huber 556 indicatoren van gezondheid geordend in zes hoofddimensies:	
1	Lichaamsfuncties
	medische feiten en waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie
2	Mentale functies en -beleving
	cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde / zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement / eigen regie, veerkracht
3	Spirituele dimensie
	zingeving, doelen / idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie / resilience / sense of coherence
4	Kwaliteit van leven
	welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans
5	Sociaal-maatschappelijke participatie
	sociale/communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk
6	Dagelijks functioneren
	basis en instrumentele ADL, werkvermogen, health literacy