

# Van huisartsenzorggroepen naar

Waar staat de huisarts in het huidige zorgbestel en waar staat de organisatie van de huisarts (of liever eerste lijn)? Dat is de kernvraag van een notitie die de bestuurders van de zorggroepen in Zuid-Nederland hebben opgesteld. Op deze pagina's leest u de integrale tekst en de reactie van InEen-directeur Anoeska Mosterdijk.

In de notitie schetsen de zorggroepen de context waarin de zorg zich beweegt, met een vergezicht naar de gewenste toekomst voor de georganiseerde eerste lijn en de positie van huisartsen daarbinnen. Gezien de huidige diversiteit is dit het perspectief voor 2017-2022 en een ontwikkelingsproces op maat per regio.

## Context

De maatschappelijke ontwikkeling van de zorg staat in het teken van kwaliteit, betaalbaarheid en toegevoegde waarde.

## Kwaliteit

In het algemeen geldt dat de kwaliteit van de Nederlandse zorg hoog is. Dit is echter geen reden om genoegzaam stil te zitten. In de eerste lijn, en zeker ook in de huisartsenzorg, is de praktijkvariatie groot. In zekere zin is variatie gewenst, want we willen voor de zorg geen eenheidsworst. Maar de huidige variatie moet te verklaren zijn vanuit de praktijkpopulatie. Dat is niet altijd het geval. Op het niveau van individuele zorgverleners – zoals huisartsen, apothekers, psychologen, etc. – maar ook op het niveau van zorggroepen is er te veel inhoudelijke variatie (uitkomstenzorg), te veel financiële variatie (ethiek van het declareren, ethiek van omgaan met maatschappelijke middelen) en te veel organisatorische variatie, waarbij professionele autonomie conflicteert met bedrijfsmatige efficiëntie en standaardisatie. De zorgstandaard wordt gecapicieerd als standaardzorg.

De patiënt wordt te vaak vergeten als centraal vertrekpunt van de zorg. Aspecten als shared decision making, zelfmanagement, zelfmetingen en eHealth

(blended care) moeten verder worden geïntegreerd in de zorgprocessen. De patiënt heeft nog geen objectief inzicht in de kwaliteit van de individuele professionele of eerstelijnsorganisatie. En dat is anno 2016 een onacceptabel gegeven.

## Betaalbaarheid

De groei van de zorgkosten is een groot politiek, beleidsmatig en maatschappelijk vraagstuk. De ongebreidelde groei moest worden gestopt om de solidariteit te behouden en de bereidheid van gezonde en zieke burgers om mee te betalen aan het zorgstelsel veilig te stellen. In de hoofdlijnenakkoorden is een stap gezet om de groei van zorgkosten te beteugelen, maar dit is slechts een macro-instrument. Het betekent niet perse dat de zorgkosten in het licht van effectiviteit en efficiëntie worden bezien. Onnodige medische zorg, onnodig dure

zorg en onnodig inefficiënte zorg zijn in alle vormen van de zorg nog steeds aan de orde van de dag.

Aan het terugbrengen van de zorgkosten kunnen de huisarts en de eerste lijn een belangrijke bijdrage leveren. De huisarts heeft beperkte eigen praktijkkosten maar via verwijzing, voorschrijven en aanvragen beïnvloedt iedere huisarts ruim het twintigvoudige aan zorgkosten elders in het zorgsysteem. Daarnaast

beïnvloedt de huisarts het budget van WMO/jeugd. Niet veel huisartsen zijn zich hiervan bewust en gebruiken dit als sturing op de praktijkvoering. Niet zozeer de eigen kosten, als wel de vervolggkosten maken de huisarts een belangrijke speler in de eerstelijnszorg.

Kostenbeheersing is een kernaspect van het huisarts zijn, immers in de vierde regel van de artseneed staat: 'Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen'.

Kortom, huisartsen hebben een rol én een taak om maatschappelijk verantwoord te handelen.

Huisartsen hebben door hun specifieke rol als spin in het web van de zorg ook een belangrijke functie naar andere eerstelijnszorgaanbieders. Huisartsen heb-

ben andere disciplines nodig en andere disciplines hebben huisartsen nodig. Vergelijk het met de positie van Duitsland in de Europese Unie. Ook daar is de wederzijdse afhankelijkheid groot. Door die wederzijdse afhankelijkheid kunnen huisartsen zich niet permitteren om niet door te ontwikkelen en zowel de eigen huisartsenorganisatie als de samenwerking met andere disciplines vorm en inhoud te geven.

*Aan het terugbrengen van de zorgkosten kunnen de huisarts en de eerste lijn een belangrijke bijdrage leveren*

# regionale eerstelijnsorganisaties



*De huisartsenpraktijk van nu zal niet die van morgen zijn. Op organisatorisch en bedrijfsmatig gebied vindt doorontwikkeling plaats.*

Voor de georganiseerde eerste lijn geldt dat de organisaties een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan het ondersteunen van professionals in de eerste lijn, het organiseren van samenwerking, het initiëren van innovatie, enzovoort en zodoende mede verantwoordelijkheid te dragen voor het beheersen van kosten en het toegankelijk houden van het zorgsysteem.

## **Toegevoegde waarde**

In zijn algemeenheid geldt dat er in de zorg (te) weinig wordt stilgestaan bij

de toegevoegde waarde die een zorgaanbieder heeft en in hoeverre 'de maatschappij' (patiënt, beleidsmaker of financier) bereid is te betalen voor de dienst die geleverd wordt.

Er wordt een grote rol aan de huisarts toegekend in allerlei bewegingen. Of het nu gaat over substitutie van de tweede lijn, GGZ, decentralisaties of preventie: de huisarts vervult een centrale rol in de beleidsstukken. De toekomstvisie van de NHG onderschrijft deze centrale rol, maar beperkt zich tot de huisartsenpraktijk. Wij hebben de ambitie om de

individuele huisarts vanuit eerstelijnsorganisaties te ondersteunen. Hiermee kan de huidige toegevoegde waarde ook in de toekomst worden behouden en in de richting van maatschappelijke meerwaarde worden uitgebouwd. Dit is geen vrijblijvende opgave gezien de maatschappelijke uitdagingen waar we mee worden geconfronteerd. Het stelt dan ook eisen aan de compliance van de huisarts en de eerstelijnsorganisatie. Meer dan nu zal de patiënt het uitgangspunt van het handelen van professionals en organisaties moeten zijn. Waarbij waar mogelijk de rol van de afhankelijke patiënt verandert in die van een zelfbewuste, geïnformeerde en bij de besluitvorming en uitvoering betrokken zorgconsument. De toegevoegde waarde van zorggroepen of ketenzorgorganisaties is voldoende aangetoond in de zin van kwaliteit, afstemming en continuïteit. Ook heeft er aantoonbaar substitutie plaatsgevonden. Het heralloceren van budgetten is een langdurig complex proces, wat de komende jaren geleidelijk gestalte zal moeten krijgen.

## **Consequenties**

### **Perspectief van de huisartsenpraktijk**

De huisartsenpraktijk biedt toegevoegde waarde, levert kwaliteit en draagt bij aan kostenbeheersing. De huisartsenpraktijk is in algemene zin aanspreekbaar op het bevorderen van de gezondheid van de ingeschreven patiënten. De NHG-visie en het hoofdlijnenakkoord eerste lijn vormen een belofte.

De huisarts:

- verleent gepersonaliseerde zorg;
- werkt samen met andere hulpverleners;
- heeft een coördinatie- en gidsfunctie;
- maakt gebruik van moderne ICT-mogelijkheden;
- is effectief georganiseerd;
- werkt mee aan substitutie en preventie.



Aspecten als shared decision making, zelfmanagement, zelfmetingen en e-Health (blended care) moeten verder worden geïntegreerd in de zorgprocessen.

Dit betekent dat de huisartsenpraktijk van nu niet de praktijk van morgen zal zijn. Op organisatorisch en bedrijfsmatig gebied zal doorontwikkeling plaatsvinden. Techniek speelt hierbij een cruciale rol en dat vergt een effectieve schaal. Tegelijk zal de kwaliteit meetbaar en inzichtelijk moeten zijn. Taakdifferentiatie en multidisciplinaire samenwerking bij complexe patiënten is noodzakelijk om antwoord te geven op de veranderende zorgvraag. De huisarts moet ondersteund worden in dat transitieproces, want voor een individuele praktijk is het bijna onmogelijk om dit te realiseren. En voor andere stakeholders, zoals gemeenten, GGZ en ziekenhuizen, is het vaak onmogelijk om met een individuele huisartsenpraktijk adequate afspraken te maken. Dit betekent dat huisartsen, andere eerstelijnscollega's en de regionale organisatie onlosmakelijk verbonden moeten zijn om

deze taken op te pakken. Het betekent ook dat huisartsen inspraak en sturing moeten kunnen uitoefenen op hun regionale organisatie. En dat huisartsen die organisatie de ruimte moeten geven om eerstelijnscollega's te ondersteunen en méér dan alleen ketenzorg te organiseren (en daarmee toegevoegde waarde te creëren).

Dit betekent dat bestuurders van regionale organisaties respect hebben voor de inspraak en inbreng van hun zorgprofessionals én dat huisartsen en andere zorgprofessionals respect hebben voor de professionaliteit van hun regionale organisaties (in de wetenschap dat iedere vorm van collectiviteit gepaard gaat met een stukje verlies van autonomie).

#### **Perspectief van de regionale eerstelijnsorganisatie**

Laten we beginnen om deze organisaties niet meer zorggroepen of keten-

zorgorganisaties te noemen, want alleen die term al beperkt het perspectief. We spreken voortaan van regionale eerstelijnsorganisaties.

Deze regionale eerstelijnsorganisatie biedt toegevoegde waarde, levert kwaliteit en draagt bij aan kostenbeheersing. Is in algemene zin aanspreekbaar voor het bevorderen van de gezondheid in de regio en het bevorderen van de samenwerking als netwerkorganisatie, is mede verantwoordelijk voor kostenbeheersing en het creëren van regionale toegevoegde waarde voor de populatie. De regionale eerstelijnsorganisatie is verantwoordelijk voor de compliance van de gemaakte collectieve afspraken. De regio wordt gevormd op basis van sociaal-culturele overwegingen, bestaande samenwerkingsrelaties en afgezet tegen bedrijfseconomische optimalisatie. Door variatie wordt recht gedaan aan de diversiteit van de regio's.

*De termen zorggroepen en ketenzorgorganisaties beperken het perspectief, daarom spreken we voortaan van regionale eerstelijnsorganisaties*

De regionale eerstelijnsorganisatie:

- wordt geleid door professionele bestuurders;
- biedt ruimte voor professionele autonomie en faciliteert effectieve bedrijfsvoering;
- heeft de inspraak en inbreng van de achterban op inhoudelijk gebied voldoende geborgd;
- organiseert gepersonaliseerde netwerkzorg op basis van transparantie, met afspraken over doelmatigheid, met een individueel zorgplan (IZP), eHealth en zelfzorg, met een adequate digitale regionaal gekoppelde infrastructuur;
- draagt zorg voor het nakomen van de collectieve regionale afspraken en convenanten;
- heeft meetbare en inzichtelijke kwaliteit (gecertificeerd);
- ondersteunt de aangesloten zorgverleners met ICT, scholing, kwaliteit en andere facilitaire producten;
- richt zich op de (somatische) chronische zorg en ouderenzorg;
- werkt intensief samen met ziekenhuizen voor het voorkomen van onnodige verwijzingen, substitutie van zorg die niet in het ziekenhuis hoeft of thuishoort en organiseert specialistische consultatie naar de eerste lijn;
- werkt samen bij de afstemming en organisatie van acute zorg (somatisch en GGZ);
- bevordert actief doelmatige en kwalitatieve farmacie en diagnostiek in de eerste lijn;
- draagt wezenlijk bij in de GGZ-keten (via praktijkondersteuning GGZ, netwerkzorgprogramma's GGZ)
- werkt intensief samen met gemeente(n) rondom jeugdzorg, wijkteams, Wmo, en om de effectiviteit van decentralisaties voor burgers en patiënten te verbeteren;
- werkt intensief samen met de GGD op het gebied van preventie.

### Proces

Deze visie is een initiatief van gepassioneerde bestuurders van zorggroepen die de verantwoordelijkheid willen nemen om sturing te geven aan het regionale ontwikkelingsproces van de eerstelijnszorg. Met ambitie, in aansluiting op maatschappelijke ontwikkelingen en met respect voor de bestaande stakeholders. Daarbij realiseren wij ons dat de diversiteit van de afzonderlijke regio's aanzienlijk is en een maatwerk ontwikkelingsproces per regio noodzakelijk is. Deze zou vastgelegd moeten worden in een toetsbaar, regionaal ontwikkelingsplan. Daarbij vragen wij de steun van het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en landelijke koepel-

organisaties om de randvoorwaarden te vervullen die nodig zijn om onze toekomstvisie waar te maken, zoals adequate bekostiging, integraal samenhangende zorginkoop, afstemming tussen zorgverzekeraars en gemeenten en gemeenten onderling per regio, aanpassingen in onderwijs en opleiding, afstemming met andere beleidsterreinen en een moderne infrastructuur om dit proces te faciliteren, gericht op het uitwisselen van kennis en ervaring. <<

Tekst:

*Guy Schulpen, medisch directeur ZIO*

*Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns*

Foto's: Thinkstock



### Reactie Anoeska Mosterdijk, directeur InEen

## Mooie start voor een goed gesprek

Ik ben blij met dit initiatief vanuit de leden en herken ook veel van wat eerder dit jaar binnen InEen is besproken over de doorontwikkeling van de ketenzorgorganisaties. Er wordt steeds meer gevraagd van de eerste lijn, zorgvragen worden complexer en samenwerkingsverbanden intensiever. Daarbij passen een stevige infrastructuur en eerstelijnsorganisaties die de doorontwikkeling van protocolaire zorg naar persoonsgerichte zorg in netwerken voor bijvoorbeeld ouderen en GGZ-problematiek vormgeven. Die samenwerken met ziekenhuizen, gemeenten, GGZ- en VVT-instellingen en daar ook gemandateerde afspraken mee kunnen maken. En die aangesloten zorgverleners ondersteunen op het gebied van ICT, scholing en kwaliteit.

De toekomstvisie van de zuidelijke zorggroepen sluit ook zeer goed aan bij de denkrichting binnen het project Organisatie & Infrastructuur (O&I), waaraan InEen deelneemt. Binnen dit project is een model opgesteld, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen samenwerkingsverbanden in de wijk en de regio. Het model gaat ook uit van aanspreekbare organisaties, die samenwerkingsafspraken maken en verantwoordelijkheid nemen voor de kostenontwikkeling in de regio. Dit visiedocument van de zorggroepbestuurders komt op het goede moment. Voorafgaand aan de Tweedaagse van InEen (eind september) geven we een vervolg aan de discussie met de zorggroepen, gezondheidscentra en ROS'en over de toekomst van de ketenzorgorganisaties. Daarbij betrekken we ook de uitkomsten van het project O&I. Het visiedocument is een heel mooie start voor een goed gesprek!