

Openbare farmacie beter op de kaart 'Geen grotere koek, wel andere verdeling'

De openbare farmacie verdient een bekostigingsmodel dat meer recht doet aan haar zorgfunctie, stelt de KNMP. In goede samenwerking met de huisarts en wijkverpleegkundige kan dit zó worden vormgegeven, dat de apotheekfinanciering niet die van de twee andere kannibaliseert, aldus voorzitter Aris Prins en directeur Eric Janson.

TEKST: FRANK VAN WIJK FOTO: HEUNG SOON / PIXABAY

Ziet de buitenwereld voldoende wat de openbare apotheken goed doen? Nee, nog niet voldoende, stellen Aris Prins en Eric Janson. Maar het is wel ten goede aan het veranderen. En dat zorgconoom Michiel Verkoulen van Zorgvuldig Advies na een training bij 200 apotheken op Twitter de loftrumpet stak over de openbare farmacie ("Stuur een apotheker om een boodschap en het wordt geregeld"), was een enorme *boost*. Niet in de laatste plaats omdat hij erbij schreef dat de kosten van deze zorg nauwelijks stijgen, maar dat de efficiency nog steeds toeneemt.

'Iedere apotheker weet dat zorginhoudelijk handelen tijd kost die hij niet vergoed krijgt'

Toch zei Verkoulen ook iets dat – al bedoelde hij het duidelijk niet – kan worden uitgelegd als wat de Engelsen een *backhanded compliment* noemen. Een compliment met een randje zeg maar. "Apothekers zijn risicomijdend", zegt Prins, "het zijn enorme perfectionisten. Terwijl Nederland voor service met een zesje genoeg neemt, gaan zij tot vijf cijfers achter de komma." Dat niet alleen, vult Janson aan. "Ze gaan ook voor vragen die niet bij hen horen. Door aan de balie uitleg te geven over geneesmiddeltekorten bijvoorbeeld, waarvoor ze geen enkele verantwoordelijkheid dragen, en dan ook alternatieven te bieden. Tegen de stroom van de overheid in, die alles bij de burger legt, bekommeren ze zich in hoge mate om anderen."

Zichtbaarheidscampagne

Kortom, stellen de heren, het is tijd voor een zichtbaarheids campagne van de openbare apotheker. "En dat werkt twee kanten op", zegt Prins. "De patiënt moet meer zien waar de apotheker voor staat, en de apotheker moet meer trots zijn op wat hij goed doet en daar ook over communiceren. Ik sta zelf een dag per week achter de balie en krijg dan vaak te horen: 'Goh, de apotheker zelf, die zien we bijna nooit'. Nee, die herkennen ze niet. We zijn de meest inclusieve academische beroepsgroep die er is. Heel veel vrouwen, veel Nederlanders met een allochtone achtergrond ook. Heel vaak niet de apothekersassistenten waarvoor ze worden aangezien, maar gewoon de apotheker zelf."

Wat hen dwars zit in communiceren over wat ze goed doen, is de druk waaronder ze werken. Janson: "Dit heeft te maken met het bekostigingssysteem voor de openbare farmacie, waarbij de overheid heeft gestuurd op zo laag mogelijke kosten, en terecht. De zorgprestatie van de openbare apotheker is tot op heden maar heel matig gedefinieerd en daarmee slecht gefinancierd. Iedere apotheker weet dat zorginhoudelijk handelen tijd kost die hij niet vergoed krijgt en dat hij ermee snijdt in zijn eigen omzet. Maar hij doet het tóch, omdat het in het belang van de patiënt is. Dat moet beter, hebben wij ook tegen de Nederlandse Zorgautoriteit gezegd. Waarmee we niet bedoelen dat de koek groter hoeft te worden, maar dat die anders moet worden verdeeld."

Ruimte voor zorgverlening

De zorg hoeft niet duurder te worden als meer geld naar de openbare farmacie gaat, zegt Janson daarmee. Dat vraagt om uitleg. In de kern blijkt dit neer te komen op: de openbare apotheker meer ruimte geven om de zorg



Eric Janson: 'De zorgprestatie van de openbare apotheker is matig gedefinieerd en daarmee slecht gefinancierd.'

te verlenen waarin hij gespecialiseerd is. De zorgprestatie beter omschrijven en daar inhoudelijk en financieel naar handelen dus. "Neem het uitwisselen van laboratoriumuitslagen", zegt Janson. "De dokter zit daar als een broedende kip op, maar de apotheker is bij uitstek in staat om, als die uitslagen daar aanleiding toe geven, het medicatiebeleid van de individuele patiënt aan te passen. Als die daartoe de kans krijgt, hoeft een deel van de zorg niet meer via de huisarts of medisch specialist te lopen, maar kan het dan – in overleg natuurlijk – door de apotheker worden geleverd. Maar het gebeurt onvoldoende, nog steeds."

Huisartsen en medisch specialisten gebruiken hiervoor oneigenlijke argumenten, stelt Prins: "Bijvoorbeeld: *Ja, maar dan ziet de apotheker dat mijn patiënt hiv heeft*. Alsof we dat niet aan de medicatie zien." Toch kunnen beiden niet

zeggen dat de huisarts en medisch specialist de openbare apotheek nog vooral als distributiecentrum zien. "Nee dat is echt wel aan het veranderen", zegt Janson. "Maar hierbij moeten we wel de hand in eigen boezem steken, want het ligt ook deels aan de apothekers zelf als het nog wel zo gezien wordt. Er zijn openbare apothekers die primair zorgverleners zijn, maar ook collega's die duidelijk een winkel hebben en de logistieke functie vooropzetten. Er ligt dus ook een rol bij de apothekers zelf, die moeten deze praktijkvariatie verkleinen."

Ander bekostigingsmodel

Wat Prins en Janson hier zeggen over de financiering van de openbare farmacie, ligt in het verlengde van wat SiRM recentelijk schreef in een rapport in opdracht van VWS. Het rapport benadrukt de noodzaak tot versterking van de zorgfunctie van de openbare apotheek. SiRM concludeert hierin dat farmaceutische patiëntenzorg momenteel wordt bekostigd onder de 'terhandstellingstarieven' tezamen met het verstrekken van geneesmiddelen. Extra tijd en aandacht van de apotheker voor farmaceutische patiëntenzorg worden niet gehonoreerd. De huidige bekostiging is niet congruent met de praktijkvoering, concludeert SiRM, dat daarom patiëntgebonden bekostiging als model voorstelt. Met voor chronische en zorgintensieve patiënten inschrijving bij een huisapotheek, met een inschrijftarief om de zorginhoudelijke taken te dekken.

Prins: "Natuurlijk zijn wij voorstander van apotheekvrijheid voor de patiënt. Maar in het kader van de informatievoorziening heeft het wel meerwaarde als er een koppeling is tussen ziekenhuis, huisarts en een vaste openbare apotheek. Nu komt al 83,6 procent van de

>>

Een inclusieve cliëntenraad

Samen voor toegankelijke zorg

Gebruikmaken van een cliëntenraad kan grote meerwaarde hebben voor eerstelijnszorgaanbieders. Bijvoorbeeld om te garanderen dat de manier waarop zij communiceren – schriftelijk en (steeds vaker) digitaal – door al hun patiënten begrepen wordt. Een project van het LSR en Pharos toont aan dat dit geen vanzelfsprekendheid is.

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: GERD ALTMANN / PIXABAY

Een patiënt belt naar de huisartsenpost en doorloopt daar – zoals dat dan gaat – de triage. Wijst die uit dat voor deze patiënt inderdaad contact met de huisartsenpost aan de orde is, dan volgt de boodschap: ‘Wacht u op de post’. Begrijpt die patiënt dan dat wordt bedoeld: ‘Wacht u even op het contact met een medewerker op de huisartsenpost’? “Nee, helaas is dat niet altijd het geval”, zegt Coryke van Vulpen, senior adviseur/projectleider bij Pharos. “Er zijn ook mensen die zo’n zin heel letterlijk nemen en dus denken dat ze post in de brievenbus krijgen. En dan raakt zo iemand in de war, want die nam tenslotte contact op met de huisartsenpost omdat sprake is van spoed.” Helena Wiersma, beleidsmedewerker/projectleider bij het LSR, landelijk steunpunt (mede)zeggenschap, zegt: “Dit is een signaal waarop een cliëntenraad de organisatie kan wijzen in de samenwerking. “Wordt de website veranderd, wordt in belcontact een nieuwe boodschap ingesproken op het antwoordapparaat of worden formulieren aangepast, kijk dan goed naar het begripsniveau van deze boodschappen. Een cliëntenraad kan adviseren of signaleren dat de communicatie op een te hoog niveau is ingezet: *Dit is voor een groot deel van onze achterban niet goed te begrijpen. Laten we met elkaar uitzoeken welke verbeteringen nodig zijn en hoe we gezamenlijk de toegang tot heldere informatie voor iedereen mogelijk maken.*”

Toegankelijke zorg

Het is een actueel thema, gelet op de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) 2018. Die verplicht ook eerstelijnszorgaanbieders vanaf 25 zorgmedewerkers een cliëntenraad te hebben. Een verplichting die deze aanbieders in eerste instantie vaak als een beknelling beschouwden. “Dat snap ik ook wel”, zegt Wiersma, “eerder was dit in andere sectoren van de zorg, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra, net zo. Het was een reactie die alles te maken heeft met het gegeven dat zij nog niet wisten wat een cliëntenraad hen kan opleveren.”

‘Lukt het een patiënt gebruik te maken van een QR-code om bij bepaalde informatie te komen?’

Precies daarom hebben het LSR en Pharos het initiatief genomen tot het project *Samen voor toegankelijke zorg*, dat financieel werd mogelijk gemaakt door ZonMw (zie ook: <https://www.de-erstelijns.nl/dossier/de-dossiers-bij-de-erstelijns-6-2021/>). “De titel van het project maakt duidelijk dat we een inhoudelijk thema wilden pakken, iets wat medezeggenschap meteen praktisch maakt voor huisartsen”, vertelt Wiersma. ‘Lage gezondheidsvaardigheden’ bleek dat thema te zijn. Bijna een derde van de volwassenen in Nederland heeft moeite om informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen en toe te passen. Het LSR en Pharos zijn beide partner van de Alliantie Gezondheidsvaardigheden, dus lag de koppeling van de twee partijen voor de hand. Voor de uitvoering van het project zochten ze samenwerking met de organisaties en cliëntenraden van Stichting Gezondheidscentrum Amsterdam Zuidoost & Diemen (GAZO), Huisartsenposten Rijnmond en Medrie, de regio-organisatie voor huisartsen in de regio Friesland, Hardenberg en Zwolle.

Eyeopener

Het bleek niet moeilijk te zijn partijen te interesseren voor de pilot. “Huisartsen beseffen dat het met de toenevende digitalisering in de zorg belangrijk is dat al hun patiënten daarin kunnen meekomen”, zegt Van Vulpen. Via het LSR werden de cliëntenraden en de organisaties geworven. En via onder andere de Stichting ABC, vrijwilligersorganisatie van en voor laaggeletterden, werd >>

patiënten altijd bij dezelfde apotheek trouwens. Als patiënt mag je ook hogere verwachtingen hebben van een ‘eigen’ apotheek, die kan dan immers meer voor je betekenen. Maar dat betekent dan wel dat de zorgverzekeraars die niet alleen op de logistiek moeten blijven betalen.”

‘In overleg met de huisarts of medisch specialist kan de apotheker een deel van de zorg leveren’

Samenwerking

Dat brengt ons terug bij de opmerking van Janson dat de koek niet groter hoeft te worden, maar dat hij anders moet worden verdeeld. Hij is ervan overtuigd dat dit zal lukken, vooropgesteld dat sprake is van goede samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleegkundige en openbaar apotheker. “Ik denk dat die drie gezamenlijk heel goed in staat zijn veel zorg uit het ziekenhuis te houden”, zegt hij. “Dat scheelt dus zorgkosten in de tweede lijn. En het betekent bovendien dat deze drie eerstelijnspartijen niet elkaar hoeven te kannibaliseren.” Prins vult aan: “We rekenen erop dat we op basis van dit uitgangspunt ook de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS aan onze zijde zullen vinden. Maar het lukt alleen gezamenlijk.” In het kader van die gezamenlijkheid is de genoemde zichtbaarheids campagne zo belangrijk. “Van de huisarts



Aris Prins: ‘Apothekers zijn de meest inclusieve academische beroepsgroep die er is.’

en de wijkverpleegkundige heeft iedereen in de wijk wel een beeld”, zegt Prins, “maar de apotheek zit nogal eens ergens in het winkelcentrum.” En is daar nog steeds bereid alle vragen van patiënten te beantwoorden, ook die waarvoor de openbare apotheek helemaal geen verantwoordelijkheid heeft? “Tot op zekere hoogte nog steeds wel”, geeft Prins toe. “Maar het is aan het veranderen. Zelf heb ik één week balietraining gehad tijdens mijn opleiding, maar aan gesprekstechniek wordt nu veel meer aandacht besteed.”

Toch is er nog steeds winst in te boeken, vult Janson aan. Hij zegt: “De patiënt aan de balie zal nog niet vaak te horen krijgen: ‘U komt met een probleem waarmee wij u niet kunnen helpen’. Terwijl dat best eens mag worden gezegd. Denk bijvoorbeeld aan de zorgverzekeringpolis die mensen hebben gekozen en de gevolgen die die heeft voor vergoedingen. Daarvan moet het team aan de balie durven zeggen: ‘Daar zijn wij niet van’. Iedere partij, de patiënt voorop, heeft zijn eigen verantwoordelijkheid.” <<