



Huisartsenzorg 2030: huisarts-to-go of huisarts-to-stay?

Rinske van de Goor

Hoe zorgen we ervoor dat de huisartsenzorg overeind blijft, zowel qua bemensing in alle uithoeken van ons land, als qua organisatie? Ik zet in op praktijkhouderschap 2.0.

Uit cijfers blijkt dat jongere huisartsen steeds minder of later kiezen voor een eigen huisartsenpraktijk.¹ Ze geven terecht de voorkeur aan een goede balans tussen werk en gezin. Als waarnemend huisarts is dat momenteel prima te regelen, er is immers werk genoeg. De lusten van een eigen praktijk wegen dan niet op tegen de verantwoordelijkheid voor het organiseren van de 60 uur reguliere zorg overdag en het borgen van 24/7 spoedzorg voor de eigen patiënten. Overigens wordt er in dat verband vaak – impliciet verwijtend – op gewezen dat dat met de feminisering van het vak samenhangt, maar volgens mij is het een veel groter probleem dat de meeste partners van huisartsen man zijn dan dat de huisarts zelf vaak vrouw is. In elk geval zit het praktijkhouderschap in de knel. Dit leidt tot allerlei problemen. In de eerste plaats is er

een toenemend aantal NONI's – Niet Op Naam Ingeschreven patiënten, die verstoken blijven van reguliere huisartsenzorg. Ten tweede weegt de verantwoordelijkheid voor de invulling van de ANW-zorg almaar zwaarder op de schouders van steeds minder praktijkhouders en HIDHA's. In de derde plaats is de continuïteit van de zorg in huisartsenpraktijken steeds moeilijker te borgen. En ten slotte wordt de zorg voor complexe patiënten bedreigd, doordat de huisarts voor deze zorg inzicht moet hebben in de voorgeschiedenis van de patiënt, het sociale systeem rond de patiënt en de sociale kaart van de wijk.

ANDERE ORGANISATIE VAN DE HUISARTSENZORG

Is digitalisering dan de oplossing? Mijns inziens niet. Digitalisering gaat uit van het idee dat een grote groep patiënten een *huisarts-to-go* willen – een digitaal makkelijk bereikbare huisarts, bij wie je even je snelle medische boodschappen doet. Digitalisering zou ook de reguliere zorg kunnen vervangen. De tot nu toe geïmplementeerde zorgtechnologie levert inderdaad vaak extra, bruikbare informatie op of is een nuttig hulpmiddel bij de zorg, maar vormt allerminst een complete vervanging van die zorg. Mijn ervaring met HIS'sen, e-consulten en e-health leert dat ze soms gewone consulten vervangen, maar ook een extra eigen zorgvraag genereren. De corona-lockdown heeft weliswaar de voordelen van digitalisering in de huisartsenzorg laten zien, maar ook nadelen aan het licht gebracht, zoals problemen rond privacy en de gevolgen van het ontbreken van lichamelijk onderzoek. Ik heb gehoord dat veel huisartsen die tijdens de lockdown het beeldbellen hadden ingevoerd, er daarna weer mee zijn gestopt.

Verder kan digitalisering de kernwaarde continuïteit van zorg bedreigen en daarmee indirect de levensverwachting. Onderzoek liet zien dat een gebrek aan continuïteit in de huisartsenzorg samenhangt met een hoger mortaliteitsrisico.² Het grootste deel van de zorgvraag komt bovendien slechts van een klein deel van de patiënten: de groep met complexe zorgproblemen, die vaak minder digitaal



Foto: Shutterstock

vaardig is en een grotere behoefte heeft aan continuïteit van zorg – aan een *huisarts-to-stay*. Ook chronische en palliatieve zorg vragen om een *huisarts-to-stay*.

MAAR HOE DAN WEL?

Waarom komt specifiek de huisartsenzorg in de knel? In andere beroepen willen mensen toch ook een betere balans tussen werk en privé? De vierdaagse werkweek met een mama- of papadag is gemeengoed bij hoger opgeleid Nederland. Het verschil is dat bij ons niet 38 uur als fulltime geldt, maar 58 tot 60 uur – al jaren het aantal uren dat een fulltime huisarts (met een normpraktijk) werkt. De contracten die zorgverzekeraars huisartsen aanbieden zijn praktisch dezelfde als 50 jaar geleden. Ze dicteren dat reguliere zorg tussen 8.00 en 18.00 uur en daarbuiten 24/7 huisartsenspoedzorg geborgd moeten worden. Daar gaat je werk-privébalans. Mijns inziens kan de continuïteit van de huisartsenzorg alleen behouden blijven door het praktijkhouderschap en de spoedzorg om te vormen. Het praktijkhouderschap moet passen bij het leven anno 2025, waarbij fulltime 40 uur betekent. Dit kan door contracten voor dagzorg van 8.00 tot 16.00 uur, inclusief tijd voor niet-patiëntgebonden taken. Een fulltime praktijk heeft dan ruimte voor zoveel patiëntenzorg als bijvoorbeeld in 7 dagdelen per week past – de andere 3 dagdelen zijn beschikbaar voor niet-patiëntgebonden taken, scholing en vergaderingen. De spreekuren zijn zo ingedeeld dat de zorg ook in het spreekuur past, dat wil zeggen: een kwartier per consult, 30 minuten voor complexe patiënten.

Spoedzorg draag je als huisarts samen met andere huisartsen, zoals ook in de kernwaarden is vastgelegd.³ Je doet bijvoorbeeld minimaal 200 uur spoed en kunt kiezen tussen diverse contracten. Bijvoorbeeld een minimumcontract voor 200 uur spoedzorg per jaar, waarbij er aftrek is voor de reeds georgani-

seerde spoedzorg overdag. Per fulltimepraktijk wordt immers al 40 uur per week spoedzorg geborgd en ongeveer 3 uur per week aan spoedzorg geleverd. Er zijn ook aanvullende contracten: dienstpakketten van bijvoorbeeld 10 extra diensten. Uiteraard staat het huisartsen altijd vrij de toegewezen diensten met andere huisartsen te ruilen of ze te kopen/verkopen. De palliatieve spoedzorg wordt losgekoppeld van de overige spoedzorg. Praktijkhouders en HIDHA's organiseren met elkaar een lokaal palliatief netwerk om de spoedzorg voor de palliatieve patiënten 24/7 te borgen.

De nachtelijke spoedzorg verloopt buiten huisartsen om. Als er 's nachts (01.00 tot 08.00 uur) spoedzorg nodig is betreft het immers slechts zelden een huisartsgeneeskundige zorgbehoefte. Het gaat dan om een andere selectie, die meer uit hoog-risicopatiënten bestaat. De kosten en werkbelasting zijn volgens mij veel hoger bij een landelijk huisartsennachtsysteem en eventuele *doctors delay* (doordat de huisarts als schakel tussen patiënt en tweede lijn zit), dan wanneer huisartsen geen deel uit maken van de nachtelijke spoedzorg en er toch af en toe een patiënt 's nachts huisartsgeneeskundige zorg behoeft. Ook op de spoedeisendehulpafdeling kunnen niersteenkoliken worden behandeld.

Zo wordt commitment aan een eigen patiëntenpopulatie – kernwaarde van de huisartsenzorg – haalbaar en aantrekkelijk. En wil ook de nieuwe generatie huisartsen in plaats van een *huisarts-to-go* een *huisarts-to-stay* worden! ■

LITERATUUR

1. Van Hassel DTP, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2015. Utrecht: Nivel, 2016.
2. Maarsingh R, Henry Y, Van de Ven PM, Deeg DJH. Continuity of care in primary care and association with survival in older people. *Br J Gen Pract* 2016;66:e531-9.
3. NHG, LHV, VPHuisartsen, Ineen. Kerntaken in de praktijk: hoe werken we met de herijkte kernwaarden en kerntaken? <https://toekomsthuisartsenzorg.nl>. Utrecht: NHG, LHV, VPHuisartsen, Ineen, 2019.



Lees ook 'Huisartsenzorg 2030: van praktijk naar platform?' van Lotje Korteweg. *Huisarts Wet* 2020;63:D01:10.1007/s12445-020-0924-y

Van de Goor R. Huisartsenzorg 2030: huisarts-to-go of huisarts-to-stay? *Huisarts Wet* 2020;63:D01:10.1007/s12445-020-0922-0. Huisartsenpraktijk Binnenstad, Utrecht: R. van de Goor, bestuurslid VPHuisartsen, rinskevandegoor@vphuisartsen.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.