

Kwaliteit van zorg in perspectief

Deze maand twee artikelen over de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Willemijn Schäfer vergelijkt de taakprofielen van Nederlandse huisartsen met die uit andere Europese landen en laat zien hoe ze de afgelopen twintig jaar veranderd zijn. Annemiek Bosch-van Nuenen laat het effect zien van de samenwerking tussen HAP en SEH op triage en afhandeling van patiënten die zich buiten kantooruren zonder verwijzing op de SEH melden. Uit beide analyses blijkt dat een versterking van de eerstelijnszorg leidt tot kwalitatief betere zorg.

Schäfer laat zien dat de taakprofielen van Nederlandse huisartsen in de afgelopen twintig jaar zijn uitgebreid en in vergelijking met andere Europese huisartsen zelfs verder uitgebreid zijn. Er zijn onder andere veel zorgvragen van de tweede naar de eerste lijn verschoven. Bosch-van Nuenen constateert dat door de SEH en de HAP van een regionaal ziekenhuis samen te voegen er een aanzienlijke verschuiving van de tweede naar de eerste lijn te bewerkstelligen is, met daarbij een flinke kostenbesparing.

Kostenbesparing en verschuivingen van de eerste naar de tweede lijn worden vaak in één adem genoemd met kwaliteitsverbetering. Beleidsmakers willen ons maar al te graag laten geloven dat veranderingen in de zorg leiden tot verbetering in de kwaliteit van die zorg. Om vast te kunnen stellen of dit inderdaad zo is zijn er nog twee andere perspectieven nodig van waaruit veranderingen in de zorg beschreven moeten worden: het perspectief van de gebruiker, de patiënt en het perspectief van de hulpverlener, de huisarts.



Uit onderzoek blijkt dat de huisartsgeneeskundige zorg door de meeste patiënten met ruim een 7 gewaardeerd wordt. Het is echter de vraag of dat voor alle aspecten van de zorg in dezelfde mate opgaat. Het consumentisme in de zorg neemt toe, patiënten eisen steeds vaker behandelingen of verwijzingen en als hun eisen niet gehonoreerd worden zal dat een negatief effect hebben op de waardering van de zorg. Wie bepaalt dan uiteindelijk wat de beste zorg voor de patiënt is: de verzekeraar, de huisarts of de patiënt zelf? Zolang het patiëntperspectief alleen in de vorm van een beoordelingscijfer wordt meegenomen in de discussie, is het onvoldoende duidelijk wat een versterking van de eerste lijn nu werkelijk zal moeten inhouden wil er sprake zijn van kwaliteitsverbetering en niet alleen van kostenvermindering.

Een tweede perspectief dat tot nu toe onderbelicht is gebleven is dat van de praktisch werkende huisarts. Als in twintig jaar tijd het aantal taken dat tot huisartsgeneeskundige zorg wordt gerekend duidelijk is toegenomen en als zelfs, in vergelijking met andere Europese huisartsen, de Nederlandse huisarts in dit opzicht voorop loopt, hoe wordt deze toegenomen werkdruk dan opgevangen? Substantiële verschuivingen van de SEH naar de HAP leveren de Nederlandse gezondheidszorg mogelijk vele miljoenen op, voor de huisarts betekent het meer diensten doen met nog meer patiëntcontacten per dienst. Er is weliswaar ondersteuning voor de huisarts bijgekomen in de vorm van poh-somatiek en -ggz, maar dat heeft op haar beurt weer extra organisatorische taken toegevoegd. De praktijken zijn niet verkleind, overvolle werkweken worden als normaal ervaren en administratieve taken nemen een substantieel deel in van de arbeidstijd van de Nederlandse huisarts.

Uitsluitend vanuit kosten en patiëntstromen kijken naar ontwikkelingen in de zorg is als met één oog kijken naar de werkelijkheid: het mist elk perspectief. ■

Bèr Pleumeekers