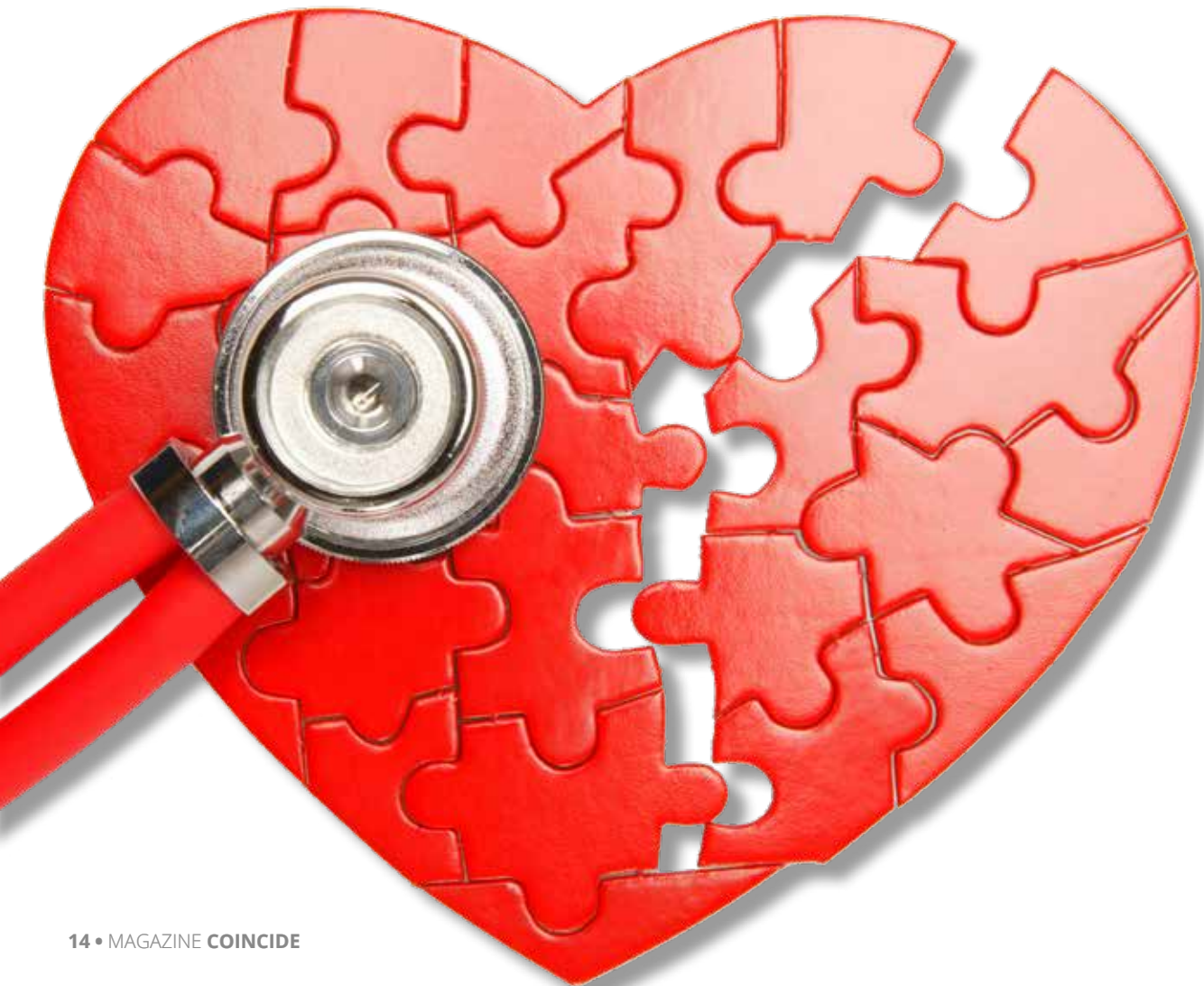


Patrick Bindels hoofd Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH), **Eric Scheppink** lid raad van bestuur Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), **Aard Verdaasdonk** voorzitter a.i. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), **Ruben Wenselaar** voorzitter InEen

NAAR EEN OPTIMAAL GEÏNTEGREERDE ZORG

Nederland heeft een gezondheidszorg van hoge kwaliteit en dat willen we zo houden. Toch kraakt het op dit moment in de zorg, onder meer als gevolg van de financiële uitdagingen waar de zorg voor staat, de tekorten in zorgpersoneel en de toegenomen zorgvraag mede als gevolg van de vergrijzing. Maar bovenal gaat het om het toegankelijk houden van de zorg voor die mensen die medische zorg nodig hebben. De druk op de zorg, niet in het minst bij de huisarts, is momenteel hoog. Daar zullen we met elkaar aan moeten werken.



Kernwaarden van de huisartsenzorg

De huisarts heeft van oudsher een cruciale positie in ons zorgstelsel. Deze positie wordt alleen maar belangrijker, gezien de uitdagingen waar we voor staan. Het zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg die hiervoor de basis vormen: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Persoonsgerichte zorg ondersteunt en versterkt de kernwaarde continuïteit. Van deze krachtige kernwaarde staat vast dat het opnames in het ziekenhuis voorkomt, het aantal medische voorschriften laat dalen, de overleving verbetert, en de waardering van de patiënt vergroot. Dit onderschrijft ook het belang voor 'meer tijd voor de patiënt', waarvoor huisartsen zich terecht hebben ingezet in het IZA. In 2018 is het woord 'medisch' toegevoegd aan de kernwaarde 'generalistisch'. Huisartsen gaven daarmee aan dat er grenzen zijn aan de vragen die in hun spreekkamer behandeld kunnen worden. Niet omdat zij hun patiënten niet zouden willen helpen met andere vragen, maar simpelweg omdat de huisarts daar vaak de mogelijk-

heden niet voor heeft. Het gaat om patiëntvragen die worden gepresenteerd als medisch vraagstuk, maar in de kern psychosociale vraagstukken zijn die geadresseerd zouden moeten worden in het sociaal en maatschappelijke domein. In 2018 is de kernwaarde 'gezamenlijk' toegevoegd. Een toevoeging die duidelijk maakt dat huisartsen het niet alleen kunnen en in gezamenlijkheid met andere eerstelijnspartners, de tweede lijn en het sociaal domein de zorg vorm willen geven. Zorgverzekeraars en de overheid zijn daarbij belangrijke stakeholders om te komen tot een betere geïntegreerde zorg in Nederland.

Inspiratie vanuit het buitenland

De recente zorginnovatiereis naar Catalonië heeft laten zien dat we van het buitenland kunnen leren als het gaat om geïntegreerde zorg. In Catalonië staat de zorg voor vergelijkbare uitdagingen als in Nederland. De zorg is er sterk geografisch georganiseerd en gezondheidscentra zijn verantwoordelijk voor geïntegreerde zorg voor een duidelijk omschreven patiëntenpopulatie met daarbij

“Een betere integratie van de taken van de GGD en daarmee van de arts Maatschappij en Gezondheid in gezondheidscentra kan bijdragen aan gerichte en geslaagde preventie.”

Patrick Bindels



Ruben Wenselaar





Aard Verdaasdonk

behorende publieke financiering. Er zijn daar inmiddels veel initiatieven waarbij is gezocht naar versterking van de rol van de verpleegkundige naast en dicht bij die van huisartsen. Het sociaal domein en maatschappelijk werkers, maar ook de publieke gezondheidszorg, zijn nauw betrokken bij het zorgteam van het gezondheidscentrum. Er zijn geen of beperkte financiële schotten binnen een gezondheidscentrum; dit stimuleert onderlinge verwijzing en samenwerking. Intermediate care-initiatieven, te vergelijken met het eerstelijnsverblijf in ons land, ondersteunen het Catalaanse geïntegreerde

zorgbeleid. Ouderen worden ter overbrugging maximaal acht dagen opgevangen op een locatie waar ze, los van het ziekenhuis, geobserveerd worden en zorg krijgen.

Integratie van eerste lijn en sociaal domein in Nederland

Het heeft prioriteit om ook in Nederland de eerste lijn en het sociaal domein beter te integreren. Er zijn al diverse voorbeelden en initiatieven in Nederland waar dit gebeurt; gezondheidscentra die nauw samenwerken met andere eerstelijnsdisciplines en het sociaal domein en de gemeente. Deze vorming van geïntegreerde zorgcentra, ofwel locaties waar huisartsen samen met andere zorgverleners samenwerken onder hetzelfde dak, is een ontwikkeling die doorgezet moet worden om toegankelijkheid van zorg te blijven garanderen en de druk op de medische zorg te verlagen. De regio en in het bijzonder de wijk, is daarbij het meest voor de hand liggende organisatieniveau. Daarbij moet goed gekeken worden naar de optimale omvang van deze centra.

Het verder vormgeven van geïntegreerde zorg in Nederland vraagt om nieuwe initiatieven, nieuwe wegen en vooral lef om het anders aan te pakken. Alleen dan kunnen we zorg toegankelijk en duurzaam houden. Er is momenteel veel versnippering in de (eerstelijns)zorg. Zo is het aantal thuiszorgorganisaties vooral in de grotere steden ontelbaar, met alle gevolgen van dien, zoals discontinuïteit en onnodige opnames. De samenwerking met wijkverpleging is mede hierdoor moeilijk te coördineren. Het maatschappelijk werk is veelal onvindbaar. Patiënten weten vaak niet waar ze voor welke vraag naar toe kunnen. Dit vraagt om een geïntegreerde aanpak en vergemakkelijkt doorstroom vanuit de huisarts naar VVT, GGZ, sociaal domein en tweede lijn.

Betere preventie door samenwerking

We moeten nadenken over nieuwe rollen in onze gezondheidscentra. Zo is er de discussie over wie welke preventietaken tot haar pakket rekent. Preventie speelt een belangrijke rol in het voorkomen van toekomstige medische zorg. Dit gaat echter verder dan de spreekkamer van de huisarts; collectieve preventie valt daar zelfs buiten. Een betere integratie van de taken van de GGD en daarmee van de arts Maatschappij en Gezondheid in gezondheidscentra kan bijdragen aan gerichte en geslaagde preventie. Laten we collega zorgverleners, over de lijnen heen, uitnodigen om actief de samenwerking te zoeken en dichterbij elkaar te komen in geïntegreerde zorgcentra.

De-medicalisering

De afgelopen decennia lijkt er een medicalisering van de maatschappij plaats gevonden te hebben. Veel (terechte) zorgen maar ook ongemak dat bij het leven hoort, worden vertaald naar een medische zorgvraag. Het omkeren hiervan is een gezamenlijke taak van alle stakeholders in de zorg, de maatschappij, inclusief zorgverzekeraars en overheid. We moeten in de toekomst meer voor elkaar doen als maatschappij, zeker in ouder wordende gemeenschappen. Daarnaast moet het stimuleren van zelfmanagement, bij eenvoudige zorgvragen en bij het zelf monitoren van chronische aandoeningen, meer aandacht krijgen om de toegankelijkheid van zorg te kunnen garanderen. Thuisart.nl is al een enorm succes, maar er zijn zeker mogelijkheden om nog verder te gaan in het stimuleren van zelfmanagement.

Uitwisseling van informatie

Het betekent ook dat hobbels in digitale informatie-uitwisseling moeten worden weggenomen. Het is niet uit te leggen aan onze patiënten dat de huisarts, met een cruciale centrale rol in de zorg, niet volledig op de hoogte is van zorg die geleverd wordt door andere eerstelijnszorgverleners en de publieke gezondheidszorg. Wat dat betreft kunnen we nog wat van de Catalanen leren. Daar zijn alle gezondheidsdata gekoppeld en beschikbaar voor evaluatie en verbeteren van de zorg. Hun stelling is 'we kunnen u geen goede zorg leveren als de bestanden niet gekoppeld zijn. Een duidelijke 'opt out' situatie. Laat het ons inspireren om in Nederland die weg ook in te slaan. ○

"Het heeft prioriteit om ook in Nederland de eerste lijn en het sociaal domein beter te integreren."

Eric Scheppink

