



Generalisme is een specialisme

- Optimale chronische zorg bestaat bij een brede blik -

De huisarts als generalist

De huisarts is een specialist in generalistisch denken. Dit is de kern van onze kwaliteit: het leveren van generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. Dit betekent dat de huisarts eenvoudige en lastige medische vragen snel en adequaat kan beantwoorden. Met oog en tijd voor complexe en persoonlijke levensvragen, juist ook bij mensen met chronische aandoeningen of bij beslissingen aan het einde van het leven. Als generalist benadert de huisarts deze vragen binnen de context van de vraag van de patiënt. “*Waarom komt deze patiënt nu bij mij met deze klacht*”, de kernvraag van elk huisartsgeneeskundig consult. Als het antwoord op deze vraag *alleen* maar is ‘omdat het moet’ dan gaat er iets ernstigs mis.

Het Manifest van de Bezorgde Huisarts verzet zich tegen ongebreidelde verzameldrift, administratieve overbelasting en cijferfetisjisme. Afvinklijstjes van dubieuze, namelijk onvoldoende valide, indicatoren leiden tot perverse financiële prikkels en niet tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit productdenken sloopt het bestaande succesvolle huisartsmodel.

Het organiseren van chronische zorg

Het aantal chronische aandoeningen in de verouderende populatie neemt snel toe. Alleen al omwille van kostenbeheersing is de overheveling van chronische zorg van ziekenhuis naar huisarts en wijkverpleging wenselijk en nodig. Het generalistische symptoomdenken van de huisarts biedt meer maatwerk voor de chronische patiënt in en met zijn omgeving dan het diagnostische ziektedenken uit de tweede lijn. Hiervoor kiezen is een politiek besluit waar de huisarts zich ten volle achter kan scharen. Politiek en financiers dragen er echter wel de verantwoordelijkheid voor dat deze verandering in praktijk goed en verantwoord uitgevoerd kan worden.

Ketens als tijdelijk middel

Voor de huisarts is, in samenwerking met de andere disciplines, het organiseren van goede zorg aan chronische patiënten een belangrijke verantwoordelijkheid. Als beroepsgroep moeten we ons uitspreken over *hoe* wij deze zorg gaan leveren. Blijft dit gaan via ziektegerichte ketenfinanciering? Of laten we ons daar niet meer toe verleiden en zetten we de patiënt weer centraal en niet zijn ziekte?

Ziektegerichte ketenorganisatie van de chronische huisartsenzorg heeft veel inzicht en kennis gegeven in de omvang en complexiteit van deze zorg, maar het heeft ook geleid tot een schijnzekerheid van controle van gezondheid. Ketenfinanciering kan functioneel zijn als tijdelijk middel om een verandering door te voeren in organisatie van zorg en om de kwaliteit over de hele lijn te verbeteren. Vervolgens moeten we deze inzichten weer integreren in het hart van de bestaande, en door patiënten hoog gewaardeerde huisartsenzorg.

Maak generalistische zorg mogelijk

Het leveren van zorg aan patiënten met één of meer chronische aandoeningen is altijd al een belangrijke taak van de huisarts. Om de veelheid aan taken verantwoord te kunnen uitvoeren moeten de huisarts en zijn praktijkorganisatie in de volle breedte gefaciliteerd worden. Praktijkondersteuning moet structureel en meerjarig worden gefinancierd. De huisarts houdt regie en beslist samen met de patiënt, vanuit de generalistische contextuele huisartsenblik, wat voor de patiënt de beste zorg is op dat moment. Zorggroepen moeten zich omvormen naar faciliterende organisaties voor de bij hen aangesloten huisartsen en zich beter met hen verbinden. De zorggroepen moeten regionale samenwerkende organisaties zijn die gemandateerd met anderen afspraken te kunnen maken over

zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen. Initiatieven daartoe, groot of klein, kunnen ondersteund worden door deze huisartsorganisaties op elk gebied. Alles draait daarbij om de verbetering van de kwaliteit en efficiëntie van de chronische zorg rond de patiënt als beheersbaar onderdeel van de reguliere taken van de huisarts.

Er moet zoveel mogelijk ruimte gecreëerd worden om met generalistische, specialistische en expertverpleegkundigen in de thuissituatie te kunnen samenwerken.

Bijzondere aandacht verdient de dringende verbetering die nodig is op ICT gebied. Beter communicerende informatiesystemen, toegankelijke patiëntportalen en -dossiers en ondersteunde e-health programma's geven een positieve impuls.

De uitgangsprincipes van chronische zorgprogramma's

1. Huisartsenzorg is altijd generalistisch van aard, ook als onderdeel van een zorgprogramma. Het opknippen van de patiënt in meerdere ketens wordt direct gestopt.
2. Praktijkondersteuning wordt structureel gefinancierd onder regie van de huisarts
3. Indicatoren worden alleen gebruikt als ze valide zijn en effectief zijn gebleken en de kwaliteit van zorg voor de patiënt daadwerkelijk verbeteren.
4. Zorggroepen ontwikkelen zich tot regionale, faciliterende organisaties van en door huisartsen in samenhang met de andere aanwezige huisartsorganisaties
5. Het ontwikkelen van zorgprogramma's voor kwetsbare doelgroepen gebeurt door huisartsenorganisaties, patiëntenvertegenwoordigers en ziektekostenverzekeraars in een respectvolle, gelijkwaardige onderhandeling
6. Overname van patiënten uit het ziekenhuis moet door huisartsen inhoudelijk worden gedragen, politiek worden gesteund en voorzien zijn van adequate financiële middelen.
7. Ketenfinanciering is een tijdelijk middel om huisartsen te helpen de zorg te organiseren, waarbij vooraf doel en duur worden vastgesteld.
8. Zorgprogramma's voor kwetsbare patiëntendoelgroepen worden meerjarig vastgelegd met structurele financiering en heldere doelen.
9. Het aanbieden van programmatische zorg wordt geïntegreerd in de eigen huisartspraktijk met extra aandacht voor samenhangende ICT-ondersteuning voor huisarts en patiënt.
10. Belemmeringen in de samenwerking met wijkverpleegkundige zorg in brede zin worden geïnventariseerd en weg genomen.

Actiecomité Het Roer Moet Om
14 december 2015