

MAATSCHAPPIJ

Frans Smits

huisarts te Amsterdam-Zuidoost
mede namens:

Annemiek Beukman

bestuurder Gezond op Zuid
gezondheidscentra te Rotterdam

Jacqueline van Riet

huisarts en bestuurder Overvecht
Gezond

Richard Starmans

huisarts en medisch
adviseur Stichting Haagse
Gezondheidscentra
en anderen (zie website)

CRITERIA VOOR PRAKTIJKGROOTTE DEUGEN NIET

Patiënt in achterstandswijk komt zorg tekort



In achterstandswijken is de huisarts een cruciale spil in de zorg. Maar de werkdruk is te hoog, de praktijk te groot en de vergoeding te laag. Tijd voor een grondige herziening van het systeem, vinden huisartsen in achterstandswijken.



REYERBOXEM / HOLLANDE HOOGTE

Inwoners van achterstandswijken hebben meestal geen (uitzicht op) fatsoenlijk werk, hebben een laag inkomen of uitkering, zijn niet of laagopgeleid en hebben vaak een migratieachtergrond. Zij hebben meer lichamelijke, psychische en sociale problemen en hebben moeite om zich in onze maatschappij te handhaven.¹⁻² Vaak is de huisarts een van de weinige instanties waar deze problemen kunnen worden besproken en aangepakt. Alleen komen huisartsen in achterstandswijken structureel tijd te kort en kunnen zij alleen ten koste van veel extra inzet voldoende goede zorg leveren. De zogeheten achterstandsregeling, die huisartsen met patiënten in een achterstandswijk ondersteunt, is te selectief, te pover en bereikt onvoldoende deze overbelaste huisarts.³ Daarom is een nieuwe regeling nodig, die extra praktijkverkleining in achterstandswijken mogelijk maakt.

Investeren

Het is in Nederland goed gebruik om te investeren in publieke voorzieningen voor achterstandsgroepen. Er gaat extra geld naar zwarte scholen, schuldhulpverlening richt zich vooral op achterstandsgroepen, en wijkagenten zijn extra actief in achterstandswijken. De beschikbaarheid van medische voorzieningen

De nieuwe achterstandsindex moet worden berekend aan de hand van het percentage niet-westerse allochtonen, het inkomen per huishouden en het percentage uitkeringsgerechtigden.

hangt echter vaak omgekeerd samen met de behoefte van de bevolking (de 'inverse care law'). Goede eerstelijnsvoorzieningen daarentegen bevorderen de gelijke (medische) behandeling van alle burgers, de samenhang in de wijk en de integratie van nieuwe Nederlanders, ze verlagen de kosten van de zorg en gaan uitsluiting en radicalisering tegen.⁴

Onderzoek in achterstandswijken toonde aan dat een geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnsaanpak in samenhang met het sociale domein de huisarts meer tijd kost maar de tweedelijnskosten vermindert en de mortaliteit verlaagt.

Complexere en langere consulten

Patiënten in achterstandswijken hebben aanzienlijk meer lichamelijke en psychosociale problemen. Multimorbiditeit treedt bij hen tien tot vijftien jaar eerder op dan in 'rijke' wijken.⁵ De impact van sociale problematiek op de huisartsenzorg is groot. Denk aan: slechte zelfredzaamheid, meer sociale uitsluiting en

Stijging van het eigen risico leidt hier tot meer drukte bij de huisarts

discriminatie, veel jeugdproblematiek (verwaarlozing, huiselijk geweld en Veilig Thuis-meldingen), veel eenoudergezinnen. Maar ook meer financiële problematiek, slechte leefstijl en communicatieproblemen door minder gezondheidsvaardigheden en meer laaggeletterdheid. In achterstandswijken is het eigen risico vaak een drempel voor noodzakelijke zorg (labonderzoek, medicatie, specialist) en leidt een stijging van dit eigen risico tot meer drukte bij de huisartsen.

In de grote steden is het zorgveld bovendien vaak complex en verwarrend met veel thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen met niet-overlappende werkgebieden. In veel (groot)stedelijke gebieden wisselen patiënten ook vaker van huisarts. Dit belast huisartsenpraktijken door minder kennis van de patiënt, in- en uitschrijvingen, verwerken van nieuwe dossiers, kennismakingsgesprekken, en dergelijke. Al deze aspecten vertalen zich in meer consulten per patiënt, maar vooral in complexere en langere consulten met meer noodzakelijke 'nazorg': uitzoekwerk, overleg met het sociale domein, afstemmen met de wijkverpleging, administratieve handelingen, et cetera.

Vergoeding

Op basis van de bestaande vergoeding (zie *kader*) krijgt een huisartsenpraktijk een opslag van circa 6,70 euro op het vaste jaarlijkse inschrijftarief voor elke patiënt die woont in een erkende achterstandswijk. De totale achterstandspopulatie is nu arbitrair bepaald op 5 procent van de bevolking, 885 duizend inwoners. De totale achterstandsvergoeding bedraagt 6 miljoen euro, circa 0,5 procent van de ruim 1 miljard aan inschrijfvergoedin-

Een ruimer budget moet de hoge zorgzwaarte compenseren

gen. Weinig vergeleken met de extra capaciteit voor achterstand in andere domeinen (zwarte scholen, schuldhulpverlening, wijkagenten), maar wel logisch vanuit de optiek waarin de extra financiering van de huisarts alleen samenhangt met de 10 procent hogere consultfrequentie van de achterstandspatiënten en niet met de hogere indirecte tijd. Daarnaast vergoeden de zorgverzekeraars per achterstandspatiënt een bedrag van 5,92 euro per jaar aan een regionaal achterstandsondersteuningsfonds (AOF), dat achterstandspraktijken helpt (bijvoorbeeld met extra uren voor een assistente) en ondersteunende activiteiten organiseert.

Om de huidige regeling te evalueren heeft onlangs, op verzoek van de Nederlandse

Zorgautoriteit (NZa), het Nivel onderzoek gedaan naar alternatieven, die meer rechtdoen aan de grote verschillen in huisartseninzet per patiënt.⁶ Het Nivel adviseerde dan ook om de vergoeding meer te laten afhangen van de zorgzwaarte van de patiënt.

Doorn in het oog

De huidige achterstandsregeling voldoet niet meer. Het is een alles-of-nietsregeling van een zeer bescheiden omvang, de regeling compenseert onvoldoende de grote verschillen in zorgzwaarte per patiënt en maakt praktijkverkleining nauwelijks mogelijk. Het criterium 'adressendichtheid' is al jaren een doorn in het oog: evidente achterstandswijken in Amsterdam-Zuidoost maken geen aanspraak op achterstandsgelden vanwege bijvoorbeeld een park in hun postcodegebied. De gemiddelde waarden per postcode (alleen cijfers) worden geregeld beïnvloed door rijkere/wittere enclaves. Ook wordt er geen rekening gehouden met de hoge mutatiegraad en de multimorbiditeit van achterstandspatiënten. Huisartsen in achterstandswijken en hun AOF proberen samen met het sociale domein de zorg te innoveren. Dit gaat echter, door de schotten tussen zorgvormen met ieder een eigen verantwoording en financiering, moeizaam. Zorgverzekeraars zijn zeer terughoudend met vergoedingen, ook in het kader van het innovatiebudget voor huisartsen (S3).

Toekomst

Een vernieuwde 'achterstandsregeling' is nodig, die meer rechtdoet aan de grote verschillen in zorgzwaarte van patiënten. Het achterstandsbudget dient aanzienlijk vergroot te worden om te compenseren voor de hoge zorgzwaarte van achterstandspatiënten: langere consulten, meer indirecte patiëntgebonden tijd voor nazorg en dergelijke, meer tijd voor niet-patiëntgebonden afspraken met partners in de wijk. De normeringen voor dokters-assistenten en praktijkondersteuners bewegen in gelijke mate mee met die voor de huisartsen. Het inschrijftarief per patiënt verschilt dan per zorgzwaarte:

ACHTERSTANDSINDEX

De huidige achterstandsindex wordt bepaald op basis van:

- de adressendichtheid van een buurt
- het percentage uitkeringsgerechtigden
- het percentage niet-westerse allochtonen en
- het percentage lage inkomens in een buurt (max. inkomen 19.200 euro)

In 2017 is de toeslag op het inschrijftarief ongeveer 6,75 euro per jaar per ingeschreven patiënt in een erkende achterstandswijk (nu zo'n 6 miljoen euro per jaar). Een normpraktijk met 2168 patiënten ontvangt, als al deze patiënten in een erkende achterstandswijk wonen, 14.634 euro achterstandsvergoeding. Dit bedrag maakt een praktijkverkleining van maximaal 9 procent mogelijk.

PRAKTIJKPERIKEL

DAGBEHANDELING HEET DAGBESTEDING

leeftijdsklasse, geslacht en de achterstandsindex van de postcode van de patiënt. De nieuwe achterstandsindex moet worden berekend aan de hand van het percentage niet-westerse allochtonen, het inkomen per huishouden en het percentage uitkeringsgerechtigden. Het criterium adressendichtheid vervalt. De gegevens komen van de gemeente en/of CBS en staan ter beschikking per postcode, inclusief letters. Deze achterstandsindex kent hierdoor meerdere stappen, in plaats van de huidige twee (achterstandswijk ja of nee).

De Landelijke Huisartsen Vereniging pleit terecht al enige tijd voor praktijkverkleining, waar snel middelen voor beschikbaar moeten komen. Wat ons betreft worden die middelen allereerst ingezet om achterstandspraktijken te verkleinen. Een huisartsenpraktijk met alleen achterstandspatiënten zou een omvang moeten hebben van circa 75 procent van een normpraktijk (1630 in plaats van 2168 patiënten).

Er moet echt wat gebeuren om de toegankelijkheid van de (huisartsen)zorg voor achterstandsgroepen ook in de toekomst te garanderen. Onze achterstandspatiënten verdienen goede én gelijke zorg! ■

Op donderdagmiddag 2 februari organiseren de Achterstandsfondsen over dit thema het congres 'Zorg om zorg in Nederland' in Rotterdam.

De overige medewerkers aan dit artikel vindt u op medischcontact.nl. Een uitgebreide literatuurlijst is op te vragen bij Frans Smits.

contact

f.t.m.smits@chello.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

Mijn 72-jarige patiënt heeft zwaar parkinson. Toen hij verschillende CVA's overleefde, belandde hij in een rolstoel. Hij heeft een computer en een iPad; daar doet hij spelletjes mee en communiceert ermee met anderen, ook met mij. Hij denkt traag, kwijlt, heeft een CAD. Zijn vrouw verzorgt hem liefdevol en overdag gaat hij naar de dagopvang in een dorp 10 kilometer verderop. Als ik hem thuis een grieprik kom geven, mag ik vanaf 16.30 uur langskomen, omdat hij anders nog niet terug is met het busje van de dagopvang. Op een ochtend word ik gebeld. De thuiszorg die de CAD spoelt, belt mij dat meneer vooroverhangt in zijn rolstoel. Thuiszorg? Op de dagopvang? Maar goed, iemand die zijn zorgen uit over deze kwetsbare meneer. Ik informeer nog even waar ze de heer nu aantreft. Jazeker, op de dagopvang. Tot mijn spijt vertel ik haar dat ik geen visites kan doen 10 kilometer verderop bij de dagopvang. Ik vraag haar deze informatie door te spelen naar de leidinggevende van de dagopvang. Die is niet aanwezig ...eh... een arts van de dagopvang dan? Even later word ik gebeld door de aios die op afdeling werkt boven de dagopvang. Ze was gevraagd naar de man te komen kijken maar had geen voorgeschiedenis. Ik vertel haar zijn voorgeschiedenis, maar... hoe komt het dat de voorgeschiedenis daar niet bekend is? De welwillende aios wist dat ook niet. Ze had de man onderzocht, hij was zo slap en moe binnengekomen op de dagopvang. Ze vond geen acuut moment. Ik bedank haar voor haar rapportage aan mij, maar stelde vast dat ik niet haar opleider ben. Dat ze wellicht werkt onder haar eigen opleider en het met hem/haar moest overleggen. De volgende dag krijg ik een bericht binnen via de hap: er was 's avonds een visite gedaan. Meneer was de hele dag niet lekker, had koorts en onder verdenking pneumonie en urineweginfectie is hij opgenomen in het ziekenhuis. Ik klim in de telefoon, bel de dagopvang, vraag naar de verantwoordelijk arts. Die is in bespreking. Eind van de middag word ik teruggebeld. De verantwoordelijk arts zegt dat de dagbehandeling nu dagBESTEDING heet. Er is geen behandelovereenkomst meer. Ze kunnen nog wel acute zorg leveren, bijvoorbeeld insturen bij een myocardinfarct, maar meer was echt niet mogelijk. Dit was dan de praktijk van de uitkleding van de Wmo! Ze vond het zelf ook verschrikkelijk. Dus als je als patiënt niet lekker bent, ga dan NIET naar de dagopvang. Blijf thuis en bel de huisarts. Anders zit je de hele dag op de dagbesteding ziek te zijn en kun je pas 's avonds huisartsenzorg krijgen, tenzij het busje je eerder naar huis brengt. Nu snap ik ook waarom de thuiszorg daar rondliep: hoort ook niet bij dagbesteding.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl