

BLAUWE ZORG, INTENSIEVE SAMENWERKING VAN HUISARTSEN EN SPECIALISTEN

Duurzame zorg in Maastricht

Organiseer de zorg dicht bij de patiënten. Maak ze meer bewust van hun keuzes, dam praktijkvariatie in en consulteer medisch specialisten in de eerste lijn, zegt Guy Schulpen van zorggroep ZIO. In Maastricht en omgeving proberen ze het uit.

In de regio Maastricht werken huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuizen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraar VGZ al enige tijd samen met één gemeenschappelijk oogmerk: het verplaatsen van eenvoudige behandelingen van ziekenhuis naar huisarts, met meer regie door de patiënt. Sinds een jaar is deze samenwerking, onder de naam 'Blauwe Zorg', een van de proeftuinen die VWS wil volgen. In al die projecten gaat het erom zorg zo dicht mogelijk bij patiënten te organiseren en zo de kosten te beheersen. Over vier jaar wordt de balans opgemaakt en wil VWS een beeld hebben van de succes- en faalfactoren. De zorggroep ZIO (Zorg In Ontwikkeling) coördineert de Maastrichtse proeftuin. Arts Guy Schulpen leidt ZIO. 'Duurzaamheid is geen topic in debatten over de zorg', constateert hij. 'Althans niet zoals marktwerking of kwaliteit dat zijn. Bovendien zien artsen verzekeraars en overheid als probleemeigenaren. Terwijl bijvoorbeeld huisartsen heel goed weten hoeveel verspilling er in het systeem zit. Dat je als individuele huisarts met die wetenschap niet zoveel kunt, begrijp ik.

Maar als regionaal collectief des te meer.' Zijn verwachting is dat Blauwe Zorg de totale regionale zorgkosten met 2 procent kan verminderen. Via zorgverzekeraar VGZ en de WMO is er in de regio ruwweg 400 miljoen euro per jaar beschikbaar voor alle vormen van zorg; dat komt neer op 2200 euro per verzekerde. 'Dat bedrag', zegt Schulpen, 'moet je zien als een soort populatiebesteding. Daar moeten we het mee doen; dat moeten we duurzaam inzetten.' Anders dan bij vergelijkbare Duitse initiatieven (zie MC 12/2012: 690) zijn afspraken tussen verzekeraars en huisartsen niet vrijwillig; de huisartsen in de regio doen allemaal mee en wat er wordt 'verdiend' komt niet in de portemonnee van de dokter, maar wordt geïnvesteerd in zorginnovaties of in goedkopere zorgpolissen. 'De prikkel bestaat er voor de zorgverlener uit dat hij per verzekerde kan bepalen wat goede, passende zorg is. Verantwoordelijkheid nemen vinden we belangrijker dan financieel gewin. Het gaat steeds om drie punten: kosten, klantbeleving en kwaliteit.' Een ander verschil is dat in Duitsland al

wordt gestuurd op harde uitkomsten, bijvoorbeeld op verlaging van de incidentie van hart- en vaatziekten in een bepaalde regio. 'Zover is het hier nog niet', zegt Schulpen, 'maar we zouden dat wel willen. We willen graag weten welke veranderingen in het regionale zorgsysteem maken dat we kosten in bedwang kunnen houden.'

Gezamenlijke consulten

Eén concrete verandering heeft zich inmiddels qua effectiviteit bewezen: gezamenlijke consulten van specialisten en huisartsen. Bedoeling van deze 'anderhalvelijnszorg' is het verlagen van het aantal doorverwijzingen van de relatief goedkope huisarts naar het duurdere ziekenhuis. En dat werkt, blijkt uit recent onderzoek. Schulpen: 'Driekwart van driehonderd patiënten die in de eerste lijn waren gezien door een specialist, zijn niet doorverwezen naar de tweede lijn.'

'Verantwoordelijkheid nemen vinden we belangrijker dan financieel gewin'



Overigens viel het initiatief wel in een vruchtbare bodem: er werd in de regio al twee decennia transmuraal goed samengewerkt tussen specialisten en huisartsen.

Huisartsen bepalen zelf welke patiënten ze laten onderzoeken door de specialist. Ze hebben daarbij de keuze uit vijf specialismen: interne geneeskunde, neurologie, orthopedie, dermatologie en cardiologie. Bram Kroon is internist-vasculair geneeskundige en een van de medisch specialisten die wekelijks een dagdeel spreekuur houdt in een huisartsenpraktijk. 'De huisartsenpraktijk is rustiger', zegt hij, 'dan het ziekenhuis; ik heb meer tijd voor een patiënt. Die heb ik ook nodig, want de huisarts zit vast met een patiënt of twijfelt over verwijzing. Denk aan patiënten met een afwijkende schildklierfunctie,

moeilijk behandelbare hypertensie, buikklachten of chronische vermoeidheid.

Je moet over een wat ruimere klinische ervaring beschikken om dit te doen.

Dan kun je met weinig middelen – een laboratoriumbepaling, een aanpassing van de medicatie – de huisarts verder helpen. Zodra je aanvullende diagnostiek nodig vindt, zit je immers zo weer in het ziekenhuis. Niet alleen verloopt het terugverwijzen naar de huisarts daarna vaak moeizaam, in het ziekenhuis wordt alles meestal dunnetjes overgedaan en dus wordt er nog eens bloed geprikt of nog eens een foto gemaakt.'

Niet alle specialismen lenen zich voor deze opzet, aldus Kroon. Het is bij uitstek iets voor de beschouwende vakken: dermatologie, neurologie, en interne geneeskunde. Orthopedie doet weliswaar ook

Consult door internist-vasculair geneeskundige Bram Kroon (links) en huisarts Vincent Zwietering.

mee, maar voor de noodzakelijke foto's is doorverwijzing naar de tweede lijn nogal eens aan de orde, zo blijkt.'

Gesloten beurzen

Welke financiële constructie 'de specialist in de eerste lijn' mogelijk gaat maken, is nog onduidelijk. De Nederlandse Zorgautoriteit studeert op de invoering van een 'meekijkconsult'. Bram Kroon, die in loondienst is bij het Maastricht UMC+, zegt: 'We werken nu met gesloten beurzen. Dat is goed, want specialisten moeten niet een eigen praktijk of een ZBC

oprichten om vervolgens dit werk te gaan doen. Dan schiet je je doel voorbij: dan ben je immers voor je inkomen afhankelijk van prestaties in eerste lijn. Omdat ik in loondienst werk, heb ik het wat dat betreft gemakkelijk. Maar voor mijn collega's die in maatschapsverband werken zou deze constructie direct inkomensverlies impliceren. We zijn er nog niet uit hoe we dat moeten oplossen, want in beide situaties, loondienst of maatschapsverband, moet de tijd die gewerkt wordt in de anderhalvelijnszorg betaald worden. Daar komt nog bij dat een eerstelijnsconsult bij eventuele verwijzing als het ware verandert in een eerste tweedelijnsconsult – ook daar moeten we nog wat op vinden.'

Kroon denkt niet dat de toestroom van patiënten naar de tweede lijn per saldo sterk zal verminderen door specialisten in de eerste lijn te laten meekijken. 'Integendeel, door de "grijze golf", zal per saldo de patiëntenstroom richting tweede lijn toenemen, waarbij deze anderhalvelijnsconsulten een middel zijn om dit beter beheersbaar te houden.'

Geen opgeheven vinger

Wil Blauwe Zorg een succes worden dan is 'spiegelinformatie' cruciaal, zegt Guy Schulpen: 'Met gegevens afkomstig van de zorgverzekeraar voeden we via ZIO de huisartsen met informatie over hun voorschrijf- en verwijsgedrag, en over praktijkvariatie in de chronische zorg. Dat heeft zin, want de ene statine kost twee cent per tablet, de andere 1,20 euro. Ik zeg niet dat artsen zich als boekhouders moeten gaan gedragen, maar zulke grote prijsverschillen kun je best als voorschrijvende arts in je overwegingen meenemen. We benaderen echter niemand met opgeheven vinger. Steeds hebben we oor voor de redenen waarom een arts meer verwijst dan zijn collega's of een bepaald medicijn vaker voorschrijft.'

De Maastrichtse huisarts Vincent Zwietering kan zich goed vinden in die aanpak: 'Je moet de durf hebben transparant te zijn.' Maar niet elke huisarts doet dat con amore, weet hij.

Hij vertelt dat medisch specialisten mo-

menteel in vier huisartsenpraktijken in Maastricht spreekuur houden, waaronder die van hem. En hoe juist dat misschien een hindernis vormt om patiënten binnen de eerste lijn te verwijzen. 'Hoewel ik me totaal niet met de patiënten van collega's bemoei, is het voor huisartsen toch moeilijk patiënten naar een andere huisartsenpraktijk te sturen.'

Dat probleem wordt straks ondervangen met de bouw van twee gezondheidscentra in Maastricht waar de specialisten hun eerstelijnsprekeuur zullen houden. Zwietering hoopt dat daarmee een van de pluspunten van de opzet zoals die nu bestaat niet teloor gaat: 'Ik leer veel van

'Grote prijsverschillen kun je best in je overwegingen meenemen'

de directe contacten met de collega's uit het ziekenhuis.' Dat overleg over patiënten moet blijven, vindt hij, 'al is het maar eens in de maand'.

Proeftuin

Guy Schulpen is een gedreven propagandist van 'zijn' proeftuin. Maar beklemtoont dat hij niet 'de baas' van de dokters is. 'Dokters accepteren geen orders. Top-down werkt niet. Ik moet ze verleiden. Ik heb te maken met hoogopgeleide en ervaren professionals. Wat heel goed werkt is ze te vragen om te helpen, om mee te denken. Daar zijn ze goed in. Dan zet je ze in hun hulpverlenersstand. Dan buitelen ze over elkaar heen met ideeën.' Die ideeën zijn nodig, want Blauwe Zorg stopt niet bij de spreekkamer, zegt Schulpen. 'Het gaat over het gehele regio-

nale zorgsysteem. Reden waarom het bijvoorbeeld logisch is dat het budget voor de nieuwe basis-ggz via ZIO gaat lopen. Er worden geen afzonderlijke contracten meer gesloten met de ggz-instellingen. Wij zijn weliswaar geen aanbieder van ggz, maar wij gaan wel het netwerk vormen, monitoren en bijsturen.'

Ook de patiënt hoort bij dat 'zorgsysteem' en ook die moet veranderen, vindt Schulpen. 'De patiënt consumeert en eist zorg, wordt gezegd. Maar hoe kan de patiënt een andere houding krijgen, als hij doorlopend wordt verleid en aangemoedigd om juist dat soort gedrag voort te zetten. Je wil dat patiënten gaan nadenken over vragen als: moet ik naar de huisartsenpost of kan ik ook overdag naar het spreekuur.'

Er valt volgens hem in dat opzicht veel te leren van de manier waarop we ons bewust zijn geworden van het milieu: 'Als consumenten hebben we afgedwongen dat de leveranciers duurzame producten gingen leveren. We hebben de gloeilamp vervangen door de spaarlamp. Zo moeten we ook de zorg inrichten.'

Het begin is er al, volgens Schulpen. In Maastricht is het verwijsproces gecentraliseerd, buiten de praktijk van de huisarts. 'Die drukt op een knop in zijn ICT-systeem, waarna de NHG-patiëntenbrief binnenkomt in het gemeenschappelijke callcenter dat contact legt met de patiënt. Die kan vervolgens kiezen: wil hij naar Heerlen, Sittard, Maastricht of Tongeren. Binnenkort kan hij ook aangeven welke ggz-instelling of welke thuiszorgorganisatie hij prefereert. Belangrijk is dat hij via het callcenter informatie krijgt over wachttijden, kwaliteitsindex en patiënttevredenheid. Ik wil daar een duurzaamheidslabel aan toevoegen, zoals je dat bij de aankoop van een koelkast ook krijgt.' ■

web

Een verwijzing naar ZIO, een eerder artikel over een Duits initiatief voor duurzame zorg en een overzicht van alle proeftuinen vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.