

OPEN BRIEF AAN DE VWS-BEWINDSLIEDEN

Laat mij doen waarvoor ik ben opgeleid

Nu de kersverse bewindslieden van VWS zijn gestart in hun nieuwe ambt, praat huisarts Marloes Tack ze even bij over het effect van het huidige beleid op de alledaagse werkelijkheid in de huisartsenpraktijk. Waarin het aanvragen van basale hulpmiddelen een tijdrovende administratieve strijd is geworden.

Speciaal voor de heren De Jonge, Bruins en Blokhuis: het lezen van dit artikel kost u tien minuten, is een stuk minder droog dan de meeste dossiers waar u zich doorheen zult moeten worstelen en minstens even informatief.

Het is een willekeurige doordeweekse dag. Na mijn ochtendspreekuur rijd ik mijn visites. Er is een visite aangevraagd voor een 76-jarige man die ik ken met een ernstige vorm van parkinson. Hij woont met zijn vrouw in een zelfstandige gelijkvloerse woning. De reden van de visiteaanvraag is dat hij steeds moeilijker kan plassen, ondanks veel aandrang. Bij aankomst tref ik meneer in zijn sta-opstoel. Daar is hij die ochtend, nadat hij met behulp van een transferhulpmiddel door de thuiszorgzuster uit bed is geholpen, naartoe gebracht. Meneer vertelt dat het al langer steeds moeilijker wordt om naar het toilet te gaan vanwege zijn beperkte mobiliteit. Hij heeft hulp van de thuiszorg, maar er is natuurlijk niet altijd een zuster op het moment dat hij moet plassen. Derhalve gebruikt hij incontinentiemateriaal. De laatste dagen gaat het helemaal niet meer: hij heeft voortdurend aandrang, maar kan steeds moeilijker plassen. En als hij plast komen er maar een paar druppels. Om meneer te kunnen onderzoeken, moet hij op bed liggen. Met ons beider inspanningen lukt het om hem ondersteund vanuit de sta-opstoel, met rollator in de slaapkamer en op bed te krijgen.

Hij blijkt een overvolle blaas te hebben en moet een katheter krijgen. Gezien de aard van de problematiek had ik die al van de praktijk meegenomen, zodat ik deze direct kan plaatsen. Met kunst- en vliegwerk, want ook dit wordt bemoeilijkt door de parkinson en de suboptimale omstandigheden in de overvolle slaapkamer. Twee extra handen waren welkom geweest, maar de thuiszorgzuster bellen en daarop wachten is gezien de rest van de visitelijst ook niet wenselijk. Meneer geholpen met aankleden, overeind uit bed, terug achter de rollator naar de woonkamer en in de sta-opstoel. Eind goed, al goed. Verslagleggen in de map van de thuiszorg over het beleid en door naar de volgende visite.

Naast huisarts
en vervangend
thuiszorgzuster
ben ik nu ook
koeriersdienst

Koeriersdienst

Terug op de praktijk, nog vijftien minuten tot de start van het middagspreekuur, met mijn boterham achter de computer om mijn visites in te voeren. De katheter die ik bij de meneer geplaatst heb, was afkomstig van de praktijk: we hebben er altijd een op voorraad voor dit soort gevallen. Ik moet dus zorgen dat er een nieuwe op de praktijk komt. Voorheen was dat eenvoudig: ik maakte een recept voor de katheter en de benodigde inbrengset, stuurde dat digitaal

op naam van de patiënt (zoals alle recepten) naar de apotheek, vermeldde daarbij dat de katheter op de praktijk geleverd moest worden en zo geschiedde. Totdat de zorgverzekeraar een nieuw beleid invoerde: de apotheek mag geen (in)continentiemateriaal,



Hoe heeft het kunnen gebeuren dat heel basale, broodnodige zorg zo ingewikkeld kan worden?

inclusief katheters, meer leveren. Nou ja, dat mag natuurlijk wel, maar dan vergoedt de verzekeraar het niet. Al dit materiaal koopt de verzekeraar nu bij één leverancier in. Wel is dit per verzekeraar een andere leverancier. En al die verschillende leveranciers werken met verschillende methodes om te bestellen en te leveren. De gemiddelde patiënt die dit soort materiaal nodig heeft, is op hoge leeftijd en vaak (gedeeltelijk) afhankelijk van hulp van anderen

wat betreft zijn activiteiten in het dagelijks leven. Die is dus heel vaak niet in staat om dit zelf uit te zoeken en te regelen. Dat blijkt inmiddels ook te gelden voor de gemiddelde huisarts: mijn pogingen om bij de gecontracteerde leverancier van de betreffende zorgverzekering (laten we die hier maar Coulante-Zorg noemen) een katheter te bestellen, stranden jammerlijk. Ik word van leverancier A (de gecontracteerde) verwezen naar leve-

rancier B (want die is voor spoedleveringen). Leverancier B geeft echter aan alleen aan de patiënt te kunnen leveren en niet aan de huisarts. Dan moet de huisarts de katheter maar bij de patiënt gaan ophalen. Naast huisarts en vervangend thuiszorgzuster dus ook koeriersdienst. Aan het eind van de dag ben ik met deze visite en de nasleep daarvan anderhalf uur bezig geweest, heb ik nog steeds geen nieuwe katheter en kan ik voor de hele exercitie 23,09 euro declareren bij CoulanteZorg.

Coulant

Ik besluit CoulanteZorg maar eens te contacteren: ik bel de regionale zorginkoper huisartsenzorg. Na drie pogingen verspreid over twee dagen lukt dat. De zorginkoper (we noemen hem hier de heer Raadgever) heeft geen idee hoe ik aan een nieuwe katheter moet komen, want dat valt onder de afdeling Hulpmiddelen. Maar hij gaat het voor me uitzoeken. In de loop van wat uiteindelijk acht weken wordt, komt er (na herhaaldelijk rappelleren) druppelsgewijs informatie binnen: de huisarts mag geen katheter terugbestellen op naam van de patiënt.

Hij moet de kosten van de katheter via een specifieke declaratiecode declareren bij de zorgverzekeraar en moet vervolgens zelf op kosten van de praktijk een katheter bestellen. Er zijn dan geen voorwaarden verbonden aan wie die dan levert.

Even dacht ik dat het probleem was opgelost, totdat duidelijk werd dat er in het contract met CoulanteZorg weliswaar staat dat je een katheter tegen kostprijs kunt declareren (kostprijs 44 euro inclusief benodigde inbrengset), maar dat er in het systeem van CoulanteZorg een maximumtarief van 28 euro staat ingeregeld.

Dat betekent dus dat ik voor de hele katheterexercitie 23 euro mag declareren, maar 16 euro toelag op het benodigde materiaal en ik dus voor 7 euro deze zorg mag verlenen. Zeer coulant. Er volgt geen suggestie hoe dit op te lossen. Als ik aandring, stelt de heer Raadgever voor een persoonlijke afspraak te maken om een en ander te bespreken. Ik wil geen persoonlijke afspraak. Ik wil mijn tijd besteden aan patiëntenzorg en ik wil een antwoord op mijn vraag: hoe kom ik aan een nieuwe katheter? Uiteindelijk maakt de heer Raadgever de briljante beleidskeuze om voor de huisartsgroep waar ik onder val (dat zijn negen huisartsen) dan maar een kostendekkend declaratietarief in hun systeem in te regelen. Maar dus niet voor de overige achtduizend huisartsen.

Ingewikkeld

Heren en dames bestuurders bij overheid en zorgverzekeraars: wat zijn we aan het doen?! Het gaat hier om heel basale, broodnodige zorg. Hoe heeft het kunnen gebeuren dat dat zo ingewikkeld kan worden?

U en ik willen toch kwalitatief goede, niet verspillende en betaal-

bare zorg dicht bij huis waar dat kan? Dat is wat ik doe. Dat is mijn werk. Daarom fiets ik met een katheterset in mijn fietsmand en mijn dokterstas onder mijn snelbinders door het dorp. U maakt dat onmogelijk. Ik kan me niet permitteren om twee maanden bezig te zijn om te zorgen dat ik ook voor de volgende patiënt een katheter beschikbaar heb. Op deze manier stuurt u erop aan dat ik patiënten per ambulance naar een ziekenhuis laat vervoeren om daar een katheter te laten plaatsen. Weet u wat dat kost? En het is niet beter, soms zelfs slechter, zeker bij zeer kwetsbare patiënten.

Administratieve strijd

En denk nou niet dat dit de uitzondering is. Dit is de regel. Om bij het onderwerp te blijven: ook om een patiënt van absorberend incontinentiemateriaal te voorzien, moet ik een administratieve strijd voeren. Waar ik vroeger gewoon een recept naar de lokale apotheek stuurde, moet ik tegenwoordig nagaan met welke leverancier de zorgverzekeraar van de betreffende patiënt een con-

tract heeft (wijzigt ten minste jaarlijks). Dan stuur ik daar een recept heen. Als reactie daarop word ik overladen met formulieren (uiteeraard per leverancier verschillend) waarop ik zeer uitgebreide medische informatie moet vermelden (hoe bedoelt u, beroepsgeheim?) om te onderbouwen waarom deze patiënt niet bij een andere oplossing van zijn incontinentieprobleem gebaat is. En dat dan meestal drie keer, omdat men met het antwoord geen genoegen neemt. Voor dit wansysteem kunnen we de zorgverzekeraar echter niet volledig verantwoordelijk houden. De Jonge, Bruins en Blokhuis, even opletten: dit beleid is gebaseerd op de module 'hulpmiddelenzorg bij continëntie'

uit het 'Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg' dat valt onder het 'Register van Zorginstituut Nederland'.¹ En dat valt dan weer onder het ministerie van VWS. Dat wist u vast niet. Nog even inwerken dus.

Wantrouwen

Dit disfunctionerende systeem draait op wantrouwen. Wantrouwen naar de patiënt en naar de zorgverlener. Leveranciers en zorgverzekeraars willen volledig controleren of er geen inlegger te veel wordt gebruikt en wordt betaald. Maar hoe waarschijnlijk is het dat een patiënt zonder dat daar noodzaak toe is, incontinentiemateriaal gebruikt? Heeft u dat zelf weleens geprobeerd? Ik stel voor dat u voordat u het beleid voor komend jaar vastlegt, een dagje niet naar het toilet gaat, maar incontinentiemateriaal draagt.

En hoe waarschijnlijk is het dat een zorgverlener op oneigenlijke gronden een recept voor incontinentiemateriaal voorschrijft? Nederlandse huisartsen werken volgens wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. We lopen daarin wereldwijd voorop. Die

Ik stel voor dat u
een dagje niet naar
het toilet gaat,
maar incontinentie-
materiaal draagt

richtlijnen zijn leidend bij het inzetten van diagnostisch onderzoek en behandeling. En raad eens: er is ook een richtlijn over urine-incontinentie.² Er is dus helemaal geen noodzaak om de indicatiestelling voor het gebruik van incontinentiemateriaal door zorgverzekeraar of overheid te laten vastleggen in stroomschema's. Dit heeft de beroepsgroep allang geregeld.

Wondzorg

Volgend jaar gaat deze ramp zich voortzetten in de richting van de wondzorg. Ook daarbij gaan verzekeraars contracten sluiten met één centrale leverancier waar de patiënt zijn verbandmiddelen bij moet afnemen. Dat gaat de zorg voor chronische, complexe wonden in de huisartsenpraktijk onmogelijk maken. Bij dit soort wonden is het soms nodig om vaak van soort verbandmateriaal te wisselen. Door een recept naar de lokale apotheek was het mogelijk om in dit soort situaties snel te schakelen. Als dat door de komst van een omslachtig leveringssysteem niet meer mogelijk is, kan complexe wondzorg niet langer op een verantwoorde manier door de huisarts uitgevoerd worden en zal de patiënt hiervoor naar het ziekenhuis moeten. Ook hier een gapend gat tussen de theorie (zorg betaalbaar en dicht bij huis) en de praktijk. Daar is geen verband tegen opgewassen.

Non-informatie

Heren en dames bestuurders. Ja, we moeten de kosten in de zorg zien te beheersen. Nee, dat gaat niet vanzelf. U zult daar beleid voor moeten maken.

Het huidige beleid is gebaseerd op wantrouwen. Tegenover zorgverleners en patiënten. Wantrouwen leidt tot controle, controle tot administratie. Veel administratie. En die controle is schijn. U kunt de gegevens die u laat administreren namelijk niet interpreteren. Dat kan alleen het veld: zorgverleners en patiënten. Dus het is non-informatie. Als u dan toch per se wilt controleren en administreren: doe het dan zelf. Huur zelf mensen in om bij patiënten langs te gaan en stroomschema's en formulieren in te vullen. Laat mij doen waar ik voor ben opgeleid en waar ik goed in ben: kwalitatief goede en betaalbare zorg dicht bij huis leveren. Alleen voor de nieuwe heren van VWS wil ik wel kijken of ik ergens tussen mijn patiëntenzorg door tijd kan maken. U heeft namelijk mensen nodig die u informeren en adviseren over hoe het door u gemaakte beleid in de praktijk uitwerkt. Desgewenst beschikbaar tegen huisartsentarief. Dus dat is een koopje. ■

contact

m.tack@ezorg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

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

VELDWERK

DE AIOS



LEWAR BEKAS is in opleiding tot internist

Tot het pensioen ons scheidt

Als het aankomt op het aangaan van een relatie zijn we erg kieskeurig. We hanteren bepaalde normen en waarden, die we willen terugzien in onze levenspartner. En voordat we überhaupt de volgende stap zetten, zoals een huwelijk of samenwonen, gaan er vaak jaren voorbij. Liefde heeft tijd nodig om te groeien en je wilt overtuigd zijn van de goede intenties.

Hoe anders is dit bij het aanstellen van een collega in een medisch-specialistische vakgroep? Op basis van een aantal gesprekken en meningen van derden wordt een verbintenis voor het leven aangegaan: in voor- en tegenspoed tot het pensioen hen scheidt. Een slecht huwelijk heeft echter consequenties voor het hele gezin.

Ik heb als assistent een supervisor gehad bij wie ik me niet veilig voelde. Ik wist niet hoe ik hiermee moest om-

gaan en durfde het niet bespreekbaar te maken. Bang voor de gevolgen die het zou hebben. En ondanks alle aandacht voor constructief feedback geven en laagdrempelig toegankelijk zijn was het toch 'not done' mijn baas op zijn gedrag aan te spreken.

EEN COLLEGA OP GEDRAG AANSPREKEN, VOELT ALS VREEMDGAAN

Er bestaat geen vakgroeptherapie en er zijn geen procedures die kunnen worden ingesteld als een specialist disfunctioneert. Binnen een vakgroep een collega aanspreken op zijn gedrag voelt blijkbaar toch als vreemdgaan en dit gebeurt dan ook zelden. Ze houden elkaar eerder de hand boven het hoofd. Hoe machtig is de positie van een specialist als scheiden na welke misstap dan ook geen optie is?

Mijn advies: trouw alleen op huwelijkse voorwaarden!