

HAP kan geen samenhangende en laagdrempelige zorg bieden

# Kleinschalige huisartsenzorg loont

Dik de Groot,  
huisarts en voorzitter HDS  
Zuidwolde

Roelof Moes,  
huisarts en secretaris HDS  
Zuidwest-Drenthe en Noord-  
west-Overijssel (DZDNO)

Correspondentieadres:  
moes@kolderveen.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Het aantal huisartsen dat nog  
op de traditionele wijze werkt,  
wordt jaarlijks kleiner.

beeld: Roel Visser, HH

Voor de gemiddelde arts is het huidige systeem van grootschalige huisartsenposten veelal de ideale oplossing voor avond-, nacht- en weekenddiensten. De patiënt heeft echter vaak meer baat bij de vertrouwde huisarts om de hoek.

**G**oede huisartsenzorg kenmerkt zich door continuïteit, zowel in richtlijn als in persoon. De patiënt is beter af bij zijn eigen huisarts en is niet gebaat bij “shoppen” in de spoedketen. De huisartsenpost moet weer worden gereserveerd voor urgente hulpvragen, die niet kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts.’ Deze tekst staat aan het eind van het artikel van Paul Giesen c.s. (MC 37/2010: 1863), waarin frequente bezoekers van de huisartsenpost vertellen over hun motieven.

De laatste tien jaar is de klassieke avond-, nacht- en weekendhuisartsenzorg in Nederland bijna geheel overgegaan in grootschalige huisartsenposten, in toenemende mate gevestigd in of vlakbij een ziekenhuis. Het aantal huisartsen dat nog op de traditionele wijze werkt, wordt jaarlijks kleiner. Als het verkrijgen van meer vrije tijd al geen goede reden is om de kleinschalige zorg vaarwel te zeggen, dan is het wel de uurvergoeding die bij een grootschalige post al gauw drie keer zo hoog is.

Ondanks het van overheidswege stimuleren van grootschaligheid middels extra vergoedingen zijn er nog steeds twee zelfstandige kleinschalige dienstenstructuren waar op de klassieke wijze wordt gewerkt. Dit zijn de drie huisartsenposten van de dienstenstructuur Zuidwest-Drenthe en Noordwest-Overijssel (DZDNO) en de dienstenstructuur Zuidwolde (Drenthe).

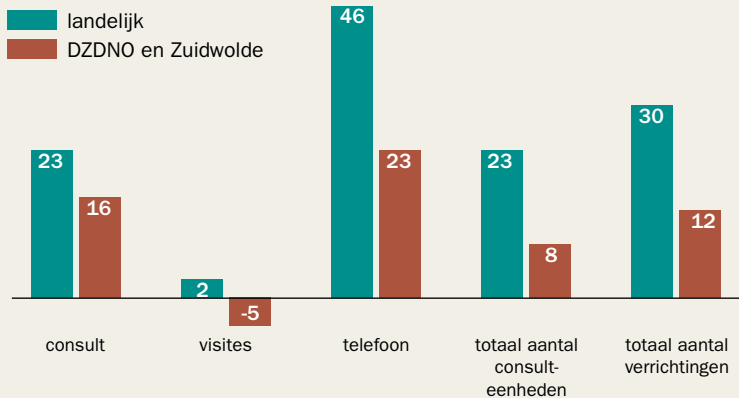
Het is interessant om na te gaan of in de afgelopen jaren op de kleinschalige posten, waar continuïteit in richtlijn en persoon bij uitstek aanwezig zijn, eveneens een forse consumptiestijging is waar te nemen. En als dit niet het geval is te achterhalen wat de reden is van een geringere consumptiestijging.

## Verschillen

De kleinschalige structuren hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken waarin ze verschillen van de grootschalige. De omvang van de patiëntenpopulatie maakt triage door de huisarts zelf mogelijk, zonder voorafgaande administratieve rompslomp. Ook is de dienst-

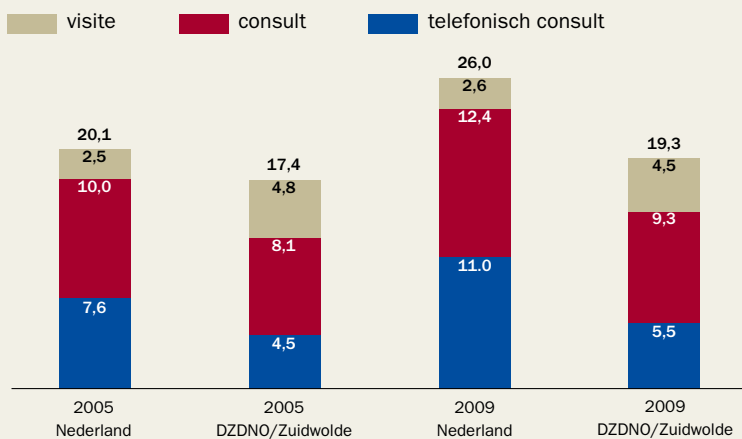


### 1. Consumptiegroei



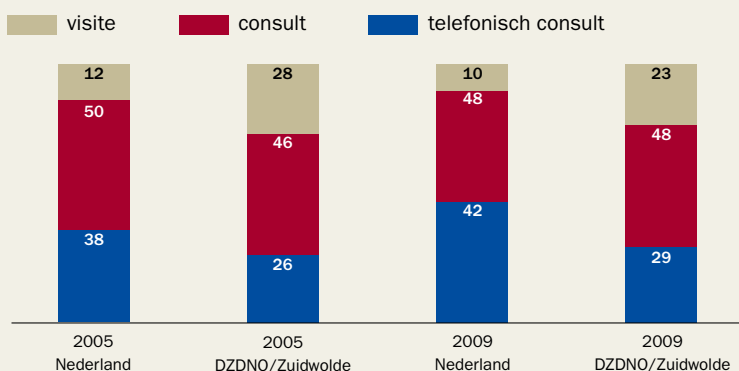
Groei in medische consumptie in de periode 2005 tot en met 2009 (%) bij twee kleinschalige huisartsendienstenstructuren en gemiddeld in Nederland bij de huisartsenposten.

### 2. Zorgconsumptie



Gedeclareerde verrichtingen per 100 inwoners (zorgconsumptie) in 2005 en 2009 bij twee kleinschalige huisartsendienstenstructuren en gemiddeld in Nederland bij de huisartsenposten.

### 3. Consulttypes



Verhoudingen in de verschillende consulttypes in 2005 en 2009 (%) bij twee kleinschalige huisartsendienstenstructuren en gemiddeld in Nederland bij de huisartsenposten.

doende huisarts vrijwel altijd op de hoogte van chronische patiënten en van probleem-patiënten. Waar nodig staat het elektronisch patiëntendossier voortdurend ter beschikking op de praktijk en thuis. Door bekendheid in het waarneembeid en de beperkte omvang van het praktijkgebied is een chauffeur overbodig en volstaat de volledig voor spoed uitgeruste eigen auto. Dit alles komt een zorgvuldige medische dienstverlening ten goede. Terwijl de kleinschalige huisarts dienst doet voor vier tot vijf normpraktijken, is dat bij de grootschalige post al gauw het tienvoudige. Het spreekt dan ook voor zich dat in die grootschalige situatie de dienstdoende huisarts niet én een consult kan doen én verantwoordelijk kan zijn voor de triage.

Beide kleinschalige structuren hebben een vast jaarbudget dat op geen enkele wijze wordt beïnvloed door het aantal of de aard van de verrichtingen. Dit in tegenstelling tot het budget van de grootschalige structuren. De kleinschalig werkzame huisarts heeft er ook vanwege deze budgettering geen enkel belang bij om tijdens de diensten 'reguliere dagzorg' te doen. Correctie door een eigen dan wel bekende huisarts blijkt een efficiënte rem te zijn op niet-spoedvragen, terwijl het aantal zelfverwijzers op belerende SEH's minimaal is. De kleinschalige huisarts doet de avond- en nachtdienst achter elkaar, evenals de zaterdag- en zondagsdiensten. Dit in tegenstelling tot de huisartsen op een grote post die meestal maximaal 8 of 9 uur achter elkaar werken.

#### Minder groei

Voor een goede vergelijking van de medische consumptie hebben we de groeicijfers uit het benchmarkonderzoek 2009 van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) gezet naast de cijfers uit onze eigen kleinschalige dienstenstructuren.

Figuur 1 laat zien dat de stijging in medische consumptie bij de grootschalige dienstenstructuren in de periode 2005 tot en met 2009 twee tot drie keer zo groot is als de stijging bij de kleinschalige dienstenstructuren. Bij het constateren van een verschil in stijging is het uiteraard belangrijk om te weten of de uitgangswaarden 'aantal verrichtingen per 100 inwoners' in 2005 vergelijkbaar zijn.

Figuur 2 maakt duidelijk dat in 2005 de zorgconsumptie in de twee kleinschalige HDS'en lager is dan het gemiddelde in Nederland, maar dat dit verschil in zorgconsumptie in 2009 veel groter is geworden. Het aantal inwoners in 2005 en 2009 in Nederland respectievelijk

## SAMENVATTING

- Ondanks financiële steun aan grootschalige avond-, nacht- en weekendhuisartsenzorg zijn er in Nederland nog steeds enkele kleinschalige huisartsen-dienstenstructuren.
- De huisarts doet hier bijna altijd zelf de triage.
- De kleinschalige anw-zorg vertoont een relatief geringe consumptiegroei.
- De werkwijze in de kleinschalige anw-zorg reduceert het aantal spoedritten van de ambulance.
- Kleinschalige anw-zorg moet worden gestimuleerd.

## Als een patiënt de huisarts kent, is de kans kleiner dat hij voor peanuts belt

DZDNO/Zuidwolde is overigens op verschillende wijze gestegen, zodat de figuren 1 en 2 niet zonder meer vergelijkbaar zijn.

Er zijn meerdere redenen te bedenken waarom de groei in de kleinschalige structuur minder groot is. Als een patiënt de dienstdoende huisarts kent, is de kans kleiner dat hij voor peanuts belt. Desalniettemin is het aantal telefonische consulten, die de huisarts meestal direct afhandelt, met 23 procent gestegen in vijf jaar tijd. Hier staat een daling van het aantal visites tegenover. Het feit dat de huisarts zelf de triage doet, lijkt een grote rol te spelen in de relatief geringe groei van het aantal verrichtingen. In totaal komt de groei per jaar bij de kleinschalige HDS neer op zo'n 2 procent.

### Veel visites

Uit *figuur 3* blijkt dat zowel in 2005 als in 2009 het percentage visites ten opzichte van de andere verrichtingen in de kleinschalige HDS'en meer dan twee keer zo hoog is als in de grootschalige. Hiervoor is een aantal redenen. Naast het feit dat de kleinschalige HDS'en uitsluitend liggen in een uitgestrekt dunbevolkt plattelandsgebied, is de bevolking juist in deze gebieden gemiddeld veel ouder dan in de rest van Nederland. In verband met deze hoge grijze druk (aantal 65-plussers per honderd 21- tot 65-jarigen) zullen dan ook sowieso meer visites aangevraagd worden.

In een kleinschalige HDS is de huisarts per jaar veel meer uren beschikbaar, waardoor de werkdruk per huisarts per uur veel lager is dan in een grootschalige. Het verzoek om een visite zal dan ook zeker eerder gehonoreerd worden. Tegenover meer visites door de huisartsen in de kleinschalige HDS'en

staat het feit dat er relatief minder spoedritten met de ambulance zijn tijdens de anw-uren in de gebieden waar de kleinschalige HDS'en werkzaam zijn. Ook dit komt de continuïteit van de (chronische) zorg ten goede.

### Werkdruk


Zonder twijfel voorzien grootschalige HDS'en in een grote behoefte. Ze zijn tien jaar geleden in het leven geroepen om het aantal nauwelijks betaalde diensturen voor de huisarts te reduceren. In die tien jaar heeft de patiënt in toenemende mate de weg naar de post gevonden om antwoord te krijgen op meer of minder dringende vragen, op een moment dat het hem uitkomt. Afwegingen of de hulpvraag op dat

moment gepast is en beantwoord wordt door de juiste persoon, spelen waarschijnlijk minder een rol dan in de kleinschalige HDS. De populariteit van de grootschalige dienstenstructuur heeft geleid tot een dusdanige werkdruk dat steeds meer huisartsen hun diensten willen 'verkopen', terwijl er ondanks stijgende prijzen (ruim boven het vastgestelde uurloon) onvoldoende liefhebbers te vinden zijn.

Intussen is het aantal hulpkrachten op de huisartsenpost sterk toegenomen om problemen inherent aan grootschaligheid op te lossen: chauffeurs voor te grote afstanden en veiligheid, triagisten voor te grote telefoonbelasting, allerlei soorten verpleegkundigen ter ontlasting van de dokter en managers om het een en ander in goede banen te leiden. Nog slechts een klein deel van het budget van grote posten wordt besteed aan huisartsensalarissen, de rest gaat op aan huisvesting, vervoer, hulpkrachten en organisatie. Ook bij de kleinschalige structuren is er toename van de verrichtingen, vooral als het gaat om telefonische consulten. Door triage van de huisarts zelf is het aantal consulten/visites relatief veel minder gestegen en blijft de betrekkelijk lange avond-, nacht- en weekenddienst 'behaapbaar'.

### Goedkoper

Er is behoefte aan huisartsenzorg die zich kenmerkt door continuïteit. Het is jammer dat van overheidswege nog steeds 'stimuleringsmaatregelen' van kracht zijn, die tot doel hebben om de kleinschalige zorg te doen opgaan in grotere structuren. In Nederland resten nu nog slechts enkele kleinschalige dienstenstructuren. De cijfers van deze structuren kunnen wat betreft medische consumptiegroei zeer goed concurreren met de grootschalige. Om velerlei redenen is de kleinschalige zorg bovendien goedkoper dan de grootschalige.

De LHV stelt in haar recente *Position paper huisartsenzorg 2010-2014*: 'Iedere burger heeft recht op samenhangende, laagdrempelig toegankelijke huisartsenzorg in de buurt'. Per definitie kan deze zorg niet geboden worden door grootschalige huisartsenposten. Na tien jaar grootschalige huisartsenposten ten gerieve van de dokter wordt het tijd om ook de patiënt te vragen naar zijn ervaringen en wensen. En om, zeker in tijden van financiële krapte, verantwoording af te leggen over de te besteden gelden. Paul Giesen is van harte welkom voor zo'n onderzoek. 



Meer MC-artikelen over kleinschalige huisartsenzorg vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).