

Inschrijving van patiënten op naam van de huisarts

Een Noors experiment

Diana Delnoij

In Noorwegen hebben patiënten geen vaste huisarts in wiens praktijk zij zijn ingeschreven. Omdat dit systeem vooral in de grotere steden de nodige problemen gaat opleveren, is men twee jaar geleden in vier gemeenten bij wijze van experiment begonnen het 'Nederlandse' systeem in te voeren. Op deze plek de eerste resultaten: omdat wij op onze beurt daarvan kunnen leren.

SINDS TWEE JAAR vindt in vier Noorse steden een experiment plaats met de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts. Noorwegen staat daarin niet alleen: ook in Finland wordt hiermee geëxperimenteerd. *Het doel van het experiment is, te komen tot een betere afstemming van zorg op de wensen en behoeften van patiënten en betere voorwaarden te scheppen voor interdisciplinaire samenwerking en preventie.* In dit artikel wordt geschetst hoe de invoering van dit systeem in Noorwegen tot op heden is verlopen, welke problemen zich daarbij hebben voorgedaan en welke voorlopige effecten van het systeem kunnen worden vastgesteld. De Noorse ervaringen zijn leerzaam, omdat ze inzicht geven in de moeilijkheden die gepaard gaan met het sleutelen aan belangrijke grondslagen van een gezondheidszorgsysteem. Bovendien is het interessant de effecten te bekijken van de invoering van een systeem dat wij in Nederland al sinds jaar en dag hebben; het kan ons iets leren over wat er zou gebeuren als in ons land de inschrijving van patiënten op naam onverhoopt zou worden afgeschaft. De inschrijving van patiënten op naam en de getrapte toegankelijkheid van specialistische zorg vormen de pijlers van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Op dit moment wordt daaraan niet getornd, maar in de discussies rond de inmiddels afgestelde stelselwijziging gebeurde dat zo nu en dan, meestal impliciet, wel. Denk bijvoorbeeld aan de introductie van een functionele omschrijving voor algemene me-

dische zorg en aan de gedachte de huisarts onder te brengen in het vrijwillig deel van de verzekering. Ook wanneer voor de huisarts een eigen risico zou worden ingevoerd - een meer actuele discussie - kan diens centrale positie afbrokkelen.

Achtergronden

In Noorwegen berust de verantwoordelijkheid voor de eerstelijns gezondheidszorg bij de gemeenten. Deze hebben onder meer huisartsen in dienst, die werken in gemeentelijke gezondheidscentra voor een salaris van gemiddeld 260.000 Noorse kronen op jaarbasis (ongeveer 70.000 gulden).

Ongeveer 40% van de huisartsen is in dienst van een gemeente, de overige huisartsen werken als vrije beroepsbeoefenaars en sluiten een contract met het bestuur van de gemeente waarin zij gevestigd zijn. Vrijgevestigde huisartsen worden betaald via een gemengd systeem van honorering: een vast bedrag als tegemoetkoming in de praktijkkosten, eigen bijdragen van patiënten voor een consult en honorering per verrichting.

In de tweede helft van de jaren tachtig traden problemen aan het licht in de wat grotere steden. Hoewel inwoners wordt geadviseerd gebruik te maken van het gezondheidscentrum in hun wijk, gaan mensen in de praktijk vaak naar een ander gezondheidscentrum. Dat is mogelijk doordat patiënten formeel geen vaste huisarts hebben in wiens praktijk zij zijn ingeschreven. Het fenomeen 'doctor-shopping' treedt vooral op wanneer patiënten bij een andere dan hun eigen huisarts eerder terecht kunnen (een wachttijd van vier tot acht weken voor niet-acute klachten is geen uitzondering). Het gevolg daarvan is dat meerdere gezondheidscentra beschikken over een medisch dossier van één en dezelfde patiënt, terwijl niemand het overzicht heeft over de complete (ziekte)geschiedenis van een patiënt. Vooral de zorg voor ouderen en chronisch zieken lijkt hieronder te lijden.

Experiment

Om deze problemen het hoofd te bieden heeft het Noorse ministerie van Volksge-

zondheid en Sociale Zaken het initiatief genomen tot een experiment met de inschrijving van patiënten op naam van de huisarts: het 'fastlegforsøket'.

In de steden Åsnes, Tromsø, Lillehammer en Trondheim heeft iedere inwoner in mei 1993 een brief van de gemeente gekregen met het verzoek een vaste huisarts te kiezen en daarbij ook een 'tweede' en 'derde' keus op te geven.

Het experiment brengt een belangrijke verandering van het honoreringssysteem voor huisartsen met zich mee. De honorering gaat bestaan uit de eigen bijdragen van patiënten, de honorering voor specifieke verrichtingen en - dit is nieuw - een abonnementshonorarium per patiënt. Voor consulten die langer duren dan 20 minuten mag een extra bedrag in rekening worden gebracht.

Invoeringsproblemen

De invoering van de inschrijving van patiënten op naam verliep verschillend in de vier experimenterende gemeenten. Dat heeft te maken met verschillen in uitgangspositie. Zo heeft Tromsø een flink tekort aan huisartsen, is er in Trondheim en Åsnes - naar Noorse maatstaven - sprake van een licht tekort en heeft Lillehammer er te veel. In Lillehammer heeft de invoering van het abonnementsstelsel dan ook geleid tot concurrentie onder huisartsen en tot een enigszins competitieve sfeer.

De vier experimenterende gemeenten kennen ook gemeenschappelijke problemen. Van tevoren dienden huisartsen op te geven hoeveel patiënten zij graag in hun praktijk wilden hebben. Soms lieten zich echter, terwijl de desbetreffende huisarts had aangegeven bijvoorbeeld 1.500 patiënten te willen hebben, slechts een paar honderd mensen bij hem of haar inschrijven. In dat geval werd het patiëntenbestand aangevuld met mensen die geen voorkeur voor een bepaalde huisarts hadden opgegeven (een aanzienlijke groep). Deze situatie heeft geleid tot duidelijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen in de praktijksamenstelling. Populaire vrouwelijke huisartsen werden vooral gekozen door relatief

jonge, hoog opgeleide vrouwen; een verschijnsel dat ook in Nederland voorkomt.¹ Populaire mannelijke huisartsen werden door een tamelijk representatieve afspiegeling van de bevolking gekozen, echter met een lichte oververtegenwoordiging van ouderen.

Vrouwelijke huisartsen protesteerden tegen het feit dat zij - naar hun eigen idee - een bewerkelijke praktijkpopulatie hebben, terwijl daar geen hogere honorering tegenover staat. In werkelijkheid blijkt het met die verschillen in werkbelasting echter mee te vallen. Vrouwelijke huisartsen hebben namelijk een relatief jonge praktijkpopulatie, terwijl de populaire mannelijke huisartsen relatief veel (bewerkelijke) ouderen in hun praktijk hebben.

Eerste resultaten

De Universiteit van Tromsø is samen met twee andere instituten belast met de uitvoering van het evaluatie-onderzoek rond het experiment. Dit onderzoek had in principe moeten bestaan uit een voormeting in de vier experimentele en in vier controlegemeenten, en een jaarlijkse effectmeting gedurende de drie jaar van het experiment. Het experiment is echter zo voortvarend ingevoerd dat voor een echte voormeting geen tijd meer was. De eerste metingen hebben daarom plaats-

ten zei binnen één dag terecht te kunnen.² Opvallende veranderingen hebben wel plaatsgevonden in het (*declareer*)gedrag en de *tijdbesteding* van huisartsen.

In de vier controlegemeenten komt advies of behandeling door de assistente voor in 75% tot 80% van de contacten die patiënten hebben met de huisartspraktijk; in de experimentele gemeenten bedraagt is dit slechts 30% tot 40%. Dat de huisartsen in het experiment minder aan de assistente overlaten, is volgens Hasvold een rechtstreeks gevolg van het honoreringssysteem.² In de controlegemeenten werken de meeste artsen voor een vast salaris. In de experimentele gemeenten is het financiële lonender wanneer een patiënt contact heeft met de huisarts (waarbij het contact als consult kan worden geboekt) dan wanneer hij contact heeft met de assistente.

Hoewel het experiment expliciet tot doel heeft de samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners te verbeteren, wordt hieraan niet meer tijd besteed; de bedoelde samenwerking neemt minder dan 4% van de totale werktijd in beslag. Het grootste deel van hun tijd besteden de huisartsen aan patiëntenzorg. De artsen in de experimentele gemeenten besteedden in juni 1993 hier 67,5% van hun tijd aan en in maart 1994 75,8%.

Onze inschrijving van patiënten op naam in combinatie met de abonnementshonorering doet het goed als exportartikel

gevonden in juni 1993: de eerste maand van de experimentele fase.

De gebruikte meetinstrumenten zijn onder meer een enquête onder patiënten die contact hebben met de huisarts in een bepaalde periode, een enquête onder een steekproef van de bevolking, een registratie van activiteiten door wijkverpleegkundigen en artsen, en een geautomatiseerde contactregistratie.

Een interimrapport van de Universiteit van Tromsø werpt licht op de eerste resultaten van het experiment.² In dit interimrapport worden de resultaten uit de voormeting (juni 1993) vergeleken met die van de eerste meting tijdens het experiment (maart 1994).

In het rapport wordt onder meer aandacht besteed aan de *toegankelijkheid* van huisartsen. Juist het bestaan van wachttijden leidde immers in het verleden tot 'doctorshopping'. Die toegankelijkheid is niet drastisch veranderd: nog steeds zegt 30% tot 40% van de patiënten één tot drie weken te hebben moeten wachten alvorens terecht te kunnen op het afsprakensoverleg. Minder dan een kwart van de patiën-

ten stijging van het percentage patiëntgebonden tijd is onder meer ten koste gegaan van het percentage tijd besteed aan nascholing. Artsen in de controlegemeenten zijn relatief minder tijd aan patiëntgebonden activiteiten gaan besteden (59,3% in 1993 en 54% in 1994) en juist meer aan nascholing.²

Discussie

Het Noorse experiment moet leiden tot een betere afstemming van zorg op de wensen en behoeften van patiënten, en moet betere voorwaarden scheppen voor interdisciplinaire samenwerking en voor preventie. Het is nog te vroeg om te kunnen vaststellen of die doelstelling ook wordt gehaald.

De achterliggende veronderstelling is, dat met het ontstaan van een langdurige relatie tussen huisarts en patiënt, de huisarts de patiënt en diens levenssituatie leert kennen. Dit zou weer moeten resulteren in een beter op de persoon afgestemde zorgverlening. Een dergelijk proces kost echter tijd. Hjortdahl en Borchgrevink becijferden dat het gemiddeld één tot vijf jaar duurt alvorens een huisarts beschikt over

een matig kennisniveau met betrekking tot een patiënt.³

Waarom de Noorse overheid overigens verwacht dat inschrijving van patiënten op naam zou leiden tot betere samenwerking met wijkverpleegkundigen, blijft enigszins vaag. In Noorwegen werken wijkverpleegkundigen wijkgebonden. De praktijkpopulatie van de huisartsen in het experiment kan daarentegen verspreid zijn over diverse wijken. Daarmee ontstaat een probleem dat wij in Nederland al jaren kennen: één huisarts moet samenwerken met een aantal wijkverpleegkundigen en omgekeerd.⁴

Of de preventie verbeterd, is ook een kwestie van afwachten. In Noorwegen is de automatiseringsgraad van huisartsen hoger dan in Nederland. Gecombineerd met inschrijving van patiënten op naam biedt dit op zichzelf goede voorwaarden voor bijvoorbeeld screeningsactiviteiten als vaccinatie. De honorering van de Noorse huisartsen biedt echter - net als in Nederland - geen enkele prikkel om dergelijke tijdrovende activiteiten ter hand te nemen. Wat we in Nederland voorlopig kunnen leren van het Noorse experiment is, dat onze inschrijving van patiënten op naam in combinatie met de abonnementshonorering het goed doet als exportartikel. Juist nu andere landen de voordelen van ons systeem ontdekken, is het zaak ervoor te zorgen dat in Nederland deze verworvenheden niet verloren gaan. Gunstig is dat in de voorstellen voor een nieuwe huisartsenhonorering zoals die zowel door de commissie-Biesheuvel als door de Landelijke Huisartsen Vereniging in 1994 zijn gedaan, het abonnementsstelsel (gedeeltelijk) wordt gehandhaafd. Dat overigens nog steeds niet duidelijk is voor welke van beide honoreringsvarianten uiteindelijk zal worden gekozen, houdt tevens een belangrijke les in voor beleidsmakers en huisartsen in Noorwegen: de ook daar opgelaaide discussie over de relatie tussen praktijksamenstelling, werkbelasting en honorering zou nog wel eens een tijdje kunnen aanhouden. •

dr D.M.J. Delnoij,
Nivel, Utrecht

Literatuur

1. Brink-Muinen A van den, Bakker DH de, Bensing JM. Consultations for women's health problems: Factors influencing women's choice of sex of general practitioner. *British Journal of General Practice* May 1994; 205-10.
2. Hasvold T. Evalueringen av fastlegeforsøket, tilgjengelighet, råd og behandling gitt av legenes medhjelpere, arbeidsoppgaver, fornøydhets, listesammensetninge. Universitetet i Tromsø, maart 1995.
3. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Medical Journal* 1991; vol 303: 1181-4.
4. Bakker DH de. Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens. Utrecht: NIVEL, 1987.