

De kern van het vak [3]

Generalisme versus specialisme

Joost Zaat

Huisartsen hebben altijd vakinhoudelijke hobby's gehad, maar de kern van de huisartsgeneeskunde bleef de generalistische zorg: zorg voor iedereen en in principe voor alle aandoeningen die huisartsen zelf kunnen diagnosticeren en behandelen. Veel – geprotocolleerde – zorg voor chronische ziekten is binnen het domein van de huisarts gekomen en vervolgens gedelegeerd naar praktijkondersteuners. Staat daardoor het generalisme op het spel? Worden huisartsen halve specialisten of supervisors van gespecialiseerde hulpkrachten?

In de denksessies door het land over de kernwaarden van de huisarts in de zomer en het najaar van 2018 konden de deelnemers zich uitspreken over wat basishuisartsenzorg is. Van de twaalf thema's in het uitgangsdokument van de Argumentenfabriek was het een van de meest besproken thema's. Bij dit thema waren er drie mogelijkheden: de huisarts die – samen met een beperkte ondersteuning – alles zelf doet en eindverantwoordelijk is, de huisartsvoorziening die de basiszorg

Deel 1 en 2 van deze serie over het 'nieuwe Woudschoten' gaven inzicht in de kernwaarde 'continuïteit' en de persoonlijke arts-patiëntrelatie. Na meer dan 70 'denksessies' waaraan 1300 huisartsen deelnamen en een enquête onder alle huisartsen in november 2018 volgt er eind deze maand een nieuwe conferentie. Daar worden de kernwaarden voor de komende jaren vastgesteld, die vorm moeten geven aan de inrichting van de huisartsenzorg. In dit nummer van *H&W* deel 3 en 4 van deze korte serie: een artikel over de huisarts als generalist en een over de huisarts in haar netwerk in de wijk en in de zorg.

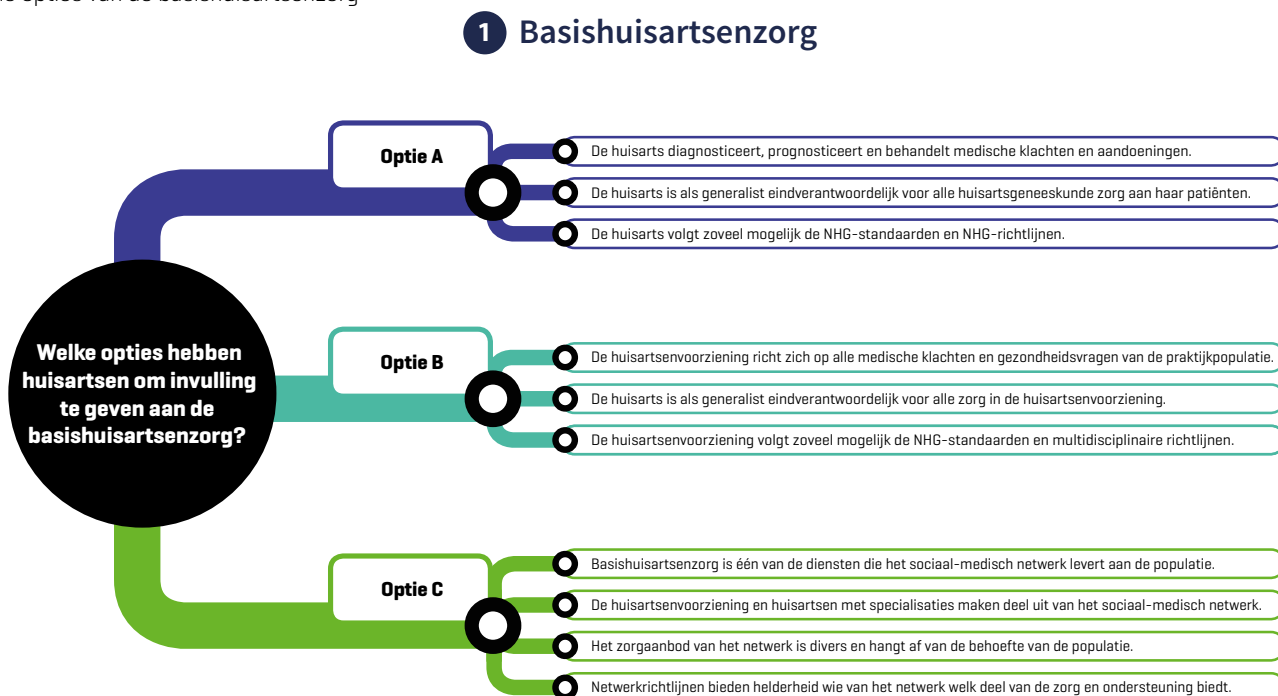
levert en als derde optie die waarin de huisartsvoorziening is opgegaan in een sociaal-medisch team en er ook gespecialiseerde huisartsen zijn [figuur 1].

IS DE HUISARTS NOG STEEDS EEN GENERALIST?

Wat basiszorg is, bepalen huisartsen niet alleen. De afgelopen

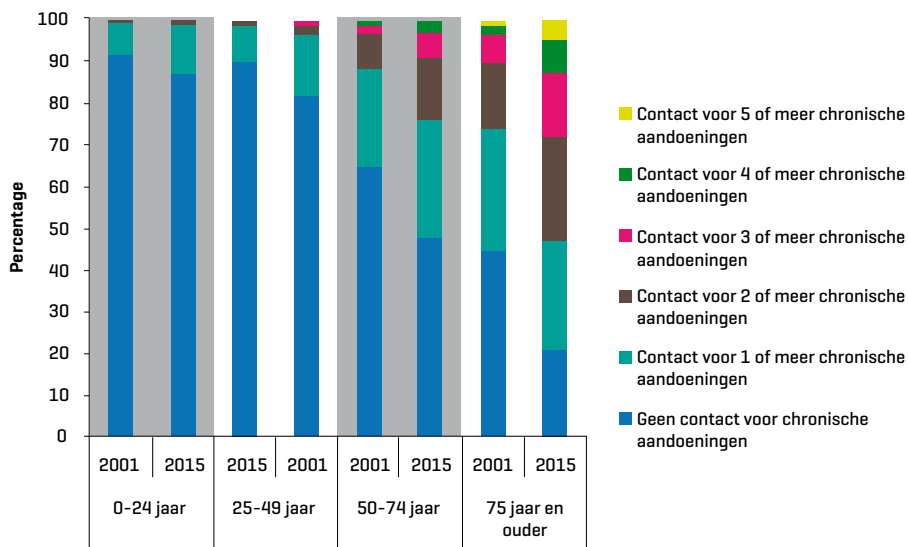
Figuur 1

De drie opties van de basishuisartsenzorg



Figuur 2

Contacten voor chronische aandoeningen per leeftijdsklasse



Bron: Flinterman L, Groenewegen P, Verheij R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2018.

dertig jaar is de zorg voor chronische aandoeningen hét terrein van de huisarts geworden [figuur 2]. Door de ambitie om zelf chronische zorg te leveren zijn er meer hulpkrachten in de praktijk gekomen. Het idee van het leveren van 'generalistische zorg' door de huisarts zelf gaat in de beleving van sommige huisdokters daardoor weer wringen. Wat zijn de feiten?

Hulpkrachten

Baarde halverwege de jaren tachtig van de vorige eeuw de huisarts Jan de Haan uit Wollega nog opzien door te pleiten voor taakdelegatie en ten minste 1 fte doktersassistente per huisarts, nu zijn de huisartsen zonder assistentes vrijwel uitgestorven. Inmiddels is er 0,6 fte assistente per 1000 patiënten. De eerste praktijkondersteuner-somatiek (poh-s) kwam eind

De huisarts die alles zelf doet bestaat niet meer

jaren negentig, nu heeft 88% van de praktijken een of meer poh's-s en 81% een poh-ggz.¹ Er waren in 2016 naar schatting tussen de 5900 en 6700 poh's en 5200 poh's-ggz. Per fulltime huisarts is er een halve poh-s en een kwart poh-ggz. De huisarts die alles zelf doet bestaat niet meer. Een praktijk is allang een voorziening geworden, al is die vaak nog klein.

Veranderde hulpvraag

In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw hielden huisartsen zich nog vooral bezig met infectieziekten: 15% van de zorgvraag ging daar over. Ze zagen halverwege de jaren zestig

zelfs vaker mazelen dan diabetes: 10/1000 versus 2/1000.² Doordat ze de zuigelingen- en kleuterconsultatiebureaus vrijwel altijd nog zelf deden, was 14% van hun contacten op preventie gericht [figuur 3].

De incidenties van aandoeningen in de huisartsenpraktijk zijn in dertig jaar tijd ook behoorlijk veranderd. Er zullen nu in de open bevolking vast net zoveel bovensteluchtweginfecties voorkomen als in 1987, maar mensen gaan er minder vaak voor naar de huisarts [figuur 4]. En ook de pilcontroles zijn verdwenen. Al met al ziet de huisarts tegenwoordig ten minste zo'n breed palet als in 1987 en zelfs breder dan in 1966.

De taakopvatting van huisartsen

De taakopvatting van huisartsen past zich aan de vraag en de omstandigheden aan. In 1983 deed nog 45% van de huisartsen bevallingen en vond 70% dat verloskunde bij het vak hoorde.³ Nu zijn er nog maar 41 huisartsen geregistreerd met verloskunde als speciale bekwaamheid. Vonden huisartsen aan het begin van dit millennium psychosociale hulpverlening veel minder tot hun taak behoren dan aan het eind van de jaren tachtig [figuur 5], nu heeft de meerderheid een poh-ggz. Het percentage volwassen patiënten dat met psychosociale klachten naar de huisarts ging steeg behoorlijk sinds 2011, van 12% naar 18%.⁴ In 2011 ging een op de zeventien van hen door naar de poh, in 2017 was dat een op de vijf. Het is niet zo dat huisartsen problemen alleen maar 'naar de poh-ggz schuiven', ze doen ook zelf meer lange consulten voor psychische problemen.

Zich specialiserende huisartsen

De bedoeling van de NHG-Kaderopleidingen, die na de

eeuwwisseling ontstonden, was om huisartsen verdieping te bieden en hen in staat te stellen collega's consultatie te geven bij 'moeilijke gevallen'. Er zijn twee soorten: kaderhuisartsen gericht op de kwaliteit van de zorg en artsen met een kaderopleiding gericht op meer gespecialiseerde patiëntenzorg (bijvoorbeeld oogheelkunde, echografie) [figuur 6]. In verhouding tot het totaal aantal huisartsen (9039 declarerende huisartsen, 11.800 werkzame huisartsen) is het clubje kaderartsen en zeker het clubje artsen met speciale vaardigheden klein. De meeste kaderartsen werken in regionale zorggroepen als kwaliteitsbewaker en consulent. Kaderartsen besteden, volgens onderzoek uit 2015, 16,5 uur per maand aan hun speciale taken. De voornaamste activiteiten zijn het geven van onderwijs en het leiden van projecten.⁵ Cijfers over het aantal consultaties voor collega huisartsen per vakgebied zijn er niet, zo blijkt bij navraag aan de coördinatoren van opleidingen.

WAT IS HET BELANG?

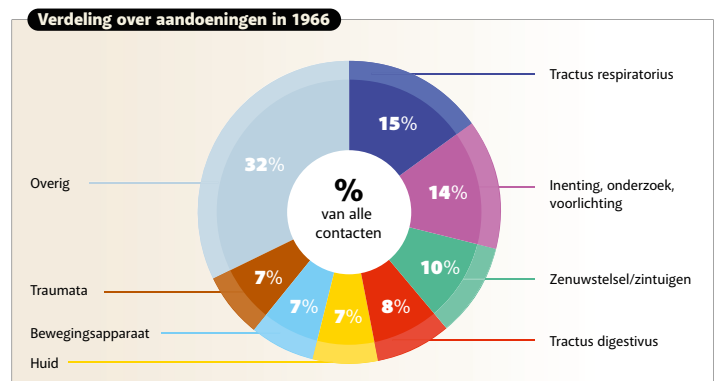
Generalisme is een intrinsieke waarde die lastig in maat en getal is uit te drukken. Het Britse *Royal College of General Practitioners* bracht in 2012 een rapport uit over generalisme.⁶ Een generalist is volgens het RCGP iemand die werkt met patiënten die nieuwe klachten maar nog geen diagnose hebben, die zich niet op een orgaan of lichaamsdeel richt, patiënten in hun context ziet, ook patiënten met multimorbiditeit accepteert, werkt voor een populatie in een multidisciplinair team en die een sleutelrol speelt bij verwijzingen naar specialistische zorg. In systemen waarin de huisarts geen echte poortwachter voor de zorg is, zoals in België, zijn patiënten zelfs tevredener over hun huisarts dan in systemen zoals het onze. Blijkbaar willen zieke mensen toch dat er iemand een beetje breder naar hen kijkt.⁷

HOE GAAT HET IN DE PRAKTIJK?

De Oostzaanse huisarts Derk Runhaar (zie ook deel 2 van deze serie in het vorige nummer) vindt dat huisartsen hun takenpakket te gemakkelijk hebben uitgebreid. "We hebben om politieke redenen een veel te grote broek aangetrokken. De poh-ggz is een specialist, die doet niks anders dan psychische problemen zien. Dat ze er zijn is prima, maar ze vullen nu een gat dat anders niet opgevuld zou zijn. Ik zou er veel voor voelen als dat gewoon eerstelijnspsychologen waren. Ik hoef hen geen supervisie te geven. Ik zie niet in wat mijn medische beoordeling voor burn-out zou moeten zijn. Dat kunnen ze prima zelf oplossen."

Runhaar ziet wel meerwaarde in een poh-s, "hoewel je daarvoor ook moet oppassen. De klassieke poh-s doet diabetes, COPD en CVRM, maar ook zij dreigen deelspecialisten te worden." Runhaar vindt dat hij specialistische kennis en ervaring inlevert, maar intussen wel supervisie moet leveren. Dat voelt oncomfortabel. Hij zou graag een generalistischer poh-s zien. "De meerwaarde van de generalistische praktijkondersteuner is dat die meer tijd heeft voor de minder medische dingen, die wel relevant zijn voor het welzijn van kwetsbare ouderen."

Figuur 3



Bron: AP Oliemans. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfort Kroese, 1969.

Figuur 4



Bron: Cijfers NIVEL. In nationale studie 1987 (cijfers per 3 maanden, voor kondurende aandoeningen zijn 3maand incidenties wel te vermenigvuldigen met 4). Incidenties zijn berekend op basis van contacten en herhaalmedicatie. Cijfers 2017 uit NIVEL, zorgregistraties genaamdregelg 21-11-2018 (https://www.nivel.nl/nl/2018/incidenties-en-prevalenties).

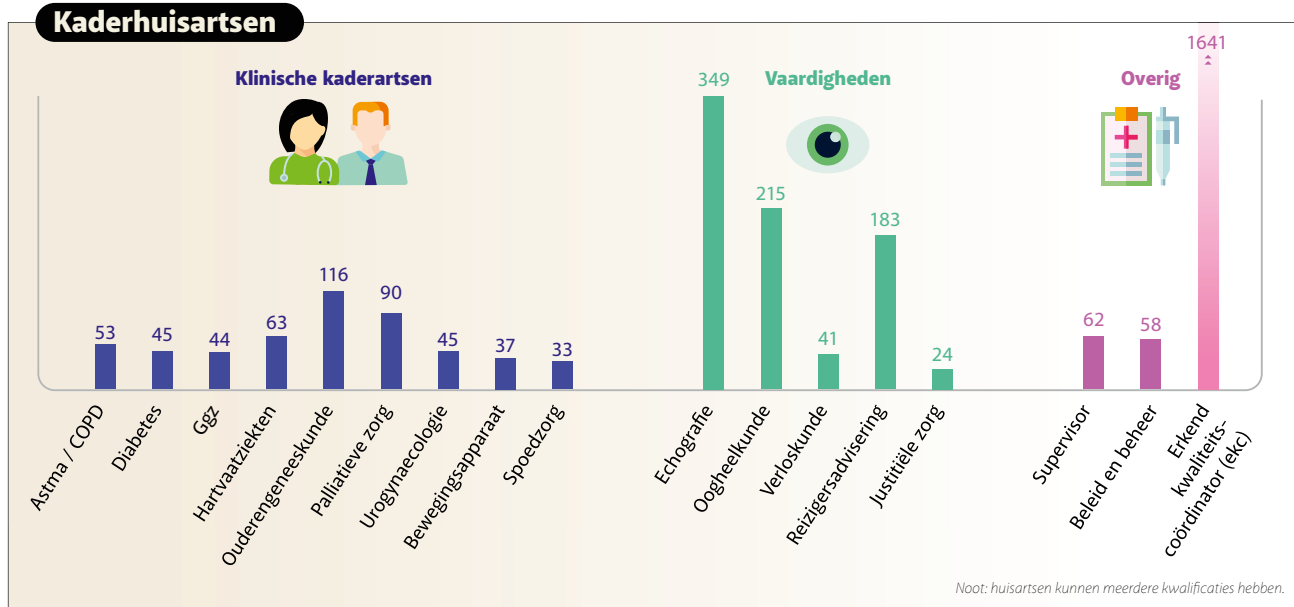
Figuur 5



Bron: Bongers F. Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde tussen 1987 en 2001. Huisarts Wet 2011;54:60-4.

Figuur 6

Kaderhuisartsen



Bron: CHBB databank; geraadpleegd 4-11-2018 <https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt> & NIVEL: Huisartsenregistratie 2017.

Tien kilometer verderop werkt David Koetsier sinds 2005 in een achterstandswijk in Amsterdam-Noord. Hij werkt in een duopraktijk met 4400 patiënten in een bedrijfsverzamelgebouw, zoals hij dat zelf noemt, waarin ook een andere duopraktijk zit, en onder andere een apotheek en fysiotherapie gevestigd zijn. “Ik vind het wel meevallen met die verbrokkeling. Als ik kijk naar het palet aan vragen, de kleur van mijn spreekuur, dan is dat heel divers. Als ik mijn spreekuur open laat staan is het ruim van tevoren gevuld met mensen die met mij willen praten over hun langer bestaande dilemma’s in het leven of ziekte. Dan is er geen plek meer voor kleine klachten, die gaan dan naar de aios. Blokkeer ik mijn spreekuur, dan zie ik die klachten ook. Het heeft te maken met je praktijkvoering.”

In verhouding is het clubje artsen met speciale vaardigheden klein

Koetsier is kaderarts hartvaatziekten en ziet dat eerder als een verdieping dan als een specialisatie. “Ik vind het niet gek dat je je als huisarts in bepaalde deelgebieden verdiept, voor je eigen ontwikkeling. Ik zie meer mensen met hartvaatziekten dan mijn collega. Mensen zien ook dat ik expertise heb. Ze komen wel van mijn collega, door mijn deskundigheid praten ze bijvoorbeeld makkelijk over de impact die hun infarct heeft op hun sociale leven. Nee, verdieping bedreigt het generalisme niet. Er zijn altijd al verschillen geweest tussen huisartsen, ook in basiscompetenties. Ik ben ook tropenarts geweest. Ik vind kleine verrichtingen leuk, mijn collega niet. Ik doe dat, zij vindt dat fijn. Ik heb het idee dat huisartsen elkaar nog weinig

durven of willen aanvullen.”

De fragmentatie door de delegatie van zorg aan praktijkondersteuners ziet Koetsier niet als een onoplosbaar probleem. “Mijn poh kan de diabetesjaarcontrole echt veel beter dan ik. We hebben wel een vast overleg met de poh-s en de aios, waarbij we gevallen kiezen waar problemen zijn en die doen we in een combinatietraject. Je moet voor je vaardigheden wel je best doen. Ik kan iemand geen prikinstructie geven, maar wel een insulineschema opstellen bij prednisongebruik. Dat moet je gewoon bijhouden.”

Carlien Erlings is sinds zes jaar waarnemend huisarts in een vaste praktijk in Soest. Ze is kaderhuisarts urogynaecologie. In Soest (45.000 inwoners) hebben de 26 huisartsen in 16 praktijken zich verenigd in een coöperatie (<https://www.huisartsensoest.nl/>), die op zijn beurt samenwerkt met de gehele eerste lijn in het dorp (www.elzis.nl). Huisartsen verwijzen op meerdere gebieden naar elkaar – zo is er een huisarts die voor alle huisartsen de vasectomieën doet. Erlings doet in die setting een echospreekuur én samen met een incontinentieverpleegkundige van de thuiszorg een incontinentie- en verzakingsspreekuur.

Erlings was drie jaar klaar met de huisartsopleiding toen ze aan de kaderopleiding urogynaecologie begon. “Ik had het idee dat ik tijd over had. Ik was aan het kijken waar ik blij van word en dat word ik van praktische dingen. Dat breekt voor mij de reeks klachten over vermoeidheid, buikpijn en somatisatie, die kosten energie. Ik maak echo’s en ook daarvoor verwijzen huisartsen. Die echo’s ben ik gaan doen uit frustratie over de kaderopleiding, de verdieping die ik daar zocht viel me een beetje tegen.”

Elke twee weken ziet ze vijf tot acht vrouwen met incontinentie- of verzakkingsklachten, 45 minuten per patiënt, betaald uit de regiotafel. In een jaar tijd zag ze er honderd. “Voor veel mensen is het echt een probleem, die lopen met forse incontinentie en laten er dingen om. Erover praten lucht al op, al kan ik niet alles oplossen. Ook collega’s zijn over het algemeen erg enthousiast. Vooral over het plaatsen van ringen. Ik vind dat leuk en denk dat ik er steeds beter in word.” Erlings voelt zich nog gewoon generalist: “Ik voel me geen specialist, ik ben in één ding gewoon handiger.”

De *population health*-dokter uit Den Haag, Sabine Vas Nunes (zie deel 2) vindt niet dat ketenzorg en poh’s het generalisme bedreigen. “Ik ken niet anders. Je ziet in de regio Haaglanden dat ketenzorg het dichtst bij populatiegerichte zorg komt en ook erg bereid is om juist de samenwerkingsverbanden aan te gaan. Het is voor een patiënt met diabetes fijn dat ze steeds eenzelfde poh ziet. Als mevrouw Jansen naast haar diabetes ook nog COPD heeft, is ze in de risicopiramide naar het topje verschoven. Ze heeft een hoog risico om veel zorg te consumeren, terwijl het nu afzonderlijke problemen lijken. Dan moeten we kijken hoe het gaat, is ze gelukkig? Het is mijn taak als huisarts om dat te bewaken, want natuurlijk zie ik haar ook voor andere dingen.”

Niet iedereen denkt dat het met het verlies aan generalisme wel meevalt. Hans van Gestel was twintig jaar huisarts in een duopraktijk in een dorp in Brabant. Een paar jaar geleden stapte hij op, vooral omdat hij ontevreden was over de greep die zijn zorggroep had op zijn praktijk. “We hadden onze poh-s zelf in dienst. Die konden we zelf aansturen, totdat we bij een zorggroep gingen. Dat was een nogal dwingende zorggroep, die voorop wilde lopen. Dat was voor mij het begin van de versnippering in de zorg. We hebben de zorg opgeknipt in diabetes, COPD, depressie, kwetsbare ouderen... En daar hebben we in de vorm van DBC’s handelswaar van gemaakt...” Van Gestel betreurt het verlies aan zicht op patiënten. “Ik denk dat jonge collega’s expertise verliezen in de chronische zorg en ggz. Het is wel heel makkelijk om alles naar de poh te doen. Ik ben nu vier jaar waarnemend huisarts, kom overal en zie dat mensen het ontzettend vervelend vinden dat ze nooit meer hun eigen huisarts zien.” In de spreekkamer zelf is het nog niet zo’n probleem: “Voor 95% van de problemen kunnen we nog de generalist zijn.” Hij twijfelt aan het nut van specialisatie: “Het is prima om interesses te hebben, die heb ik ook. Ik vind dermatologie interessant, maar blijf generalist en zo dicht mogelijk bij je patiënten. Ik zet vraagtekens bij huisartsen die specialiseren tot kaderhuisarts. Je ziet ze verdwijnen in besturen en adviesorganen, soms in het onderwijs. Niks mis mee, maar het gaat onvermijdelijk ten koste van expertise op andere gebieden en beschikbare tijd voor andere patiënten. Doorgaan met delegeren en specialiseren drijft ons weg van het vak waar we voor hebben gekozen. Op die manier word je manager en gaan we doen waar de meesten van ons niet goed in zijn: managen.”

CONCLUSIE

Het overzichtelijke terrein van zorg en geneeskunde uit Woudschoten 1959 bestaat niet meer. Het werkerterrein van huisartsen is de afgelopen zestig jaar breder geworden en hun taakopvatting is behoorlijk fluide. Ze reageren met hun aanbod op de ontwikkelingen in de maatschappij, net als vroeger. Ze zijn reactief op de veranderende zorgvraag en zien kansen om het aanbod aan te passen. Er is aanzienlijk meer ondersteuning dan in het verleden. Dat levert spanning op tussen de wens van huisartsen om ‘alles’ over hun patiënt te weten en het leveren van kwalitatief goede zorg.

Zieke mensen willen dat er iemand met een brede blik kijkt

Het lijkt volgens de cijfers, maar ook bij mijn selectieve rondgang langs collega’s toch heel aardig te lukken om het evenwicht tussen generalisme en specialisme te bewaren. Of het merendeel van de huisartsen de stap naar grootschalige zorg in een netwerkstructuur met huisartsen met subspecialisaties zal maken lijkt me voorlopig niet waarschijnlijk. ■

LITERATUUR

1. Van Hassel D, Batenburg R, Van der Velden. Praktijkondersteuners (POH’s) in beeld: aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2016.
2. Oliemans AL. Morbiditeit in de huisartsenpraktijk. Leiden: Stenfort Kroese, 1969.
3. Hingstman L, Riteco JA. Huisarts en verloskunde: taakuitoefening en taakopvatting. Huisarts Wet 1993;36: 99-101.
4. De Beurs D, Prins A, Nielen M. Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011-2017. Utrecht: NIVEL, 2018.
5. Braken M, Braspenning J, Wensing M. Evaluatie CGBB-registers voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc, 2015.
6. Royal College of General Practitioners. Medical generalism. Why expertise in whole person medicine matters. London: Royal College of General Practitioners, 2012.
7. Kroneman MW, Maarse JAM, Van der Zee J. Rechtstreekse toegankelijkheid in de gezondheidszorg in relatie tot patiënttevredenheid: een Europees onderzoek. Huisarts Wet 2006;49:248-53.

Zaat J. De kern van het vak [3]. Generalisme versus specialisme. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-018-0398-4. Huisartsenmaatschappij Landauer, Purmerend: dr. J. Zaat, huisarts-publicist, jooostaat@gmail.com. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.