



Nederlandse huisartsen die in het buitenland werken

Nieuw-Zeeland: wolliger en solidair

Daniel Dresden en Gijs Baaten

Na eerdere ervaringen in West-Afrika en Caribisch Nederland verkoos Gina Boorsma een leven aan de andere kant van de wereld, in Nieuw-Zeeland. “Het leuke van werken in een andere cultuur is dat je je moet aanpassen. Zo zijn Nieuw-Zeelanders minder uitgesproken en minder direct dan ik had verwacht. Die wollige communicatie is echt anders dan het ‘recht voor zijn raap’ in Nederland.” Daarentegen zorgt de verplichte ongevallenverzekering voor een werkbaar en betaalbaar solidair systeem.

Voordat Gina huisarts werd, werkte zij een paar jaar als tropenarts in Nigeria. Twee jaar na haar huisartsdiploma vertrok ze naar het Caribische eiland Saba. “We verleenden de zorg daar met z’n tweeën, met een hoge werkdruk en veel diensten. Je bent daar nooit helemaal vrij, want je komt overal je patiënten tegen. Het werk bepaalt je leven en je identiteit. In Nieuw-Zeeland was het meer een baan en was er meer quality time voor mijn familie.” Sinds januari woont en werkt Gina weer in Nederland.

Geen visites

In Nieuw-Zeeland werkte Gina samen met zes andere huisartsen in een vrij grote praktijk. Een van haar collega’s was eigenaar. Later werd de praktijk overgenomen door een grote zorgorganisatie. “Deze tendens komt steeds vaker voor in Nieuw-Zeeland. In de buitengebieden tref je vaak nog wel kleine, zelfstandige praktijken.”

Een gemiddelde werkdag is vergelijkbaar met Nederland. “Echter, huisartsen rijden nauwelijks visites. Mensen betalen de huisarts namelijk per verrichting; een visite is duur. Bovendien zijn de afstanden in Nieuw-Zeeland groot, waardoor visites zeer tijdrovend zijn. Ouderen worden daarom door hun kinderen of burens naar de dokter gebracht.” Voor sommige palliatieve patiënten reed Gina in Nieuw-Zeeland wel visites. “Door de praktijk eigenaar werd dat niet erg gewaardeerd.”

Onderbreking van zorg en diensten vanuit huis

De palliatieve zorg wordt in Nieuw-Zeeland uitbesteed aan een palliatief team, waardoor huisartsen bijna geen palliatieve patiënten onder hun hoede hebben. Ook als mensen in een bejaardenhuis terechtkomen, krijgen zij

PASPOORT



Naam:
Gina Boorsma

Leeftijd:
44 jaar

Werkt:
in Wageningen

Achtergrond:
was 3 jaar huisarts in Nieuw-Zeeland, daarvoor tropenarts in Nigeria, huisarts in Haarlem en huisarts op Saba

Leefsituatie:
getrouwd en heeft 3 kinderen [13, 10 en 8 jaar oud]



automatisch een andere huisarts, die verantwoordelijk is voor het betreffende tehuis. “Die onderbreking van zorg is jammer en gaat niet altijd vlekkeloos. Dit hebben we in Nederland beter geregeld.”

Op het verstedelijkte platteland waar Gina werkte, leveren een aantal huisartsenpraktijken samen de 24-uurszorg. Gemiddeld deed Gina iedere week een avond- en nachtdienst vanuit huis. Nieuw-Zeelanders voelen echter een grote drempel om ’s avonds een dokter te bellen. “Iemands arm moet er ongeveer afvallen voordat hij of zij een dokter belt.”

Andere pathologie

In Nieuw-Zeeland behandelde Gina vaker infecties dan in Nederland. “Omdat streptokokkeninfectie van de keel en acuut reuma vaker voorkomen, ben je geneigd eerder antibiotica voor te schrijven.” Verder behandelde Gina veel (gevorderde) huidinfecties. “Deels hangt dat samen met het vergoedings-systeem. Je krijgt namelijk extra betaald als je patiënten buiten het dure ziekenhuis houdt. De huisartsen misbruiken dat systeem niet. Daardoor kunnen dergelijke vergoedingssystemen juist bestaan.”

In vergelijking met Nederland zag Gina ook veel huidkanker. Huisartsen in Nieuw-Zeeland behandelen dat vaker zelf. Het excideren van maligne laesies vond Gina een interessante nieuwe taak. “Daar krijg je steeds meer handigheid in. Het is een kwestie van doen. Door de vergrijzing zal ook in Nederland het aantal gevallen van huidkanker toenemen. Ik kan me voorstellen dat ook Nederlandse huisartsen een grotere rol gaan spelen in de huidkankerzorg.”

Eigen bijdrage versus gratis zorg

Voor een bezoek aan de huisarts moeten patiënten zo’n twintig euro betalen, kinderen uitgezonderd. “Deze bijdrage

is behoorlijk, ook als je beseft dat men in Nieuw-Zeeland minder verdient dan in Nederland. Het vormt een drempel om naar de huisarts te gaan en beïnvloedt je beleid. Om te voorkomen dat patiënten terug moeten komen, ben je bijvoorbeeld bij hoestklachten eerder geneigd om antibiotica voor te schrijven.”

Ook is het afspreken van controlebezoeken lastig. “Als ik bijvoorbeeld een patiënt met diverticulitis wil vervolgen, dan zorgen de extra consultkosten soms voor een spanningsveld.” Doorsturen naar het ziekenhuis dan maar? “Dat vind ik defensieve zorg die niet kosteneffectief is en ook niet in het belang van de patiënt.”

Een bezoek aan de spoedeisende hulp van het ziekenhuis is wel gratis. Mensen kunnen daar ook op eigen initiatief naartoe.

“De wachttijd van soms zes à acht uur vormt echter een drempel. Bovendien gebeurt in het ziekenhuis vaak weinig extra.”

Samenwerking en leerpunt

In vergelijking met Nederland ervoer Gina de samenwerking met collega’s als minder persoonlijk. In haar praktijk miste zij bovendien het overleg, zoals het bespreken van (bijna-)fouten of lastige casuïstiek. Ook het contact met het ziekenhuis is minder persoonlijk: meestal wordt er alleen gecommuniceerd per email of brief.

Nieuw-Zeeland heeft haar ook een inzicht meegegeven: de verplichte ongevallenverzekering. Deze verzekering betaalt behalve de ziekenhuiskosten ook de uitkering als iemand door een ongeluk niet meer kan werken. Dit voorkomt een claimcultuur, waardoor andere verzekeringen goedkoop zijn, ook de aansprakelijkheidsverzekering voor dokters. “Bovendien zijn Nieuw-Zeelanders zorgvuldig in het volgen van de voorwaarden. Dat zorgt ervoor dat een solidair systeem werkbaar en betaalbaar blijft. Een mooi voorbeeld!” ■