

TATATATA

Een nieuw takenpakket

Tim olde Hartman, Joost Zaat

Met trompetten en schalmeien, zo zou je toch een nieuw takenpakket van de huisarts willen inhalen, een spetterend fortissimo waarmee in één klap duidelijk wordt waar we de komende jaren voor staan. Die klap valt ons nogal tegen.

Een werkgroep van LHV en NHG werkte maanden aan de uitgangspunten voor een nieuwe invulling van het basistakenpakket uit 1987. Op de ledenvergaderingen van NHG en LHV werd in december 2003 het rapport 'Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening' besproken. Of het ook aangenomen is, weten we op het moment dat we dit commentaar schrijven niet.¹ Volgens de opstellers is het nog geen echt takenpakket, maar moet het aanknopingspunten bieden voor een gedetailleerdere takenlijst.

Het allereerste takenpakket werd in Woudschoten in een nachtje in elkaar geknutseld, hoewel het definitieve rapport toen nog jaren op zich liet wachten.² Dit nieuwe rapport heeft een even ingewikkelde aanloop en of het veel helderder is? Op sommige punten wel. Zo is een van de kernpunten in het nieuwe voorstel de splitsing in basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod. Simpel gezegd: het basisaanbod is wat we allemaal moeten doen, aanvullend is wat de mensen in je praktijk van je willen en het bijzondere aanbod, dat zijn je hobby's. Andere opvallende zaken zijn het beperken van preventie tot zaken die voor individuen nuttig zijn en de eis dat we voor behandelingen kiezen die 'bewezen' effectief zijn. Daar valt veel over te zeggen, maar er is ook op andere punten kritiek mogelijk.

In dit commentaar geven jonge hond en oude rot elk commentaar op dit vervolg van de Toekomstvisie 2012. Willen we zo huisarts worden en huisarts blijven?

Jonge hond

Wil ik zo huisarts worden?

In een tijd waarin discussies over het huisartsentekort, de toeneemende werkdruk, de stijgende praktijkkosten en de daaruit voortkomende stakingen het imago van de huisarts geen goed deden, kozen ik en vele andere jonge dokters toch voor de huisartsgeneeskunde. Een weloverwogen en bewuste keus. Want die keus berustte op mijn voorkeur voor het generalistisch dokteren. En

daarom zal ik, met het nieuwe takenpakket in de hand, ook op de vraag 'Wil ik zó huisarts worden?' nog steeds volmondig ja zeggen. Toch zijn enkele kanttekeningen op zijn plaats.

Functiedifferentiatie: kan ik breed blijven dokteren?

Het primaire doel van functiedifferentiatie is kwaliteitsbevordering. Dat daarmee ook het gat tussen behoefte en aanbod aan huisartsenzorg kan worden gedicht, is mooi meegenomen. Of dit laatste doel gehaald wordt, valt nog te bezien, maar het is duidelijk dat er iets moet gebeuren.³ Buiten de vraag of ik als jonge dokter op functiedifferentiatie zit te wachten, vraag ik mij af wat mijn patiënten ermee opschieten. Bij een bloeddrukcontrole of bij de driemaandelijke diabetescontrole doe ik meer dan alleen een bloeddruk of een bloedsuiker meten. Ik bouw met dergelijke veelvuldige, vaak weinig intensieve contacten een duurzame vertrouwensband op met de patiënt die noodzakelijk is op het moment dat ik er voor hem of haar moet zijn, zoals bij een ernstige aandoening. Juist dat is de kern van het huisartsgeneeskundig handelen en wat het vak ook zo leuk maakt. Tijdens die kortstondige contacten leer ik de patiënt in zijn of haar context kennen. En dat is nu precies de extra dimensie die wij als huisartsen aan de patiëntenzorg geven en waarom ik en vele andere jonge dokters voor dit vak kiezen. Door de voorgestelde functiedifferentiatie zal mijn patiënt met meer zorgverleners te maken krijgen. Als de continuïteit van zorg gewaarborgd wordt en de zorg voor de patiënt transparant blijft, is daar in principe niets op tegen.⁴ Functiedifferentiatie kan alleen meer kwaliteit van zorg opleveren als door intensief management de coördinatie en afstemming met andere zorgverleners adequaat wordt geregeld.⁵ Als deze managementondersteuning meer tijd voor het 'breed dokteren' oplevert, is dat voor mij straks een plezierige bijkomstigheid.

Regulering van kwaliteit

Wil ik als huisarts mijn patiënten kwalitatief hoogstaande zorg bieden, dan moet ik dit in de toekomst kunnen aantonen. Deze externe verantwoording vindt zijn sluitstuk in de praktijkaccreditatie, een soort KEMA-keur, het bewijs van een goede kwaliteit van zorg en praktijkvoering. Maar aan wie moet ik die verantwoording afleggen? Hoe verhoudt zich die accreditatie (controle door de beroepsgroep zelf) ten opzichte van externe certificering (controle door buitenstaanders)? Leg ik dus verantwoording af aan de overheid of zorgverzekeraar of aan mijn beroepsgenoten? En hoe zit het met de duidelijkheid voor de patiënt? Accreditatie is een mes dat aan twee kanten snijdt. Allereerst een mooie manier om de huisartsenzorg voor patiënten een stukje transpa-

Auteursgegevens

Huisarts en Wetenschap: drs. T.C. olde Hartman, huisarts-in-opleiding; dr. J.O.M. Zaat, huisarts.

Correspondentie: j.zaat@nhg-nl.org

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ranter te maken en hun inzicht te geven in de kwaliteit van de verschillende huisartsen. Daarnaast is het een methode om huisartsen te prikkelen kritisch naar hun eigen kwaliteitsbeleid te kijken. Deze vorm van regulering heeft consequenties voor de eerlijke verdeling van adequate zorg. Want in een tijd van een toenemend huisartsentekort hebben patiënten niet zo veel te kiezen en zijn ze blij dat ze überhaupt een huisarts hebben. De huisartsenzorg heeft dan ook de moeilijke taak om recht te doen aan het egaliteitsbeginsel: gelijke zorg voor iedereen en de meeste zorg voor die patiënten die de meeste zorg behoeven, zoals beschreven in het rapport. Maar dat iedere patiënt recht heeft op een goede kwaliteit van zorg, staat buiten kijf.

Blik op de toekomst

Het is goed dat dit rapport inspeelt op de problemen die zijn ontstaan binnen de huisartsenzorg. Instroom van meer studenten alleen zal het tekort aan huisartsen niet opvullen.⁶ Functiedifferentiatie kan misschien iets bijdragen aan vermindering van de werkdruk en opvulling van de tekorten. De prominente plaats die het kwaliteitsbeleid in het rapport inneemt, onderstreept het belang van kwalitatief hoogstaande huisartsenzorg in de toekomst.

Tot slot wil ik mijn verbazing uitspreken. Want hoe groot is uiteindelijk de inspraak van jonge dokters geweest? Het rapport komt voort uit de visiedagen waarin huisartsen en haio's konden meedenken en -werken aan de toekomstvisie op de huisartsenzorg en is bedoeld voor dokters in 2012, de jonge dokters van nu. Maar, net als het Woudschotenrapport, is het geschreven door de gevestigde orde. Ik wil daarom jonge dokters, de huisartsen van de toekomst, oproepen zich uit te spreken over dit takenpakket. En ik denk dat zolang functiedifferentiatie niet doorschiet naar specialisatie en regulering niet naar overregulering, ook in de toekomst jonge dokters zullen blijven kiezen voor het prachtige 'breed dokteren'.

Oude rot

Uniek?

Patiënten gaan naar de dokter omdat ze vragen hebben, zich ongerust maken, lichamelijk ongemak ervaren, een ziekte of handicap hebben of gewoon iemand zoeken om mee te praten. Die taken blijven ook in het nieuwe takenpakket. Context, continuïteit en persoonlijke zorg, dat is waar het om draait. Kennis over de context van de patiënt heb je nodig voor je diagnostiek en de begeleiding. Die kennis verwerf je door zorg over een langere periode te geven. Langdurige zorg is overigens niet meer uniek voor huisartsen, denk maar aan de geriater, kinderartsen of reumatologen.

Huisartsen horen meetbare kwaliteit te leveren en de zorg moet, zoals het rapport stelt, ook zo veel mogelijk bewezen effectief zijn. Ze moeten dus wetenschappelijke feiten kunnen lezen en interpreteren, wat van mij ook best getoetst mag worden. Dat zijn allemaal aardige theemaatjes, maar de belangrijkste vernieuwing van het rapport zit hem daar niet in. Die zit in de splitsing van het aan-

bod én in het egaliteitsprincipe. Generalisme, context, effectiviteit en egaliteit zouden dus richting moeten geven aan wat we wél of niet doen. Mooie elementen voor die spetterende finale, zou je denken. Het is jammer dat de auteurs deze thema's niet consequent uitwerken. Ik pik er slechts enkele problemen uit.

ANW-diensten bij de huisarts?

Avond-, nacht- en weekendzorg hoort volgens het takenpakket tot de basistaken. De redenering waarom dat zo is, is niet helemaal te volgen. Het rapport veronderstelt dat door het generalisme en de contextgerichte attitude van de dienstdokter die zorg buiten kantooruren beter zou zijn dan die van de specialist of poortarts. Het zal er om LHV-politieke reden wel zo staan, maar ik snap het niet. Het is volgens mij zeer de vraag of in 2012 ANW-zorg in de huidige vorm nog wel bij de huisarts hoort. Veel van die zorg heeft immers niets met zorg over langere tijd en dus met context te maken en met grote regelmaat vraag ik me af of het egaliteitsbeginsel er wel geldt. Mijn psychiatrische, terminale en oudere patiënten krijgen minder hulp dan de twintiger die met een grote bek midden in de nacht een visite eist. En zelfs met een beter informatiesysteem weet ik nog niks van de echte context. Uit voorlopige registraties van huisartsenposten blijkt dat veel zorg medisch gezien niet urgent is. Kunnen wij er dan niet beter voor zorgen dat de attitude van artsen op een spoedeisende hulp adequater wordt? Dan hebben wij tijd en mogelijkheden om ons met de zorg bezig te houden voor hen die daaraan echt behoefte hebben.

Er is nog een andere reden om aan de ANW-diensten als taak voor de huisarts te twifelen. ANW-zorg hoort volgens het rapport ook dicht bij de patiënt plaats te vinden. Als je daar 30 km voor moet rijden, is dat dan nog dichtbij? Alleen al op grond van dit kenmerk zouden we de meeste posten in hun huidige vorm nu al moeten opheffen. Ik ben benieuwd of hier het toekomstgerichte van het hele rapport geldt en LHV en NHG zich samen gaan inspannen om weer overal de kleinschalige dienstenstructuren te reanimeren.

Egaliteit, functiedifferentiatie en veranderende morbiditeit

De morbiditeit verandert, dat is een van de uitgangspunten van het nieuwe pakket. Meer aandacht voor gevolgen van chronisch ziek-zijn,⁷ meer ouderen en meer culturele verscheidenheid vergen een andere organisatie van de zorg. Functiedifferentiatie is een mogelijke oplossing voor deze problemen. Ik ben daar iets minder bang voor dan mij jonge collega. In dit nummer van H&W laten Van Son et al. (pagina 15) zien dat een praktijkondersteuner het niet slechter, maar ook niet veel beter doet dan een alerte huisarts. Wel zal het ingewikkeld blijven om een goed evenwicht te vinden tussen generalisme en differentiatie. In rapporten kun je dat nooit goed beschrijven, maar in de praktijk vinden we daar wel een slimme, voorzichtige oplossing voor. Een gedetailleerde functiebeschrijving van de praktijkondersteuner zoals in het rapport staat, lijkt me op dit moment dan ook behoorlijk prematuur. Naast de huisarts vindt een praktijkondersteuner of een *nurse practitioner* ongetwijfeld haar zelfstandige plek in de praktijk met een geëigende zelfstandige juridische positie.⁸ Net zo goed als er

aparte functies komen voor het beantwoorden van simpele algemene informatievragen over ziekte en gezondheid: een soort NHS-direct op kleinschalig huisartsenniveau.⁸

Juist vanwege dat egaliteitsbeginsel én de toename aan complexe zorg kunnen we ons als huisartsen dan richten op de groep waar het echt om gaat: lichamelijk of psychisch zieke mensen en hun omgeving die veel zorg en begeleiding nodig hebben. En dat ook weer in kleinschalig verband gedurende 24-uur per dag en 7 dagen per week. In dat werk blijven de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde prima overeind. De organisatie van de praktijk – hoewel niet ingewikkeld – doe ik met liefde over aan iemand die daarvan kan genieten. Ongetwijfeld blijft ik ook gewoon zere oren en verstuite tenen zien, al was het maar omdat patiënten dat soms graag willen en ik het nodig heb om ‘mijn mensen’ ook echt te kennen.

Dat nieuwe rapport eindigt waar het eveneens weinig leesbare oude basispakket en het romantische Woudschotenrapport ook terechtkwamen: in de la.

Maar ik blijf nog wel even, als huisarts dan en niet als voorziening.¹⁰

Literatuur

- 1 NHG/LHV-werkgroep Functie- en taakomschrijving Huisartsenzorg. Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Utrecht: NHG/LVH 2003. <http://www.artsennet.nl/nhg>
- 2 Vroege NH. Het Woudschoten-rapport. Huisarts Wet 1966;47:372-85.
- 3 Timmers AP, De Waal MWM, Ong RSG, Dijkers FW. Een deskundig alternatief. Med Contact 2002;57:1701-4.
- 4 Pilon PJH, Dijkers FW. Coöperatie in de eerste lijn. Van hagro naar haco. Med Contact 2003;58:903-5.
- 5 Van den Bosch W, Doveren M, Marks A, Van Damme R. Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning. Huisarts Wet 2003;46:547-51.
- 6 Leliefeld HJ, Holland PCHM. Meer studenten lost tekort niet op. Het capaciteitsorgaan presenteert een tussenbalans. Med Contact 2003;58:1515-8.
- 7 Maassen H. Meer dan een ziekte. Med Contact 2003;58:1722-4.
- 8 Van Rooijen A. De kunst van het loslaten. Oordeel van artsen over nieuwe zorgverleners. Med Contact 2003;58:1725-48.
- 9 De Haan J, Dijkers FW. Nationaal medisch advies, een aanrader? Huisarts Wet 2003;46:37-8.
- 10 Zaat J. Onzinnige uitspraken. Huisarts Wet 2003;46:657.

Externe adviseurs 2002-2003

Een wetenschappelijk tijdschrift is er voor lezers, maar kan niet zonder de hulp van deskundigen die artikelen beoordelen. Onzichtbaar, maar belangrijk werk. Als redactie bedanken we, namens onze lezers, de 64 deskundigen die de afgelopen 2 jaar geheel belangeloos commentaar gaven op ingezonden manuscripten.

dr. W.J.J. Assendelft, Hilversum
dr. D. de Bakker, Utrecht
prof. dr. P. Bindels, Amsterdam
mw. dr. A. Blankenstein, Amsterdam
dr. M. Blanker, Rotterdam
L.J. Boer, Maarssen
L.J. Boomsma, Nijverdal
prof. dr. W. van den Bosch, Nijmegen
mw. dr. M. Bouma, Amsterdam
dr. M.F. Cox, Den Haag
mw. dr. C.F. Dagnelie, Rotterdam
dr. R.A.M.J. Damoiseaux, Wapenveld
F. Dekker, IJpendam
dr. F.W. Dijkers, Maasdam
R. Drijver, Purmerend
dr. L. Duijm, Eindhoven
E.H. Ebbens, Almere
A.N. Goudswaard, Houten
dr. W.J.C. de Grauw, Nijmegen
dr. Y. Groeneveld, Leiden
mw. I. Grootjans-Geerts, Leusden
mw. dr. J. Gussekloo, Leiden
mw. K.M.A. van Haaren, Wijk en Aalburg
dr. J.A.M. Harmsen, Rotterdam
dr. W. van Hensbergen, Amsterdam

dr. H. van den Hoogen, Asten
mw. A. Horicx, Den Haag
dr. G.J.B. Hurenkamp, Utrecht
mw. dr. M. de Kleijn, Utrecht
mw. G.J. de Klerk, Purmerend
prof. dr. B.W. Koes, Rotterdam
prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, Nijmegen
P.M. Leusink, Gouda
J. van Lieshout, Arnhem
dr. E. van de Lisdonk, Nijmegen
prof. dr. B. Meyboom-De Jong, Groningen
dr. B.J.C. Middelkoop, Den Haag
mw. dr. S.S.L. Mol, Utrecht
mw. dr. M. van den Muijsenbergh, Nijmegen
mw. M. Mul, Hilversum
dr. J.B. Muskens, Nijmegen
mw. dr. G. Noordenbos, Leiden
dr. M.E. Numans, De Bilt
prof. dr. H. Philipsen, Maastricht
dr. P. Ram, Maastricht
dr. K. Reenders, Hoogeveen
F.H. Rutten, Rhenen
prof. dr. E. Schadé, Amsterdam

W. Schellekens, Utrecht
dr. F.G. Schellevis, Utrecht
H. Schers, Nijmegen
B.P.M. Schweitzer, Muiden
T. Serrarens, Lent
dr. F. Sips, Vught
dr. I.J.M. Smeele, Eindhoven
mw. dr. W. Spinnewijn, Barendrecht
prof. dr. W.A.B. Stalman, Rhenen
dr. B. Terluin, Almere
dr. H.A. Thiadens, Amersfoort
A.P. Timmers, Noordwijk
D. de Vries, Amsterdam
prof. dr. C. van Weel, Nijmegen
dr. M. Wensing, Nijmegen
dr. J.C. Winters, Glimmen
dr. Z. Zylicz, Rozendaal

Eind 2003 zat de termijn van ons redactielid Marjolein Berger erop. Vanaf 1997 was zij ons methodologische geweten en behoedde zij ons regelmatig voor echte blunders. Eventjes was ze ook vervangend hoofdredacteur. Onze dank voor al dat werk is groot.