

# Export van de Nederlandse huisartsgeneeskunde

## Ervaringen uit Midden- en Oost-Europa

Arie Faas, François Schellevis

### Inleiding

Met enige regelmaat bezoeken buitenlandse delegaties Nederland om kennis te nemen van de huisartsgeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze delegaties willen beoordelen of elementen van onze huisartsgeneeskunde geschikt zijn om in eigen land in te voeren. Bij een aantal landen is het niet bij een dergelijke kennismaking gebleven. Met name in Midden- en Oost-Europa zijn en worden er projecten uitgevoerd die tot doel hebben verschillende elementen van de Nederlandse huisartsgeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg in hun land te implementeren. Dat het vooral om Midden- en Oost-Europese landen gaat, is niet verwonderlijk. In die landen moet de communistische staatsgezondheidszorg plaatsmaken voor een andere organisatie van de zorg en – mede daartoe gestimuleerd door de WHO – wordt dan gewerkt aan een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Sleutelwoorden bij die hervorming zijn: efficiency en kostenbewustzijn, verbreding van het takenpakket van de huisarts en modernisering van de deskundigheidsbevordering. Veel van de projecten zijn bilateraal opgezet, tussen het gastland en Nederland of tussen het gastland en de Europese Unie. Voorzover ons bekend is Nederland direct of indirect op deze wijze betrokken (geweest) bij projecten rond de eerstelijnsgezondheidszorg in Polen, Hongarije, Tsjechië, Slowakije, Roemenië, Slovenië, Rusland, Litouwen, Oekraïne en Wit-Rusland. Zelf zijn we betrokken geweest bij projecten in Hongarije, Slowakije, Slovenië, Oekraïne en Wit-Rusland. In die landen werkten we met groepen huisartsen aan de professionalisering van de huisartsenzorg. Aan de hand van de thema's NHG-Standaarden, takenpakket, praktijkvoering, scholing en 'hoe te beginnen' laten wij in dit artikel zien welke aspecten van de huisartsgeneeskunde daarbij aan bod kwamen. We larderen ons overzicht met eigen voorbeelden.

### Auteursgegevens

dr. A. Faas, huisarts, Rümkehof 35, 7555 NL Hengelo; dr. F.G. Schellevis, huisarts, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL).

Correspondentie: faasjorna@wxs.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: AF en FS waren en zijn betrokken bij projecten gefinancierd door de Europese Commissie (Phare-programma) en het Nederlandse Ministerie van Buitenlandse Zaken (Matra-programma).

### De kern

- ▶ De manier waarop in Nederland aan huisartsen (na)scholing wordt gegeven is ook waardevol voor en toepasbaar in het buitenland.
- ▶ Groepen geïnteresseerde huisartsen leveren de pioniers voor de ontwikkeling van huisartsgeneeskunde in Midden- en Oost-Europa.
- ▶ Casusbesprekingen, het meelopen met visites en het bijwonen van spreekuur zijn belangrijke beginactiviteiten.
- ▶ Benader bij veranderingstrajecten binnen de huisartsgeneeskunde in Midden- en Oost-Europa de bemoeienis van managers op positieve wijze.
- ▶ Een protocol als eindproduct is mooi, maar het proces ernaartoe is even belangrijk.

### De NHG-Standaarden

De 80 standaarden van het NHG vinden gretig aftrek in het buitenland. Het NHG speelt hierop in door de standaarden in het Engels via de website beschikbaar te stellen. De beschrijving van de zoveel mogelijk evidence-based huisartsgeneeskundige aanpak van klachten en aandoeningen lijkt zo te kunnen worden overgenomen door buitenlandse collega's. Niets is minder waar. Behalve dat de NHG-Standaarden geënt zijn op de Nederlandse gezondheidszorg met de hier beschikbare diagnostische voorzieningen en verwijzingsmogelijkheden, zijn de NHG-Standaarden ook voor een belangrijk deel gebaseerd op consensus bij ontbreken van evidence en op praktijkervaring van Nederlandse huisartsen. Een van onze kernactiviteiten in Midden- en Oost-Europa is het ontwikkelen van richtlijnen voor een huisartsgeneeskundig probleem. Daarmee beogen we meerdere doelen te bereiken: het leren reflecteren op het eigen handelen, de richtlijnen zelf als eindproduct en als een instrument om vervolgens intercollegiale toetsing te introduceren.

Onze ervaring is dat het proces van standaard- of richtlijnontwikkeling door huisartsen bijna belangrijker is dan het resultaat. Huisartsen in Midden- en Oost-Europese landen zijn niet gewend om te reflecteren op hun werk. Het hardop presenteren en toelichten van een eigen casus uit de praktijk aan collega's in een groep is een nieuwe ervaring en – zeker de eerste keer – confronterend. De vraag waarom bijvoorbeeld een geneesmiddel wordt voorgeschreven, roept in eerste instantie het etaleren van medische kennis op. De vraag om veronderstellingen te staven met

In Wit-Rusland verscheen in 2001 een lijvig boekwerk met protocollen en richtlijnen voor de huisarts voor de werkwijze bij ongeveer 200 klachten en aandoeningen. Medisch specialisten stelden al deze richtlijnen op. Voor een aantal aandoeningen bestaat ook een *prekaz*: een wettelijke regeling over de werkwijze van artsen. De richtlijnen en wettelijke voorschriften hebben gemeen dat ze – in onze ogen – inhoudelijk een specialistisch karakter hebben en sterk medisch-technisch zijn georiënteerd. Bij vergelijking met een richtlijn die een groep Wit-Russische huisartsen zelf ontwikkelde, valt op dat hierin met name die onderdelen achterwege zijn gelaten die over het algemeen niet van toepassing zijn op patiënten in de huisartsenpraktijk. Zo wordt in de officiële richtlijn over arteriële hypertensie veel aandacht besteed aan de ‘hypertensieve crisis’; de door huisartsen ontwikkelde richtlijn besteedt hier nauwelijks aandacht aan.

literatuur of evidence lijkt te worden geïnterpreteerd als een motie van wantrouwen over de medisch-technische deskundigheid.

Een van de pilotgroepen met huisartsen in de Oekraïne wilde met Nederlandse ondersteuning tijdens de beginfase van onze contacten een protocol maken over keelpijn. Tijdens een zitting van twee uur werd een protocol in elkaar gezet dat bijna geheel overeen bleek te komen met het officiële, door overheidsinstanties voorgeschreven protocol. Niemand bleek het eigenlijk zo te willen doen, maar men deed het toch omdat de officiële instanties dit nu eenmaal van de huisartsen verwachtten. Daarom spraken we af dat we in de volgende bijeenkomst aan de hand van een echte casus zouden bespreken hoe men het nu echt aanpakte. Pas toen werd duidelijk dat er een grote diversiteit van aanpak bestond en dat het zelf opstellen van een protocol veel vragen op kan roepen. Het uiteindelijke protocol leek daarna veel minder op het officiële protocol.

Wanneer je als Nederlandse huisarts zelf het spreekuur en de visites van een dag presenteert, is dat een buitengewoon effectieve manier om te laten zien dat je zelf ook bereid bent om naar jouw werk te laten kijken.

Het ontwikkelen van een richtlijn vindt plaats in een aantal groepsbijeenkomsten aan de hand van medische kennis uit leerboeken, nascholing en eigen praktijkervaring die wordt ingebracht en bediscussieerd. Geleidelijk aan raken de huisartsen gewend aan deze democratische manier van werken waarbij de docent uitsluitend een methode aanreikt, maar de deelnemers de inhoudelijke expertise moeten inbrengen. Eenmaal afgerond wordt een nieuwe richtlijn overigens pas echt serieus genomen als daarop het stempel van de verschillende bestuurslagen van de gezondheidsautoriteiten (district, regio, land) staat. Voor intercollegiale toetsing aan de hand van de ontwikkelde richtlijnen is het noodzakelijk te beschikken over informatie over het feitelijk handelen van de deelnemende huisartsen. Hoewel registratie van gegevens in deze landen gemeengoed is, is het niet gebruikelijk deze voor

dit doel te gebruiken. De eerste gegevens over patiëntcontacten lieten zien dat alle handelingen perfect overeenkwamen met de richtlijnen: huisartsen zijn gewend om, op papier tenminste, te laten zien dat ze zich aan de van bovenaf opgelegde regels houden. Intercollegiale toetsing blijkt uiteindelijk wel mogelijk, maar dan met strikte afspraken over betrouwbaarheid van de informatie die tijdens de bijeenkomsten is gebruikt.

### Takenpakket

Huisartsen in Midden- en Oost-Europa vervulden tot voor kort vooral administratieve en preventieve taken. De verbreding van het takenpakket gaat gepaard met de herziening van de relatie met de medisch specialisten.

Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen huisartsen in de stad en op het platteland. In de stad zijn huisartsen – als ze er al werken – werkzaam in poliklinieken en moeten zij gaan concurreren met medisch specialisten die vrij toegankelijk zijn. Kinderen met gezondheidsproblemen komen meestal bij de kinderarts en vrouwen met gynaecologische problemen bij de gynaecoloog. Deze beide disciplines worden dan ook beschouwd als eerste-lijnsspecialismen. Op het platteland functioneren huisartsen meer als generalist; de medisch specialisten (ook kinderartsen en gynaecologen) zijn minder goed toegankelijk vanwege de geografische afstand en beperkte vervoersmogelijkheden.

Uitbreiding van het takenpakket van huisartsen in de stad betekent vooral een goede organisatorische afstemming tussen de specialisten en huisartsen, zodat patiënten eerst de huisarts bezoeken. Wanneer de huisartsen zich extra scholen in kindergeeneeskunde en gynaecologie, kunnen vervolgens ook kinderen en vrouwen de weg naar de huisarts vinden. Ook bij terminale zorg is er sprake van afstemmingsproblemen en onduidelijkheid over het takenpakket.

In een stad in de Oekraïne besloten de verantwoordelijke bestuurders dat de twaalf huisartsen van een polikliniek in het kader van een consultatieproject patiënten met gynaecologische problemen gingen zien. Alle patiënten hadden sinds kort elk een eigen huisarts. Door middel van voorlichting op de lokale tv werden patiënten op de hoogte gesteld van dit veranderde beleid. Gedurende drie maanden zagen de huisartsen en de gynaecoloog samen elke vrouw met gynaecologische problemen. Daarna zagen de huisartsen de patiënten alleen. Wel werden gedurende een halfjaar alle patiënten door gynaecoloog en huisartsen samen besproken. Zowel patiënten, huisartsen als de gynaecoloog gaven aan dat vooral door het feit dat elke patiënt een eigen huisarts heeft, waardoor er een vertrouwensband met de patiënt ontstaat, de huisarts een rol kon gaan spelen bij de behandeling van gynaecologische klachten.

In een andere polikliniek viel tijdens het meelopen met visites van de acht huisartsen op dat zorg voor terminale patiënten een grote belasting vormde: te frequente visites met veel (in onze

ogen) niet-rationele behandelingen, regelmatig wanhopige huisartsen en veel bezoeken door de verpleegkundigen. Bij casusbesprekingen van enkele terminale patiënten werd dan ook duidelijk dat specialisten stervende patiënten overlaten aan de huisartsen, die wel een grote inzet hadden, maar onvoldoende geschoold waren om terminale zorg te leveren. Bovendien rekenden de huisartsen terminale zorg niet tot hun takenpakket. Toen wij bij casusbesprekingen inbrachten hoe het ook kan, werd het de groepsleden duidelijk dat terminale zorg een zeer zinvol onderdeel van het takenpakket van de huisarts kan zijn. De officiële gezondheidsinstanties erkenden uiteindelijk de protocollen die de groep ontwikkelde over terminale pijnbestrijding en de behandeling van een delier. Dat de manager tijdens de discussies aanwezig was, heeft daar zeker aan bijgedragen. Terminale zorg werd zo een officiële taak van de huisarts en een vast onderdeel van de opleiding tot huisarts.

Bij de uitbreiding van het takenpakket van huisartsen op het platteland, ligt meer nog dan in de stad, het accent op uitbreiding van eenvoudige diagnostische en therapeutische mogelijkheden en vaardigheidstraining in het hanteren daarvan, bijvoorbeeld otoscopie, kleine chirurgie en glucosebepaling.

De bij ons nog gebruikelijke verantwoordelijkheid van de huisartsenberoepsgroep voor een 24-uurs beschikbaarheid is in Midden- en Oost-Europa niet aanwezig, maar wordt door beleidsmakers in die landen wel aantrekkelijk gevonden. De directe toegang tot kostbare ambulancediensten, waardoor nu meestal 24-uurs medische zorg is gegarandeerd, zou op deze manier beperkt kunnen worden tot de ambulanceritten die huisartsen noodzakelijk vinden.

### **Praktijkvoering en registratie**

In de meeste landen waarmee wij ervaring hebben, is de gezondheidszorg nog een staatsaangelegenheid, zijn artsen volledig in dienst van de overheid, is gezondheidszorg voor patiënten gratis en kent men dus geen ziektekostenverzekering. Toch beginnen huisartsen zich, voorzover door de overheid toegelaten, zelfstandig te vestigen. Patiënten betalen dan het volle pond, totdat een verzekeringsmaatschappij de markt voldoende interessant vindt om een verzekeringspakket aan te bieden. De door de staat gedomineerde huisartsenzorg zorgt in deze landen voor een enorme bureaucratische administratieve rompslomp. Daarvoor is ook veel hulppersoneel beschikbaar zoals receptionisten en verpleegkundigen.

In de Oekraïne doet de huisarts meestal de spreekuren samen met een verpleegkundige, die zich vooral bezighoudt met het invullen van de vele formulieren. Triage door een assistente of verpleegkundige is nog onbekend. Wel legt de verpleegkundige zelfstandig huisbezoeken af.

Bij discussies over een andere rol van de verpleegkundige en vermindering van de administratieve rompslomp komt steeds naar

voren dat men het daarmee eens is, maar dat het niet kan omdat deze regeling van bovenaf is opgelegd. Pas sinds ook een Nederlandse thuiszorgorganisatie bij het project betrokken is en de Oekraïense overheden aan de verdere professionalisering van de verpleegkundigen willen meewerken, lijkt een verandering in deze situatie mogelijk.

Over alles wat denkbaar is, moet schriftelijk verantwoording worden afgelegd: de uitkomsten van bloeddrukmetingen eens per twee weken van hypertensiepatiënten, check-ups van kinderen voordat ze naar de kleuterschool (4-6-jarigen) mogen, inclusief verslagen van de controles door een aantal medisch specialisten (oogarts voor de visus, KNO-arts voor het gehoor, chirurg voor het uitsluiten van een liesbreuk en niet-ingedaalde testikels) en twee jaar later voor de toegang tot de basisschool (6-12-jarigen) moet dat alles nog een keer... Zorgvuldige verslaglegging is geboden, want de gezondheidsautoriteiten houden het werk van artsen scherp in de gaten.

In Wit-Rusland is het gebruikelijk om alle dossiers van patiënten die overlijden aan kanker, retrospectief te controleren om na te gaan of diagnostiek en behandeling lege artis zijn uitgevoerd. Indien hierbij fouten worden ontdekt, leidt dit tot maatregelen als een geldboete, schorsing of gevangenisstraf. Zo kreeg een huisarts een boete voor het – volgens het patiëntendossier – achterwege laten van een onderzoek van de mammae bij een vrouw die hem consulteerde wegens een ulcus cruris. Een halfjaar later werd bij haar de diagnose mammacarcinoom gesteld, waaraan zij uiteindelijk is overleden.

Zoals in veel andere landen is de huisarts in Midden- en Oost-Europa ook verantwoordelijk voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid door ziekte, inclusief de daarbij behorende administratie.

Hoewel computers langzaam hun intrede doen, staat wetgeving die het bijhouden van een papieren dossier verplicht stelt het gebruik op grote schaal van elektronische medische dossiers in de weg. Dit heeft echter ook positieve kanten. De zich ontwikkelende huisartsenzorg kan op dit moment met registratie op papier experimenteren en pas als de ontwikkeling van huisartsgeneeskunde verder is en de overheidsdwang op de registratie verminderd zal zijn, kan een huisartsinformatiesysteem voor Midden- en Oost-Europese huisartsenpraktijken de huisartsen zinvol ondersteunen bij hun dagelijks werk.

### **Scholing**

De uitbreiding van het takenpakket en de professionalisering van de werkzame huisartsen lopen vaak parallel met een herziening van de (na)scholing. Onder de staatsgezondheidszorg was het al gebruikelijk dat huisartsen een minimumaantal uren per jaar scholing volgden om voor herregistratie in aanmerking te komen. Deze scholing bestond veelal uit een periode van enkele weken fulltime frontaal onderwijs door hoogleraren en medisch specia-

listen. In een aantal landen wordt het programma voor dit cursorisch onderwijs aangepast aan het uitgebreidere takenpakket van huisartsen. Ook wordt het frontaal onderwijs geleidelijk aangevuld met onderwijs in kleine groepen, bijvoorbeeld bij communicatietraining.

Tijdens een bezoek aan Nederland van huisartsopleiders en huisartsen uit de Oekraïne werd hun een cursus over dermatologie aangeboden volgens het Warffummodel. Casussen met diarmateriaal werden gepresenteerd, de cursusdeelnemers bespraken die vervolgens met de aanwezige dermatoloog. Bovendien besteedde de cursusleiding veel aandacht aan het gebruikte onderwijsmodel. Sinds dit bezoek wordt het Warffummodel gebruikt tijdens nascholing en in de huisartsenopleiding in enkele Oekraïense steden.

### Hoe te beginnen?

Verzoeken om te helpen bij de opbouw van huisartsgeneeskunde variëren van hulpvragen door individuele artsen tot verzoeken om hulp bij grootschalige hervorming van de gezondheidszorg. Wij denken dat het zinnig is bij de start van een project te beginnen met een of meerdere experimentele pilotgroepen van drie tot twaalf artsen waarbinnen huisartsgeneeskunde tot ontwikkeling kan komen. Het is belangrijk dat individuele artsen die om hulp vragen een groepje geïnteresseerde artsen om zich heen vormen. Bij grootschalige veranderingen van de gezondheidszorg krijgen Nederlandse gezondheidszorgexporteurs vanzelfsprekend te maken met Oost-Europese gezondheidszorgmanagers. Nederlandse huisartsen zijn pas de laatste jaren meer vertrouwd geraakt met management door introductie van praktijkondersteuning en praktijkmanagement, terwijl in Midden- en Oost-Europa gezondheidsmanagement een zeer lange traditie heeft. Bij het begeleiden van een kleine artsgroep in Midden- en Oost-Europa wekt acceptatie van de bemoeienis door managers dus vertrouwen voor het experiment. De kans van slagen van het veranderingstraject wordt daardoor sterk vergroot. Bij een eerste bezoek aan de pilotgroep is het van groot belang vertrouwen te kweken en zicht te krijgen op de reële situatie. Presentatie van de activiteiten (spreekuur, visites, telefoonafhandeling, overleg) van een Nederlandse huisarts in de pilotgroep is een effectieve manier om het ijs te breken en te laten zien dat er in de keuken gekeken mag worden van de Nederlandse huisarts. Daarnaast geven het bijwonen van spreekuur en het meelopen van visites een goed beeld van het patiënten-aanbod, de diagnostiek door de artsen en de gebruikelijke behandelingen. Een volgende stap is dat een of meerdere artsen uit de groep (op papier) de patiënten van die dag of een casus over een relevant huisartsgenees-

kundig onderwerp presenteren en dat hierover gediscussieerd wordt. Discussiëren in een groep is voor artsen in Midden- en Oost-Europa vaak nieuw en gaat vaak in het begin gepaard met schroom om aan de discussie deel te nemen of met het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Een korte inleiding over het doel van de discussies helpt vaak om deze schroom te overwinnen. Wanneer het bespreken van een casus of een papieren spreekuur lukt, dan kan de volgende stap gezet worden naar protocolbesprekingen, waarbij casusbesprekingen een belangrijke rol blijven spelen.

Het beeld dat wij hier geschetst hebben, is natuurlijk niet in alle landen waarin wij gewerkt hebben identiek. In zekere zin doen wij hiermee onrecht aan de verschillen tussen deze landen. Zo is de huisartsgeneeskunde in Hongarije en Slovenië al meer westers georiënteerd dan die in de Oekraïne en Wit-Rusland. Al onze projecten hadden een bottom-up benadering: wij boden een beperkte groep huisartsen op kleine schaal handvatten aan om de huisartsenzorg verder te ontwikkelen. Mits ondersteund door overheden, zowel lokaal, regionaal als nationaal, leidt dit tot een groep van pioniers die – ook na afloop van de ondersteuning – gemotiveerd verdergaan. Zo zijn bijvoorbeeld in Roemenië en Wit-Rusland momenteel zusterorganisaties van het NHG actief, die ook door hun overheden als vertegenwoordigers van de beroepsgroep worden aanvaard.

Overleg met overheden op lokaal, regionaal of nationaal niveau kan men over het algemeen beter overlaten aan Nederlandse deskundigen op het gebied van structurele veranderingen van de gezondheidszorg. Een goede inbedding van deze bottom-up activiteiten in een groter geheel waarbij ook aan structurele aspecten aandacht besteed wordt, heeft naar onze ervaring het meeste effect. Maar de kracht van Nederlands huisartsen en huisartsopleiders ligt vooral in het ondersteunen van de huisartsgroepen.



Foto: François Schellevis.