

De huisarts in Vlaanderen: een uitstervend ras?

JPM Denekens

Begin jaren tachtig waren er in Vlaanderen te veel huisartsen. Kenmerkend voor hun praktijk was: een moeilijke start wegens weinig werk, solo werken en dus dag en nacht beschikbaar zijn.

Nu is de situatie anders. Het aantal inschrijvingen voor huisartsgeneeskunde aan de universiteiten daalt. Na het zesde jaar van de artsopleiding kiest nog maar een derde voor de specialisatie tot huisarts. Nauwelijks vier jaar na intrede in het beroep is nog slechts de helft van de afgestudeerde huisartsen voltijds actief als huisarts, de andere helft heeft een bijbaan. Vijftien procent is huisarts in het buitenland, waarvan de helft in Nederland. Zou dit vanwege de betere randvoorwaarden zijn? En waarom zijn jongeren niet meer geneigd om dit boeiende beroep op te nemen?

De rol van de overheid

Structureel: veel beloven en weinig geven...

Reeds in 1976 kwam Koninklijk Commissaris Petit in zijn verslag over de ziekteverzekering tot de volgende conclusie: '... een vereiste is een trapsgewijze opstelling van de voorzieningen: een eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur en, bij noodzaak, de tweedelijnsgezondheidszorg...'

In 1979 pleitte D'Hondt voor experimenten in het kader van de installatie van echelonering, nadat België in Alma Ata de verklaring mede had ondertekend waarin de centrale rol van de eerste lijn werd vooropgesteld. In 1982 pleitte Dehaene voor een sterk uitgebouwde eerste lijn met de huisarts als centrale figuur. Nu, anno 2004, is er nog steeds geen echte inschrijving, geen echelonering, geen duidelijk profiel van een eerste lijn. Keuzen werden nog steeds niet gemaakt ook al is het wetenschappelijk voldoende aangetoond dat landen met een sterke eerste lijn een goede kostenbeheersing en een hoge kwaliteit van zorg realiseren.

Financieel: geen loon naar werken...

Het netto-uurloon van een huisarts in Vlaanderen is € 10 en de beroepskosten stijgen nog steeds. De overheid leidt grote geldstromen naar de ziekenhuizen en vooral naar hoogtechnologische onderzoeken terwijl de toenemende vraag naar thuiszorg investeringen in de eerste lijn noodzakelijk maakt. De vrouwelijke echtgenoten die onbezoldigd voor praktijkhulp van de meestal man-

Auteursgegevens

prof.dr. J.P.M. Denekens, huisarts, Universiteit Antwerpen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk, België.
Correspondentie: joke.denekens@ua.ac.be



Tekening: Ieroen Zaat

nlijke huisarts instonden, behoren stilaan tot de geschiedenis, maar professionele praktijkassistentie voor de huisarts wordt niet vergoed. Alleen aan de kosten van automatisering komt de overheid sinds vorig jaar onder bepaalde voorwaarden tegemoet. Wie daar vooral beter van wordt, zijn de softwareproducenten, niet de huisartsen...

Om de job financieel haalbaar te maken, werken vele huisartsen 60 uur per week, sommigen zelfs meer.

En toch... huisarts anno 2004 een nieuwe identiteit!

Van mannenwerk naar mensenwerk, van solowerk naar teamwerk

Van de huisartsen van 75 jaar en ouder is maar 1% vrouw, van de huisartsen tussen 45 en 50 jaar is 16% vrouw en van het cohort van 25 tot 29 jaar is maar liefst 66% vrouw.

Zes van de 10 jonge huisartsen is nu vrouw. Hopelijk wordt dit percentage niet hoger: een goede man-vrouwverdeling is in ieder beroep noodzakelijk.

Door de feminisering is er een trend naar groepspraktijken en meer deeltijdarbeid en dit geldt niet alleen voor vrouwen, maar ook voor mannen.

De Vlaamse patiënt heeft het er vaak nog moeilijk mee dat zij binnen een groep niet steeds terecht kan bij de huisarts van haar eerste keuze, maar de culturomslag wordt langzaam gemaakt. Meer en meer patiënten begrijpen dat hun huisarts ook recht heeft op vrije tijd en een persoonlijk leven. De echtgenote als onbetaalde praktijkhulp wordt in groepspraktijken vervangen door professionele praktijkassistentie. Meer dan de helft van de praktijken is geautomatiseerd.

Van paternalisme naar autonomie

Huisartsen communiceren in vergelijking met 20 jaar geleden meer patiëntgericht, vanuit een meer gelijkwaardige attitude. Dit blijkt beter aan te sluiten bij de wensen en de vragen van patiën-

ten. Immers, de patiënt wil goede voorlichting, korte wachttijden en een huisarts die zij begrijpt en die haar begrijpt. Dit levert minder voorschriften op en meer counselingactiviteiten. De huisarts werkt 'inclusief' de patiënt en kan daarom diens ideale begeleider zijn in het ingewikkelde netwerk van de gezondheidszorg met toenemende economisering en marktwerking.

Aandacht voor professionaliteit en kwaliteit!

De huisartsgeneeskunde heeft zich de afgelopen dertig jaar ontwikkeld tot een academische discipline waarin wetenschappelijk onderzoek een belangrijke plaats heeft gekregen. Er is aandacht voor onderbouwing van het dagelijks handelen vanuit wetenschappelijke evidentie. Dit heeft de protocollen en standaarden opgeleverd waar huisartsen steeds meer mee werken. De automatisering biedt belangrijke ondersteuning. In groepspraktijken

kunnen huisartsen met collega's discussiëren over diagnostiek en behandeling en reflecteren op het eigen handelen.

Besluit

Als patiënten en huisartsen kiezen voor een inclusieve geneeskunde waarin zij in een geest van medebeheer en medeverantwoordelijkheid als gelijkwaardige medestanders investeren, ontstaat een efficiënte tandem die het hoofd kan bieden aan de uitdagingen die met een wervelende snelheid op ons afkomen. De patiënt heeft dan ook een 'begeleider' nodig in het steeds ingewikkelder circuit van de gezondheidszorg. Gezien de specifieke kenmerken van de huisartsgeneeskunde is de huisarts de persoon bij uitstek om deze functie te vervullen. Wij worden als huisartsen daarbij steeds meer gelijkwaardige partners in het contact met de patiënt en daarin ligt dan ook onze nieuwe identiteit.

General practice in the UK 1989-2004

Trisha Greenhalgh

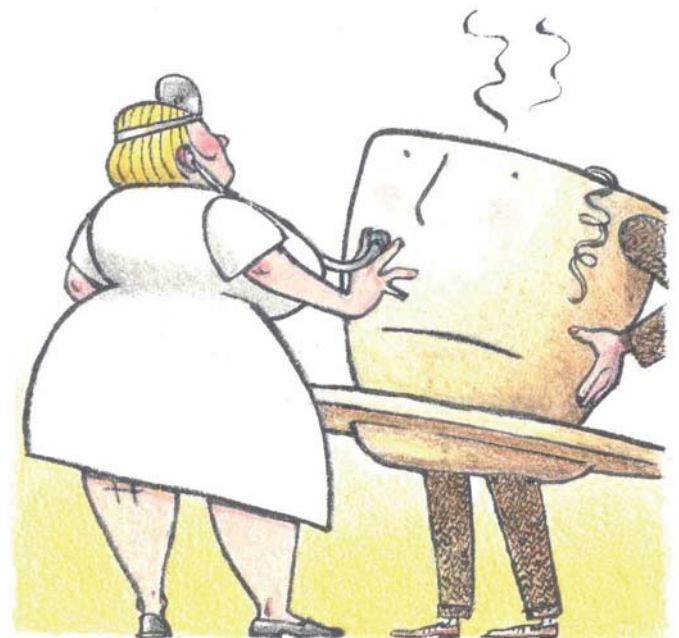
I became a GP in 1989, 44 years after the first randomised controlled trial, 41 years after the formation of the UK National Health Service, one year before the first UK practice went 'paperless', and two years before the term 'evidence-based medicine' (EBM) was first used in a scientific paper.

I had a young baby but for financial reasons I worked full time. There were no crèche facilities so I left my baby with a childminder and expressed my breast milk surreptitiously in the consulting room between patients. When I got home in the evening, I put my two bottles of EBM (expressed breast milk) in the freezer and took out two frozen ones to thaw for the next day. When the baby settled down to sleep, I got out my half-written PhD thesis (indeed, reading aloud from the draft chapters was the only reliable way of sending the baby to sleep in the first place).

It took me six years to write up the thesis. I had to take a viva examination in a subject that had long since ceased to interest me (the kinetics of insulin absorption and the biochemistry of the C-peptide molecule). But thankfully the epicentre of research in this field had moved elsewhere, and my humble study was now seen as a historical digression that deserved to be placed to gath-

Auteursgegevens

Prof. T. Greenhalgh, University College London, 204 Holborn Union Building, Highgate Hill, London N19 5LW, GB
Correspondentie: p.greenhalgh@pcps.ucl.ac.uk



Tekening: Jeroen Zaat

er dust on an obscure shelf in the Cambridge University Library. Rather than claiming to have made any enduring contribution to the knowledge base, I presented my work as a meander down a curious side road, and – perhaps on the strength of my storytelling skills – passed my viva.

By this time I was a job-sharing partner in a somewhat old-fashioned but well-regarded general practice in north London, which had been set up in the early 1960s by a recently qualified woman doctor. She was now nearing retirement and wanted to go part time. She showed me a letter, written in 1960 by the Chair of the