

Huisartsenposten niet in strijd met continue generalistische zorg

De dankbare nabestaanden van een overleden patiënt, zoals Moes beschrijft, herken ik uit de eigen praktijk maar ook als dienstdoende huisarts op de huisartsenpost. Voor terminale patiënten is persoonlijke continue 24 uurszorg door de eigen huisarts een groot goed.¹ Het is daarbij niet relevant of deze is aangesloten bij een waarneemgroep of huisartsenpost. Kennelijk delen de meeste huisartsen deze opvatting, want driekwart van de huisartsen is in de ANW beschikbaar voor deze patiënten.²

Het bieden van continue en generalistische zorg is de kernwaarde van het huisartsvak en dat is niet veranderd met de komst van huisartsenposten. Uit beschikbaar onderzoek blijkt de zorg van goede kwaliteit, maar er is voldoende ruimte voor kwaliteitsverbetering en innovatie.³⁻⁶ Ook huisartsen zijn tevreden over de werkdrukvermindering, de personele en technische ondersteuning en het werken in teamverband.⁴⁻⁶ De kwaliteit en continuïteit van de zorg kan verder verbeterd worden door training van huisartsen en triagisten, inzage in het patiëntendossier en het maken van NHG-spoedstandaarden.⁶

Patiënten willen in spoedsituaties laagdrempelige, snelle, doeltreffende professionele hulp en zijn minder gericht op persoonlijke zorg door de eigen huisarts.⁷ Spoedzorg vormt een wezenlijk onderdeel van de huisartsgeneeskunde, juist vanwege de generalistische benadering. Positioneren van huisartsenposten voor de SEH om de toenemende stroom zelfverwijzers op te vangen is dan ook een logische stap.^{8,9} Daarnaast is het wenselijk dat de verschillende ketenpartners ambulancedienst, SEH en huisartsen van elkaar leren en naar elkaar toegroeien door gebruik te maken van dezelfde triage- en behandelingsprotocollen.¹⁰

Moes wil wetenschappelijk onderzoek met vergelijken van huisartsenposten en waarneemgroepen. Mijns inziens heeft dit onderzoek geen prioriteit omdat de

overgrote meerderheid van de huisartsen niet terug wil naar waarneemgroepen en daarmee is de race gelopen. We kunnen ons beter concentreren op wetenschappelijk onderzoek bij huisartsenposten, zoals onderzoek naar kwaliteit van triage, continuïteit en veiligheid. Ook wetenschappelijk onderzoek naar de ketensamenwerking Huisartsenpost-Ambulancedienst-SEH heeft hoge prioriteit. Ik verwacht dat met huisartsgeneeskundige inbreng de doelmatigheid, veiligheid en patiëntgerichtheid van de keten spoedzorg zal doen toenemen.

Paul Giesen

- 1 Borgsteede S, Graafland-Riedstra C, Deliëns L, Francke A, Van Eijk J, Willems D. Goede zorg in de laatste levensfase volgens patiënten en hun huisarts. *Huisarts Wet* 2008;51:120-4.
- 2 Giesen P, Terpstra E, Schweitzer B. Terminale zorg buiten kantooruren. *Med Contact* 2008;63:240-2.
- 3 Post J. Grootchalige huisartsenzorg buiten kantooruren [Proefschrift]. Groningen: Universiteit Groningen, 2004.
- 4 Van Uden C. *Studies on general practice out-of-hours care* [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- 5 Moll van Charante EP. *Dutch General Practitioners in a time of change – Studies on out-of-hours and GP hospital care* [Proefschrift]. Universiteit: Universiteit Amsterdam, 2007.
- 6 Giesen P. *Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands* [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2007.
- 7 Wensing M, Giesen P. *Spoedeisende geneeskunde: het patiëntenperspectief*. *Huisarts Wet* 2000;43:503-6.
- 8 Giesen P, Huibers L, Padros Goossens M, Willemkens M. Tussen droom en daad. Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg. *Med Contact* 2007;15:653-5.
- 9 Vermue N, Giesen P, Huibers L, Van Vugt C. *Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp: huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland*. *Med Contact* 2007;62:1092-3.
- 10 Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. *Med Contact* 2003;48:1810-2.

Antwoord

Met de titel 'Huisartsenposten niet in strijd met continue generalistische zorg' boven de ingezonden brief maakt collega Giesen duidelijk dat ook hij veel belang toekent aan continue generalistische zorg buiten kantooruren. Als hij met deze titel ook wil zeggen dat er op alle huisartsenposten in Nederland continue generalistische zorg verleend kan worden, kan ik het helaas niet met hem eens zijn.

Een belangrijke voorwaarde voor deze continuïteit van zorg is immers dat je inzage hebt in het EMD van de patiënt die hulp vraagt. Juist aan deze voorwaarde kunnen nog niet alle huisartsenposten voldoen.

Als collega Giesen dit 'tekortschieten' bedoelt met de tekst 'er is voldoende ruimte voor kwaliteitsverbetering', dan had hij dit wel wat explicieter kunnen vermelden.

Maar hebben we nog tijd voor de zorg? Hier volgen twee citaten uit de door Giesen vermelde literatuur: 'Er is steeds minder tijd beschikbaar voor het contact tussen huisarts en patiënt en huisbezoeken worden minder vanzelfsprekend. Buiten kantooruren zullen de huisbezoeken meestal worden afgelegd door een arts die niet bekend is met de patiënt en de familie'.¹

Giesen zelf benoemt ook een aantal knelpunten bij de terminale zorg. 'In hun rol als dienstdoend huisarts geeft 47 procent aan dat informatieoverdracht van de eigen huisarts ontbreekt of niet up-to-date is. Tijdsdruk is een veelgenoemd knelpunt tijdens de dienst (42%). Van de huisartsen geeft 75 procent aan buiten kantooruren in principe persoonlijk beschikbaar te zijn voor de eigen terminale patiënten'.² Wat impliceert dit 'in principe beschikbaar zijn'? En op welke wijze is deze beschikbaarheid geborgd?

Als de situatie van een patiënt plotseling verslechtert of als een patiënt onverwacht uit het ziekenhuis wordt ontslagen is de kans groot dat de eigen huisarts niet in de buurt of zelfs helemaal niet bereikbaar is. Kan elke huisartsenpost in die situatie zorgen voor een goed geïnformeerde vervanger, die ook nog de tijd kan nemen?

Bovendien moet ook de vraag gesteld worden of het gewenst is dat een arts gedurende lange tijd 7x24 uur beschikbaar is voor zijn/haar eigen terminale patiënten.³

Als een kleine groep huisartsen als team zorgdraagt voor de spoedzorg en de terminale zorg kan dit veel meer zekerheid geven op zorg door een huisarts die zowel de patiënt als de familie kent.

Op deze wijze kunnen de drie kleinschalige huisartsendienstenstructuren in Drenthe zorgen voor een optimale beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisartsenzorg buiten kantooruren.⁴ Niet alleen voor de reguliere spoedzorg, maar evenzeer voor de terminale zorg. Doordat deze huisartsen een betrekkelijk geringe werkdruk per uur hebben, hoeven ze zich niet voortdurend te haasten. Dit komt ook de terminale zorg ten goede.

Giesen refereert ook aan het proefschrift van collega J. Post die bij zijn onderzoek naar de transitie van de kleinschalige naar de grootschalige zorg in de avond-, nacht- en weekenddiensten niet alleen positieve maar ook negatieve veranderingen constateerde. Zo daalde de tevredenheid over de huisartsenzorg buiten kantooruren significant op het platteland. De patiënten waren over kleinschalige diensten meer tevreden. Voor hun gevoel had de dokter toen minder haast.⁵

Het is jammer dat collega Giesen geen prioriteit wil toekennen aan een vergelijking tussen de nog bestaande kleinschalige huisartsenzorg buiten kantooruren met de grootschalige georganiseerde zorg. Of is de uitkomst hem op voorhand al bekend?

Roelof Moes

1 Borgsteede S, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke A, Van Eijk J, Willems D. Goede zorg in de laatste levensfase volgens patiënten en hun huisarts. *Huisarts Wet* 2008;51:120-4.

2 Giesen P, Terpstra E, Schweitzer B. Terminale zorg buiten kantoor tijd. *Med Contact* 2008;63:240-2.

3 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Beslissing in de zaken onder de nummers 2003/053 en 2003/054, ad 7 en 8 (02/010).

4 IGZ rapport december 2006, Kwaliteit huisartsen-

posten verbeterd sinds 2003, pagina 26, 27 en 56 e.v.

4 Post J. *Grootschalige huisartsenzorg buiten kantooruren* [Proefschrift]. Groningen: Universiteit Groningen, 2004. Hoofdstuk 11.

Een nieuwe modeziekte in de kiem gesmoord

Het journaalbericht 'Een nieuwe modeziekte in de kiem gesmoord' gaat in op het vraagstuk van de chronische of persistente Lyme-borreliose. Gerefereerd werd aan een recente publicatie in het NEJM. Op tendentieuze wijze wordt gesteld dat chronische Lyme-ziekte niet zou bestaan en gesuggereerd dat het om een modeziekte zou gaan. De werkelijkheid is echter complexer en minder geruststellend. Het artikel in het NEJM geeft een achterhaald, simpel, eenzijdig en sterk bevooroordeeld beeld van het Lyme-vraagstuk. Onder het mom van objectieve wetenschap, wordt literatuur eenzijdig geselecteerd en geïnterpreteerd om vooraf vaststaande standpunten te legitimeren. Deze standpunten worden echter volstrekt niet door de objectieve feiten gedekt. Over chronische Lyme-ziekte zijn de boeken nog lang niet gesloten zoals dit artikel ten onrechte suggereert. Achtergrond is dat er in de VS al tientallen jaren een bittere strijd gaande is over de diagnostiek en behandeling van Lyme-borreliose. De informatievoorziening over Lyme-ziekte wordt in de VS gedicteerd en gemonopoliseerd door een vijftiental zeer nauw samenwerkende wetenschappers, die hebben nagelaten over hun 'conflicts of interest' openheid te verschaffen. De auteurs van het artikel in het NEJM zijn tevens de auteurs van de nieuwe IDSA-richtlijn. Recent heeft deze IDSA-richtlijn tot veel protest geleid, omdat de richtlijn een zeer vooringenomen opvatting uitdraagt en wetenschappers met afwijkende opvattingen ten onrechte werden geweerd uit de richtlijnencommissie. Vermoed wordt dat andere dan wetenschappelijke motieven een rol spelen. Collega J. Jemsek, infectioloog en gespecialiseerd in HIV en Lyme-ziekte, heeft een

reactie geschreven. Voor een evenwichtige beeldvorming verwijs ik naar www.jemsekspecialty.com/files/NEJM-Response.pdf. Op deze website (www.lymemed.nl) voor medische professionals wordt genuanceerde en evidence based achtergrondinformatie over het Lyme-vraagstuk geboden.

A.W.B. Klusman

Antwoord

Feder en de zijnen voeren in hun artikel een aantal argumenten aan die tegen het bestaan van een chronische ziekte van Lyme (uitdrukkelijk te onderscheiden van late manifestaties van de ziekte van Lyme) pleiten. De belangrijkste daarvan staan ook in mijn journaaltje vermeld. Als collega Klusman van mening is dat zij abuis zijn, zou het hem sieren als hij dit met feiten staft. Hij lijkt nu vooral de wetenschappelijk integriteit van de opposanten in twijfel te trekken en in de pdf-file waarnaar hij verwijst, is de toonzetting niet essentieel anders. Zelfs als het waar is dat wetenschappers bij tijd en wijle dissidenten van invloedrijke posities waren, is het weinig productief om daarover zielig te doen of juridische procedures te beginnen. Een vruchtbare inhoudelijke gedachtewisseling wordt immers op die manier te moeilijk en het wetenschappelijke gelijk, dat Klusman zich wenst, wordt nimmer behaald.

Tjerk Wiersma