

## Frans Huygenlezing 2008, door prof.dr. J. De Maeseneer: De huisarts in maatschappelijk perspectief

### De Huygenlezing

Iedere twee jaar wordt de Huygenlezing verzorgd door de afdelingen huisartsgeneeskunde en WOK van de universiteit van Nijmegen. De lezing vindt plaats in het kader van de Huygendag, waarop deze keer zorgvernieuwing het centrale thema was. Dit jaar was Jan De Maeseneer de spreker. Hij is hoogleraar huisartsgeneeskunde in Gent. In zijn lezing vinden we veel terug van de bevolgen idealen waarmee huisartsen in de jaren zeventig van de vorige eeuw hun praktijk startten. Deze idealen worden gepresenteerd in een modernere context en blijken nog steeds actueel.



### Continuïteit en context

Frans Huygen kwam via observatie in zijn eigen praktijk tot het inzicht dat *continuïteit* en *context* belangrijke concepten zijn binnen de huisartsgeneeskunde. In deze lezing gaan we na hoe deze concepten voor de huisarts in de 21<sup>ste</sup> eeuw invulling kunnen krijgen, waarbij we als referentiekader 'het maatschappelijk perspectief' hanteren.

Wat kan de huisarts in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg bijdragen aan de samenleving, en welke betekenis hebben continuïteit en context daarbinnen? Bij deze verkenning zullen we eerst stilstaan bij het veranderend maatschappelijk veld, vervolgens beschrijven we de ontwikkelingen in de (eerstelijns)gezondheidszorg met aandacht voor de consequenties voor de huisarts, om ten slotte te kijken naar de toekomst van de huisarts in dit veranderend maatschappelijk veld.<sup>1</sup>

### Ontwikkelingen in de maatschappij

► Kijkend naar de veranderingen in de samenlevingen vallen allereerst de *demografische en epidemiologische ontwikkelingen* op. De wereldbevolking wordt steeds ouder en tegelijkertijd is er een belangrijke 'ontgroening'. Het aandeel van niet-overdraagbare ziekten neemt toe; de incidentie van chronische aandoeningen stijgt.<sup>2</sup> Geestelijke gezondheidsproblemen vormen steeds meer een belasting voor het gezondheidszorgsysteem.<sup>3</sup>

► *Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen* sturen de gezondheidszorg voortdurend aan, met nieuwe perspectieven voor preventie en zorg. De ontwikkelingen binnen de farmaceutische industrie en de beschikbaarheid van nieuwe medicijnen hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de verbetering van de gezondheid, maar werpen voortdurend het vraagstuk op van de verdeling: hoe stellen we de dure geneesmiddelen ter beschikking

van wie ze nodig heeft? Op het gebied van de culturele ontwikkeling valt vooral op dat de opstelling van patiënten danig wijzigt: van gebruiker/patiënt/gerechtigde naar cliënt/consument. Dit heeft gevolgen voor (de druk op) de dienstverlening. Hoewel de term wat in onbruik is geraakt, is 'medicalisering' van het dagelijks leven aan de orde van de dag.<sup>4</sup> De gezinspatronen wijzigen en het draagvlak versmalt.

► Op het gebied van de *sociaal-economische ontwikkelingen* vallen de toenemende verschillen op: de gezonde levensverwachting voor mannen in België op de leeftijd van 25 jaar bedraagt voor iemand met alleen lager onderwijs 28,1 jaar, en voor iemand met universitair of hoger onderwijs 45,9 jaar.<sup>5</sup>

► Tot slot wordt de huidige samenleving gekenmerkt door toenemende *globalisering en 'glocalisering'*. Mobiliteit en migratie gaan samen met concentratie van een groot deel van de wereldbevolking in grote steden. De multiculturalisering groeit en de etnisch-culturele diversiteit zal in de komende jaren verder toenemen. Dit vraagt van hulpverleners aandacht voor een grote verscheidenheid. Binnen deze groep confronteren mensen met precare verblijfssituaties ('mensen zonder papieren') de hulpverleners met bijzondere zorgvragen. Globale problemen worden zichtbaar op lokaal niveau ('glocalisering').

Al deze ontwikkelingen hebben hun weerslag op de dagelijkse praktijk en de spreekkamer van de huisarts.

### Noodzakelijke principes

Een toekomstgericht en goed presterend gezondheidszorgsysteem dient uit te gaan van een aantal principes: 'relevance, equity, quality, cost-effectiveness'.<sup>6</sup>

► *Relevantie* gaat over de vraag of in de zorg een probleem wordt aangepakt waarvan de oplossing bijdraagt aan het bevorderen, bewaken of herstellen van de gezondheid. Relevantie kan niet los gezien worden van ethische keuzes. Hoe definiëren we grondrechten? Wanneer wordt zorg futiel? Moeten we alles doen wat we technisch kunnen? Wie heeft baat bij welke ontwikkeling of welk aanbod? Ontleent iemand recht op zorg aan zijn administratieve status of aan zijn aanwezigheid als 'mens met een zorgvraag'? De Commissie Keuzen in de Zorg exploreerde destijds de criteria om het begrip 'noodzakelijke zorg' te omschrijven.<sup>7</sup> Wie het rapport nu herleest, zal vaststellen dat de invulling van noodzakelijke zorg evolueert in de tijd. De huisartsen staan in de frontlijn van de eerstelijnsgezondheidszorg om het principe 'relevantie' in praktijk te brengen. De *reason for encounter* ('Dokter, ik las op internet...') wordt vaak gevolgd door onrealistische verwachtingen van de gezondheidszorg.

Welzijns- en samenlevingsproblematiek wordt aangemeld via een medische hulpvraag. De huisarts kan, via het adequaat verkennen en decoderen van de hulpvraag, een belangrijke bijdrage leveren

aan de relevantie van de zorg. Interdisciplinaire samenwerking en een goede aansluiting van de eerstelijnsgezondheidszorg bij de welzijnszorg vormen hierbij belangrijke randvoorwaarden. *Continuïteit* en kennis van de *context* zijn troeven van de huisarts om hier een bijdrage te leveren.

► De persisterende en toenemende sociaaleconomische gezondheidsverschillen (zie hiervoor), zowel wereldwijd als in onze westerse landen, vormen een uitdaging om het beginsel van de *equity* in de praktijk te realiseren. Naast de structurele determinanten, zoals opleiding, tewerkstelling en kwaliteit van woningen, blijkt uit recente analyses dat ook het gezondheidszorgsysteem een (intermediaire) 'sociale determinant' van gezondheid is.<sup>8</sup> Willems toonde aan via kwalitatief onderzoek onder mensen die in armoede leven, dat de (huis)arts-patiëntinteractie de toegankelijkheid van de zorg sterk beïnvloedt. Kennis en vaardigheden van de arts en patiëntenbejegening kunnen remmend dan wel faciliterend werken. Wanneer de huisartsgeneeskunde zich inschrijft in een bredere gemeenschapsgerichte eerstelijnsgezondheidszorg, kan dit bijdragen aan het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het model van *Community Oriented Primary Care* kan daarbij inspirerend werken.<sup>9</sup> Een goed toegankelijk eerstelijns gezondheidszorgteam dat zorg van goede kwaliteit levert voor een duidelijk omschreven populatie, identificeert vanuit de dagelijkse praktijk of via surveys de gezondheidsproblemen in de lokale gemeenschap. Met medeneming van de lokale actoren wordt een *community diagnosis* gesteld die aanleiding geeft tot ontwikkeling van interventies waarvan de impact voortdurend wordt geëvalueerd.

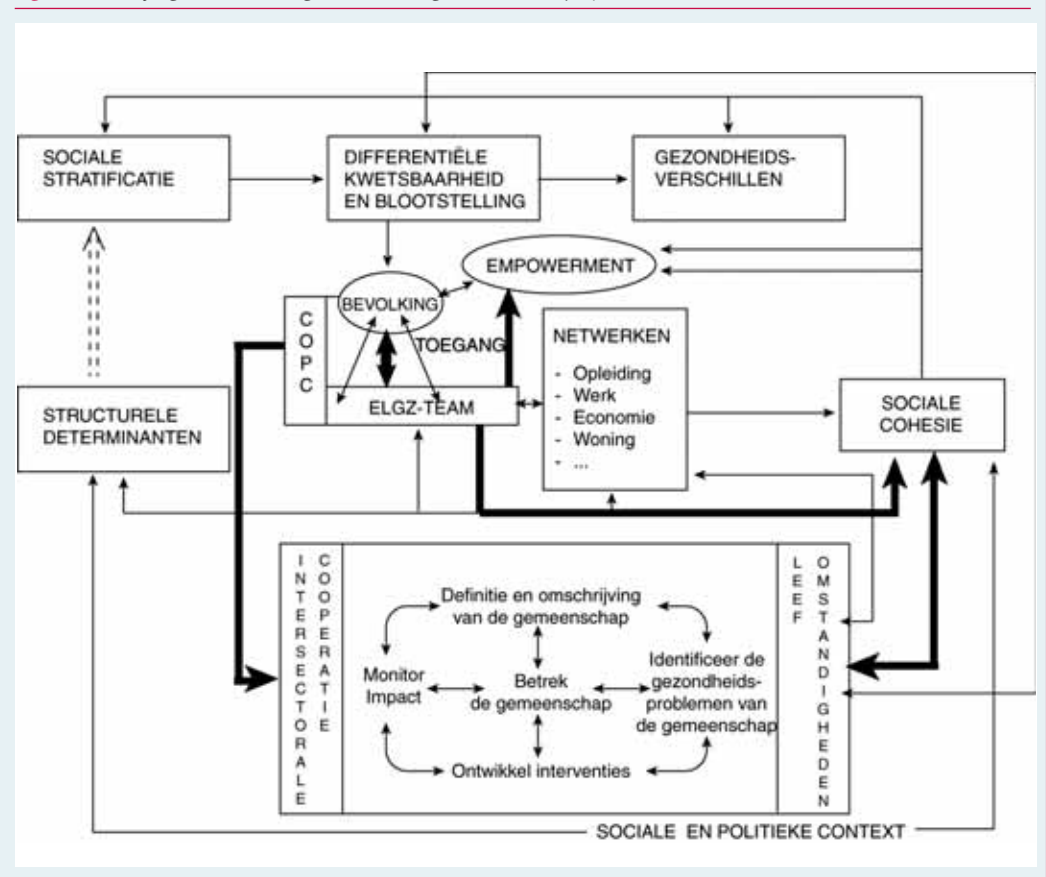
De *figuur* ontleen we aan een onderzoek, gerealiseerd voor het *Knowledge Network Health Systems* van de *Commission on Social Determinants of Health* van de Wereldgezondheidsorganisatie.<sup>10</sup> Het formuleert de hypothese dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen kunnen worden teruggedrongen als de eerste lijn zich – behalve op de individuele en gezinsgerichte benadering – ook oriënteert op de lokale gemeenschap en hierbij intersectoraal samenwerkt. Enerzijds door empowerment en anderzijds via het versterken van de sociale cohesie. De huisarts kan hierbij een belangrijke rol spelen vanuit een signaalfunctie, maar ook via de toeleiding van patiënten naar initiatieven van gezondheids-

promotie, verwerven van nieuwe vaardigheden et cetera. Op deze wijze geeft de eerstelijnsgezondheidszorg invulling aan de nieuwe sociale taken (verheffen en verbinden, en niet alleen verzekeren en verzorgen). Holistische en emanciperende hulpverlening kan bijdragen aan versterking van het 'sociaal kapitaal' van patiënten en dit zowel via *bonding* (versterken van verbanden binnen homogene groepen), als via *bridging* (heterogene groepen bij elkaar brengen: 'de wachtkamer als ontmoetingsplaats' en 'diversiteit als kans') en *linking* (patiënten helpen om hulpbronnen te mobiliseren buiten de eigen groep, zowel professioneel als informeel).<sup>11</sup>

► *Kwaliteit* vormt het derde principe van een goed presterend gezondheidszorgsysteem. Kwaliteit is een complex gegeven met componenten op het gebied van structuur, proces en resultaat.<sup>12</sup> In de voorbije jaren is de focus vooral gelegd op de proceskwaliteit: de overgang van *experienced based medicine* naar *evidence based medicine* leverde een groot aantal richtlijnen en protocollen op die de zorg sturen.

Op het vlak van de 'resultaatkwaliteit' wordt, naast de aandacht voor evolutie van symptomen en klachten en medische parameters, ook aandacht besteed aan levenskwaliteit, patiëntentevredenheid, billijkheid en kosteneffectiviteit. Binnen de geneeskunde hebben de huisartsen op vele plaatsen het voortouw genomen in de ontwikkeling van kwaliteitszorgsystemen, waarbij geleidelijk de focus werd verschoven van het louter implementeren van richtlijnen naar een meer geïntegreerde *continuous quality improvement*.

**Figuur** Eerstelijnsgezondheidszorg als een strategie om meer 'equity' te realiseren.



► De stijgende kostprijs van de gezondheidszorg, waarbij we in Europa stilaan de 10% van het BBP overschrijden, confronteert ons terecht met de maatschappelijk vraag naar *cost-effectiveness*. Er is steeds meer behoefte aan ontwikkeling van *policy evidence* om goed onderbouwde keuzes te kunnen maken voor de individuele patiënt. Het hanteren van een individugericht perspectief versus een gemeenschapsgericht perspectief, kan hierbij tot tegengestelde conclusies leiden,<sup>13</sup> en het is niet wenselijk dat deze keuzes enkel op het bord van de arts worden gelegd. Bovendien wordt de *cost-effectiveness* van de zorg bepaald door macroregelgeving, zoals het al dan niet bestaan van een poortwachterfunctie, betalings- en terugbetalingsvoorwaarden, regelgeving rond beïnvloeding door de farmaceutische industrie, opleiding et cetera. Een voortdurend aandachtspunt blijft het overbruggen van de kloof tussen de bevindingen in wetenschappelijk onderzoek en de implementatie hiervan in de dagelijkse praktijk.<sup>14</sup>

Samenvattend kunnen we stellen dat de huisarts een belangrijke bijdrage kan leveren aan de vier uitgangspunten voor een toekomstgericht gezondheidszorgsysteem: relevantie, equity, kwaliteit en *cost-effectiveness*.

### Blik op de toekomst

De ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg kunnen slechts begrepen worden vanuit een breder historisch perspectief. Huisartsen hebben al vroeg in de jaren '70 ingezien dat er grenzen zijn aan het 'medisch model'. Aansluitend bij de kritiek hierop van onder anderen Laing en Foucault kwam er meer aandacht voor de psychische gezondheid, de ervaren gezondheid en de kwaliteit van leven. Huisartsen bekwaamden zich in het patiëntgericht consultvoeren (zoals het methodisch werken), en verkenden het psychosociale terrein. Zo waren zij dragers van een 'tegenbeweging' van de voortschrijdende reductionistische en technische benadering die zich door ontwikkeling van wetenschap en technologie installeerde in de specialistische zorg. De brede holistische visie van de huisarts vertaalde zich ook in nieuwe organisatievormen, onder meer in wijkgezondheidscentra als 'Samen Beter' in Den Bosch-Oost.<sup>15</sup> Het was niet toevallig dat huisartsen die in Nijmegen waren gevormd door Frans Huygen, zich engageerden in dit project. Een van hen stelde: *'We wilden mensen actief maken. Ze moesten niet berusten in hun negatieve situatie thuis of op het werk. Daar moesten ze iets aan doen. De sociale factor van ziekte, daar legden we de nadruk op. We wilden patiënten helpen daar iets aan te doen en spoorden hen aan om op te komen voor hun recht en gezin en werk.'*<sup>16</sup>

Dat deze doelstelling enkel kon worden gerealiseerd via interdisciplinaire samenwerking, was evident. De afwezigheid van aangepaste randvoorwaarden leidt ertoe dat veel projecten werden teruggedroefd naar een 'realistisch idealisme', waarbij huisartsen zich meer gingen toeleggen op het behartigen van belangen van mensen in de microsfeer (bijvoorbeeld het thuis sterven mogelijk maken, en het versterken van mensen via relaxatie- of vrouwengroepen).

De sterke oriëntatie op het psychosociale aspect en de context had eind jaren zeventig en de eerste helft van de jaren tachtig de huisarts losgemaakt van de ontwikkelingen in de tweede lijn en de specialistische zorg. Tevens lukte de structurele aansluiting bij welzijnszorg, geestelijke gezondheidszorg, samenlevingsopbouw, buurtwerk et cetera om vele redenen niet of nauwelijks. De huisarts was een gewaardeerd aanspreekpersoon, waar mensen met hun zorgen terecht konden, met aandacht voor de context. Maar de slagkracht van de huisarts, zeker in landen waar geen poortwachterfunctie werd uitgebouwd, nam zienderogen af.

De ontwikkeling van *evidence based medicine* vanaf 1992 en later, creëerde voor de huisarts de gelegenheid om zich duidelijk te profileren in het somatische veld.<sup>17</sup> De huisartsen hadden immers allang begrepen dat er een kloof is tussen fysiopathologische bevindingen en de concrete werkzaamheid van behandelingen bij patiënten in de praktijk. Bovendien sloot EBM aan bij de kritisch-reflectieve gedachtegang die in de huisartsgeneeskunde vanaf het midden van de jaren tachtig opgang maakte, onder andere via RCT's in de huisartsenpraktijk die aantoonde dat behandeling met antibiotica van bovensteluchtweginfecties nauwelijks verschil maakte en dat in de regel antibiotica niet hoefden.<sup>18,19</sup> Het NHG heeft internationaal een leidende rol gespeeld in het vertalen van de inzichten van EBM in standaarden. Vanuit verschillende initiatieven werden implementatiestrategieën ontwikkeld en geëvalueerd.<sup>20</sup> Binnen gezondheidszorgfinancieringssystemen werd gezocht naar mechanismen om huisartsen de richtlijnen maximaal te laten implementeren. *Pay-for-performance* zag het licht: huisartsen werden betaald om (vooral biomedische) resultaten te behalen bij hun (chronische) patiënten. Deze hele ontwikkeling, die een *boost* gaf aan de huisartsgeneeskunde (huisartsen blijken, in de meeste medische faculteiten, samen met de mensen van public health, vooraan te lopen in de ontwikkeling van EBM), had als paradoxaal effect dat de huisartsen hun focus gingen verengen tot het verbeteren van bepaalde parameters: *treat the patient* werd gereduceerd tot *treat-to-target*.

Heel snel heeft zich 'een nieuw geloof' ontwikkeld waarbij het vinden van statistische significantie als noodzaak wordt gezien om 'de betere behandeling' onmiddellijk toe te passen.<sup>21</sup> Wat is echter de klinische relevantie van een statistisch significant verschil dat zo klein is dat we 196 patiënten gedurende 2 jaar moeten behandelen met clopidogrel in plaats van acetylsalicylzuur om 1 nieuwe cardiovasculaire gebeurtenis te voorkomen?<sup>22</sup> Wat betekent de vooruitgang van enkele punten of een cognitieve functieschaal voor een dementerende patiënt?<sup>23</sup> Leidt EBM op deze wijze niet vooral tot polyfarmacie? Is EBM zijn doel voorbij geschoten of zijn we het doel kwijt geraakt?

Stilaan hebben we de greep op de *evidence* verloren: niet de clinici, maar grote firma's met commerciële belangen beheersen de onderzoeksagenda, en statistische toetsen bepalen de relevantie van de resultaten en worden ingezet als marketingstrategie.

Het is duidelijk dat de huisarts, bij het implementeren van EBM, meer nodig heeft dan enkel *medical evidence*. De huisarts heeft behoefte aan *contextual evidence*.<sup>24</sup> Binnen de persoonlijke, vertrouwelijke arts-patiëntrelatie zal de huisarts met de patiënt van gedachten wisselen over wat er voor hem echt toe doet, welke doelen hij wil realiseren en wat de consequenties hiervan zijn voor diagnose en behandeling. Zeker wanneer het gaat om chronische aandoeningen, zal daarbij een paradigma-shift van *problem oriented care* naar *goal oriented care* plaatsvinden.<sup>25</sup> Een goede arts-patiëntcommunicatie en het voldoende tijd nemen voor de patiënt zijn hierbij belangrijker dan ooit.<sup>26</sup>

Samen met de patiënt de puzzel leggen (*comprehensiveness*) is van toenemend belang, zeker als het gaat om patiënten met multimorbiditeit. Het model van *disease management*, zoals geconcipieerd in de tweede lijn, is hierbij niet meer werkzaam: de 'streefwaarden' van de afzonderlijke richtlijnen voor de diverse aandoeningen zijn niet haalbaar en wellicht is dit ook niet wenselijk. De huisarts zal samen met de patiënt tot een besluit moeten komen over 'wat er echt toe doet': *patient management*. Afwegingen op basis van de continue relatie en longitudinale informatie over hoe de patiënt keuzes maakt en heeft gemaakt rond gezondheid, zullen in het gesprek worden opgenomen.

En zo zijn we terug bij Frans Huygen: continuïteit en context. Het is een wetenschappelijke uitdaging voor de huisartsgeneeskunde om enerzijds het concept *contextual evidence* verder in te vullen. (Over welke context gaat het? Hoe integreer je deze in de zorg? Context als kans of als belemmering? Is context een vast gegeven of veranderbaar? Hoe verhoudt *contextual evidence* zich tot ethische vraagstellingen en equity?) Terzelfdertijd zullen we moeten nagaan hoe de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg (meer marktwerking, *pay for performance*<sup>27</sup>, interdisciplinaire samenwerking, *outsourcing* van zorgpakketten et cetera) al dan niet bijdragen tot de integratie van *contextual evidence* in de zorg.

De huisarts zal in de dagelijkse praktijk *medical evidence* en *contextual evidence* moeten integreren. Bij gebrek aan algemeen geldende regels die beide vormen van *evidence* met elkaar verbinden, zal de huisarts aangewezen zijn op het gevoel voor juiste verhoudingen. Een nieuw perspectief voor de 'geneeskunst' in de geneeskunde?

#### Literatuur

- 1 Social and Cultural Planning Office. Sociaal en cultureel rapport 2000. Nederland in Europa. Den Haag: Social and cultural planning office, 2000.
- 2 Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap. Administratie Gezondheidszorg. Brussel, 2001.
- 3 Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004; publication n° 2004/20E.

- 4 Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003;326:45-7.
- 5 Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health* 2004;118:310.
- 6 Vlaamse Gezondheidsraad. De toekomst van het gezondheids(zorg) beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Brussel, 2006. <http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr>.
- 7 Commissie Keuzen in de zorg. Kiezen en Delen. Den Haag, 1991.
- 8 Doherty J, Gilson L. Proposed areas of investigation for the Health Systems Knowledge Network. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, 2006.
- 9 Rhyne R, Bogue R, Kukulka, G, Fulmer H. Community-oriented primary care: health care for the 21<sup>st</sup> century. Washington, American Association for Public Health, 1998.
- 10 De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte ML, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Network. [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/primary\\_health\\_care\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf).
- 11 Putnam RD. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York: Simon & Schuster, 2000.
- 12 De Maeseneer J. De zorg voor kwaliteit en de kwaliteit van de zorg. *Huisarts Wet* 1993;36:437-9.
- 13 Maynard A. Evidence based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 1997;349:126-8.
- 14 Woolf SH, Johnson RE. The break-even point: when medical advances are less important than improving the fidelity with which they are delivered. *Ann Fam Med* 2005;3:545-52.
- 15 Paes M. Wijkgezondheidswerk: een studie naar 25 jaar wijkgericht werken aan gezondheid in Den Bosch-Oost [Proefschrift]. Amsterdam, UvA, Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, 2008.
- 16 Samen Beter. 10 jaar Samen Beter: verslag. 's-Hertogenbosch, 1990.
- 17 Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
- 18 De Meyere M, Mervielde J, Verschraegen G, Bogaert M. Effect of penicillin on the clinical course of streptococcal pharyngitis in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1992;43:581-5.
- 19 De Sutter AI, De Meyere MJ, Christiaens TC, Van Driel ML, Peersman W, De Maeseneer JM. Does amoxicillin improve outcomes in patients with purulent rhinorrhea? A pragmatic randomized double-blind controlled trial in family practice. *J Fam Pract* 2002;51:317-23.
- 20 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- 21 Van Driel M, Christiaens T, De Maeseneer J. Zet evidence-based medicine de deur open voor polyfarmacie? *Huisarts Wet* 2007;50:599-600.
- 22 CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996;348:1329-39.
- 23 AD2000 Collaborative group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomized double blind trial. *Lancet* 2004;363:2105-15.
- 24 De Maeseneer JM, Van Driel ML, Green LA, Van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003;362:1314-9.
- 25 Mold J, Blake G, Becker L. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991;23:46-51.
- 26 Deveugele M, Derese A, Van den Brink A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross-sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472-77.
- 27 Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanau S. Does Pay-for-performance improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 2006;145:265-72.