

Generalist of familiedokter

Louise Gunning-Schepers

In Nederland is van oudsher een grote rol weggelegd voor de eerste lijn en daarbinnen heeft de huisarts een belangrijke positie als 'poortwachter'. De huisarts is opgeleid om de eerste klachten van de patiënt te duiden, de overgrote meerderheid daarvan zelf te behandelen en de patiënt alleen indien nodig door te verwijzen naar de tweede lijn. De huisarts moet dus van alle markten thuis zijn en een goede klinische blik hebben, zodat hij bij een eerste contact een goede triage kan uitvoeren. In deze omschrijving past de Engelse benaming *general practitioner*, de generalist. Maar was de huisarts van oudsher niet meer dan een generalist? Was hij niet ook de *family doctor*, de vertrouwenspersoon van patiënten en hun familie die de gezinssituatie en voorgeschiedenis kende en continuïteit in behandeling en zorg bracht? Het is de vraag of de specialismen *general practice* en *family medicine* in Nederland in de toekomst nog steeds synoniem zijn. Om die vraag te kunnen beantwoorden, moeten we ons verdiepen in de recente ontwikkelingen bij de patiënt, de huisarts en de beleidsmakers.

De patiënt

De vraag van de patiënt in de eerste lijn laat steeds meer een dichotome verdeling zien. Aan de ene kant zien we de patiënt die met een concrete klacht komt en na korte tijd geneest. Deze patiënt heeft er geen moeite mee voor een dergelijke hulpvraag een onbekende arts te raadplegen. Hij gaat vaak zelfs rechtstreeks, zonder verwijzing, naar de Spoedeisende Hulp (SEH). Aan de andere kant zien we de groeiende groep chronische patiënten die langdurige behandeling behoeven en bij wie monitoring van medicatie en regelmatige screening op complicaties een belangrijk onderdeel van een succesvolle behandeling zijn. Ook voor kwetsbare patiënten is continuïteit belangrijk: voorkomen van de algemene situatie is een belangrijke voorwaarde om adequaat te kunnen reageren op een nieuwe klacht. Tot slot is het ondersteunen van patiënten en hun naasten in moeilijke behandelingstrajecten – als case manager, vertrouwenspersoon of adviseur – of het begeleiden van patiënten in hun laatste levensfase van oudsher een rol van de huisarts en veel patiënten ervaren die als uiterst waardevol.

Auteursgegevens

De Gezondheidsraad, Postbus 16052, 2500 BB Den Haag: prof.dr. L.J.Gunning-Schepers, Universiteitshoogleraar Gezondheid en maatschappij en voorzitter van de Gezondheidsraad.
Correspondentie: l.j.gunning@gr.nl

De huisarts

Ondertussen is de huisarts in een heel andere werktraditie en werkomgeving terechtgekomen. Het romantische beeld van de plattelandsdokter die een eigen praktijk voert en altijd voor zijn patiënten klaarstaat, bestaat alleen nog in romans en in de (valse?) herinnering aan vroeger. De werkelijkheid is vaak een groepspraktijk waar meerdere disciplines samenwerken en een huisartsenpost die de opvang en behandeling buiten kantooruren regelt. De huisarts heeft de zorg en monitoring van chronische aandoeningen veelal overgedragen aan gespecialiseerde nurse practitioners. Als een patiënt belt voor een afspraak is zijn eigen huisarts die dag misschien niet eens aanwezig omdat veel huisartsen parttime werken. Tegelijkertijd proberen veel ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) de zorg voor chronische patiënten zelf te behouden. Het generalisme is in ziekenhuizen steeds vaker een functie en soms zelfs een specialisme, zoals de SEH-arts en de ziekenhuisarts.

De beleidsmaker

Tot slot zijn er de beleidsmakers die steeds meer taken aan de eerste lijn willen toekennen. Zij stellen voor, deels uit kostenoverwegingen, om taken die nu nog bij ziekenhuizen liggen naar de eerste lijn te verplaatsen. Ook preventieve interventies brengen ze bij voorkeur onder bij de huisarts en roepen dus niet telkens een nieuwe organisatie in het leven, zoals in ons omringende landen. Het belang van de eerste lijn wordt vaak geroemd in de politiek.

De discussie

De vraag uit het begin van dit stukje is relevant als je probeert al deze trends met elkaar in verband te brengen. Kan de huisarts in de toekomst de rol van generalist en familiedokter blijven combineren? Of gaan we geleidelijk naar een netwerk van laagdrempelige generalistische zorg die wordt geleverd door een willekeurige generalist in een eerstelijnscentrum, een algemeen ziekenhuis, een arbodienst of zelfs een inloopcentrum zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg onlangs voorstelde? Is de zorg door een gespecialiseerde verpleegkundige – onder leiding van een huisarts of specialist – dicht bij huis gewaarborgd voor de patiënt met een chronische aandoening? En zal de familiedokter dan vooral een rol spelen als de patiënt en zijn familie een medisch coach of case manager nodig hebben? Deze discussie is essentieel voor de ontwikkeling van ons zorgstelsel in de toekomst en voor de opleiding van de huisarts. En daarom is het goed dat we die voeren.