



Een nieuw maatkostuum voor de keizer

In een recent verschenen commentaar uit Jozen Bensing haar zorgen over de Nederlandse huisarts.¹ Was deze vroeger geliefd bij patiënten, overheid en zelfs de WHO, nu dreigt de huisarts in haar nakie te komen staan. Patiënten zouden in de nieuwe huisarts niet meer de vertrouwde, immer aanwezige (mannelijke) dokter herkennen bij wie ze altijd voor alles terecht kunnen. Wij zijn het met haar eens dat de persoonlijke, continue en integrale zorg door de huisarts onder druk staat in het huidige tijdsgewricht. Echter, Bensing schetst wel een heel romantisch beeld van de oude dokter met zijn tevreden patiënten. We geven graag gehoor aan haar roep om nieuwe kleermakers voor de huisarts, die ook gevoelig zijn voor de wensen van de Nederlandse bevolking.

DE WENSEN VAN DE NEDERLANDSE BEVOLKING

Om met het laatste te beginnen: Bensing gaat ervan uit dat de kernwaarden van de huisarts, zoals omschreven in de Woudschotenconferentie van 1959, rekening hielden met de wensen van de Nederlandse bevolking. Ook betoogt zij dat de huisarts onverdeelde steun had van die bevolking. Wij zetten hier onze vraagtekens bij. De huisarts scoort nog steeds hoog bij waarderingsonderzoeken. En de deelnemers van de Woudschotenconferentie hebben ongetwijfeld in het belang van de Nederlandse bevolking geredeneerd toen ze de kernwaarden opstelden, maar onderzoek daarnaar is niet gedaan. Zoals ook nooit onderzoek is gedaan naar wat voor een huisarts de Nederlandse bevolking wil. Het is de vraag of dat een zinnige exercitie is, want net zo min als 'de Nederlandse huisarts' bestaat 'de Nederlandse bevolking'. Ons lijkt het zinvoller om lokaal, in de dorpen en wijken, de behoeften van bewoners te inventariseren en om in samenspraak met hen de praktijkuitvoering vorm te geven. Het is de professionele verantwoordelijkheid van de huisarts om een balans te vinden tussen de soms onvervulbare wensen van haar populatie en andere overwegingen, zoals vakinhoudelijke kennis en een eerlijke verdeling van de zorg.

Ook kan de behandeling en praktijkvoering meer op maat worden gesneden door patiënten te betrekken bij onderzoek en innovatie. Het onderzoek naar de behoeften van bewoners van achterstandswijken ten aanzien van de huisartsenzorg op sociaal-maatschappelijk gebied van de Stichting 1ste Lijn Amsterdam en het Achterstands Ondersteunings Fonds Amsterdam is daar een mooi voorbeeld van.² Daaruit blijkt onder meer dat er behoefte is aan een 'sociaal persoon' die in de huisartsenpraktijk werkt en kan helpen bij sociaal-maatschappelijke problemen en 'regelingen'. Voor migranten, die vaak enigs-

zins wantrouwend staan tegenover de westerse hulpverlening, zou dit bij voorkeur een VETC (Voorlichting in eigen taal en cultuur) moeten zijn. Goede voorlichting over het gezondheidszorgsysteem, het beroepsgeheim en de taken van andere hulpverleners kan helpen dit wantrouwen weg te nemen.

MAATSCHAPPELIJKE EN WETENSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

De veranderingen in de huisartsgeneeskundige zorg, waar Bensing kritiek op heeft, komen niet uit de lucht vallen. Omdat de huisarts midden in de samenleving staat, dat is haar kracht, is het onvermijdelijk dat maatschappelijke ontwikkelingen als marktwerking, consumentisme, toegenomen mobiliteit en vergrijzing hun weerslag hebben op de huisarts. Ook de toenemende medische kennis en mogelijkheden doen hun invloed gelden. We weten steeds meer over risico's op ziektes. Daarmee verschuift het professionele aanbod voor een deel van genezen naar preventie. Het is lang niet altijd meer de bezorgde patiënt die ergens last van heeft en naar de dokter gaat, maar de bezorgde dokter die weet dat er een sterk verhoogd risico is en de potentiële patiënt daarvoor wil behoeden. Het is de verantwoordelijkheid van de professie om op deze ontwikkelingen een passend antwoord te geven met inachtneming van de drie kernwaarden van de huisartsgeneeskunde, die recent opnieuw zijn omschreven en gemoderniseerd maar in essentie dezelfde zijn gebleven: generalisme, persoonsgerichtheid en continuïteit.³

DE KERNWAARDEN ONDER DRUK?

Door ontwikkelingen als ketenzorgprogramma's en taakdifferentiatie staat het generalisme onder druk. Uit het enorme aanbod van ongedifferentieerde klachten weet de huisarts als geen ander te filteren wat onschuldig is en vanzelf of met een beetje hulp weer overgaat en wat nadere diagnostiek en specialistische behandeling behoeft. Patiënten komen niet binnen met ziekten, maar met klachten, en lang niet altijd is duidelijk of klachten een uiting zijn van ziekte en welk orgaansysteem is aangedaan. Daarnaast is door de toenemende vergrijzing steeds meer sprake van mulimorbiditeit. De huisarts is een van de weinige 'specialisten' die in staat is meerdere ziektes tegelijk te behandelen. De diagnostische en therapeutische expertise van de huisarts is breed en moet dat ook blijven om te voorkomen dat patiënten van de ene naar de andere specialist gaan die constateert dat er op haar terrein geen afwijkingen zijn. Er is niets op tegen als huisartsen zich op bepaalde terreinen ontwikkelen tot een expert die collega's kunnen raadplegen, als die brede expertise maar in stand blijft. Om het generalistische karakter van de huisartsgeneeskunde te bewaren is het noodzakelijk om de huisartsgeneeskundige zorg zodanig in te richten dat andere werkers in de praktijk de geprotocolleerde routinezorg samen met de huisarts uitvoeren.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. A.W.M. Kramer, huisarts en senior onderzoeker. VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Van de Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: prof.dr. H.E. van der Horst, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: awmk@xs4all.nl



Foto: Shutterstock/Candybox images

De huisarts heeft dan de tijd om dit essentiële onderdeel van de huisartsgeneeskundige zorg optimaal vorm te geven.

Ook persoonsgerichtheid en continuïteit staan onder druk door het meer parttime werken van huisartsen (mannen en vrouwen), het uitbesteden van diensten en taakdelegatie. Het stelt vooral hoge eisen aan verslaglegging, samenwerking en ict om de kennis in het hoofd van één huisarts om te zetten in gedeelde kennis van het team. Maar het biedt ook voordelen. Bij uitval van die ene huisarts neemt het team het over. Er is minder risico op blinde vlekken en meer kans op het corrigeren van eerder gedane foutieve aannames. Ook voor de patiënt kan het verfrissend zijn eens een andere dokter te spreken. Het biedt hem de mogelijkheid de dokter te zoeken die 'past' bij het probleem waar hij voor komt. Zoals veel vrouwen een vrouwelijke arts willen bij urogenitale klachten, willen mannen een mannelijke huisarts als ze verwachten dat er genitaal onderzoek zal plaatsvinden. De uitdaging voor de beroepsgroep is om de persoonsgerichte, continue zorg die is verbonden aan één huisarts te vertalen in zorg die is verbonden aan een team, waarbij het team rekening houdt met de wensen van zijn patiëntengroep.

Er zijn situaties waar de aan één huisarts gebonden zorg er wel toe doet, bijvoorbeeld in de terminale fase of bij een ernstig life event. In het NHG-Standpunt Huisarts en Palliatieve Zorg staan aanbevelingen voor huisartsen en huisartsenpos-

ten voor het inrichten van de palliatieve zorg.⁴ Uitgangspunt is dat de eigen huisarts de regie houdt, minimaal telefonisch bereikbaar is buiten kantooruren voor overleg en indien mogelijk ook buiten kantooruren zelf de zorg biedt, dan wel goede afspraken heeft gemaakt over wie welke zorg levert.

Taakdelegatie aan assistentes en praktijkverpleegkundigen biedt weliswaar minder persoonsgerichte en continue zorg door de eigen huisarts, maar het voorkomt wel dat mensen worden doorverwezen naar hulpverleners buiten de eigen praktijk. Door de vergrijzing en toegenomen kennis en kunde moet de huisarts veel meer doen dan vroeger. Dit kan alleen maar worden ondervangen door praktijkverkleining en/of taakdelegatie. Uit oogpunt van kostenbeheersing is taakdelegatie onvermijdelijk. Er zijn veel zaken waarmee je als huisartsenpraktijk te maken krijgt waarvan het niet wenselijk is dat de huisarts die afhandelt, zoals het regelen van thuiszorg of het aanstippen van een wrat. Niet alleen uit financieel oogpunt, maar ook zorginhoudelijk kan taakdelegatie voordelen bieden. Uit kwaliteitsonderzoek blijkt dat patiënten met type 2 diabetes minstens even tevreden zijn over de praktijkverpleegkundige als over de eigen huisarts.⁵ Een POH-Ouderen is veel beter in staat om de leefsituatie van ouderen te beoordelen en daarop in te spelen dan een huisarts. Voorwaarde is echter dat de huisarts de tijd en ruimte heeft om de gedeelde zorg te bewaken en daarover de regie te houden. Praktijkverkleining lijkt ons onvermijdelijk, wil de huisarts niet ten ondergaan in de grote hoeveelheid taken die op haar afkomen. Die kleinere praktijken kunnen dan onderdeel uitmaken van grotere verbanden waarin huisartsen met elkaar samenwerken en naar elkaar verwijzen voor specifieke expertise die nodig is bij een bepaalde patiënt. Coöperaties, HOED-en, geïntegreerde eerste lijn zijn een potentieel adequaat antwoord op deze toenemende belasting van huisartsenpraktijken.

CONTINUE DIALOOG

Bensing heeft de vinger op een zere plek gelegd en daarmee een aanzet gegeven tot een discussie die we zeker moeten voeren. Wij willen met ons commentaar deze discussie een iets andere richting geven. Niet omdat de huisarts anders in haar hemd komt te staan, maar omdat de huidige tijd wel om aanpassingen vraagt 'in de kleren van de keizer'. Een voortdurende dialoog in en vanuit verschillende contexten – dorps- en stadsdokters, (potentiële) patiënten, onderzoekers, beleidsmakers, verzekeraars – staat ons voor ogen, waarbij wij als huisartsen onze professionele verantwoordelijkheden bewaken.

LITERATUUR

- 1 Bensing J. De nieuwe kleren van de keizer. *Huisarts Wet* 2011;54:237.
- 2 Eusman JP, Van Langen P, De Vroome MCG. Recept voor hulpverlening. Een onderzoek naar de behoeften van bewoners van achterstandswijken ten aanzien van de huisartsenzorg op sociaal-maatschappelijk gebied. Amsterdam: Stichting 1ste Lijn Amsterdam (ROS) en het Achterstands Ondersteunings Fonds (AOF), 2011.
- 3 NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu. Utrecht: NHG, 2011.
- 4 NHG-Standpunt Huisarts en Palliatieve Zorg. Utrecht: NHG, 2009. www.nhg.org.
- 5 Agis, CQ-index 2010. www.agisweb.nl.