



De huisarts van de toekomst

Samenvatting

Van Weel C. *De huisarts van de toekomst*. *Huisarts Wet* 2012;55(11):500-3. Er is in het publieke debat momenteel een roep om de gezondheidszorg fundamenteel anders in te richten. De daarvoor aangevoerde redenen – financieringsproblemen, vergrijzing, medisch-technische innovatie en informatisering – geven echter een incompleet beeld. Ze versluieren de kernvraag: moet de geneeskunde zich richten op de ziekte(n) die de persoon heeft of op de persoon die de ziekte(n) heeft? De huisartsgeneeskunde beweegt zich van oudsher in dat spanningsveld: de behandeling van ziekten alléén is onvoldoende, gezondheidszorg moet ook persoonsgericht en bereikbaar zijn. Voor de volksgezondheid als geheel zijn deze twee kerncompetenties van de huisarts minstens even effectief als ziektespecifieke behandelingen. Voor een toekomstbestendige gezondheidszorg is een sterk geëquipeerde eerste lijn onontbeerlijk, die individuen en groepen ondersteunt om zo goed mogelijk zelf de regie te voeren over hun eigen ziekte en gezondheid: persoonsgerichte en wijkgerichte zorg heeft de toekomst.

WAT IS HET PROBLEEM?

De maatschappij verandert, en daarmee de gezondheidszorg. Dat noopt tot een bezinning op de rol en taak van de huisarts. In het publieke debat zijn momenteel de financieringsproblemen, de vergrijzing van de bevolking, het schier onbegrensde aanbod van medisch-technische mogelijkheden en de grootschalige publieke toegang tot informatie over ziekten en gezondheid doorslaggevende argumenten om de zorg fundamenteel anders in te richten. Nu zal niemand ontkennen dat de sociaal-economische omstandigheden precair zijn, dat het internet informatie ontsluit op een schaal die men tot voor kort niet voor mogelijk hield, dat er spectaculaire diagnostische en therapeutische innovaties plaatsvinden en dat steeds meer mensen steeds ouder worden, maar dat wil nog niet zeggen dat deze factoren werkelijk aan de wortel liggen van de problemen in de gezondheidszorg. Van een ondeugdelijke probleemanalyse valt weinig heil te verwachten bij de herijking van de gezondheidszorg.

Wat er in ieder geval ontbreekt in het debat over de gezondheidszorg, is een historisch perspectief. Daardoor lijkt het alsof er tot voor kort een effectieve en efficiënt functionerende gezondheidszorg bestond, ingebed in een al even harmonieus academisch stelsel van onderzoek, onderwijs en opleiding. En deze harmonie zou dan ruw zijn verstoord door het *world wide web* en *genomics*. In werkelijkheid bestaat er al lange tijd een spanning tussen de interne dynamiek van de geneeskunde en

de gezondheidszorg enerzijds, en de zich ontwikkelende maatschappelijke behoefte aan zorg aan de andere kant. Zo maakte al aan het eind van de jaren tachtig de Eerste Nationale Studie van het NIVEL duidelijk dat de bevolking verouderde en dat daarin chronische ziekten sterk tot ontwikkeling kwamen in de vorm van comorbiditeit of multimorbiditeit.¹ Niettemin bleven ziektespecifieke richtlijnen nog enige tientallen jaren de kern vormen van het geneeskundige aanbod, en zijn de gezondheidszorg en het biomedisch onderzoek pas sinds kort ontvankelijker geworden voor de implicaties van ‘multimorbiditeitspecifieke’ evidence^{2,3} en daarmee, meer algemeen, zich bewust geworden van de grenzen aan de waarde van ziektespecifiek onderzoek en ziektespecifieke specialisatie.

IS PATIËNTGERICHT OOK EFFECTIEF?

Het probleem van multimorbiditeit roept de vraag op naar de kern van de geneeskunde: moet die zich richten op de ziekte(n) die de persoon heeft of op de persoon die de ziekte(n) heeft? Deze discussie heeft een respectabele voorgeschiedenis. Zij beleefde een apotheose in de jaren vijftig, toen de huisartsgeneeskunde zich wetenschappelijk organiseerde in antwoord op de technische ontwikkelingen in de geneeskunde en de daaruit voortvloeiende ziektegerichte specialisatie en fragmentering. De huisartsgeneeskunde formuleerde kerncompetenties, die tot doel hadden de scheefgroei tussen ziekte en persoon, zorgaanbod en zorgbehoeften te herstellen.^{4,5} Het accent lag daarbij op integrale zorg en continuïteit, generalistische zorg voor de patiënt met zijn ziekte in zijn eigen psychische en sociaal-maatschappelijke omgeving: huisartsgeneeskunde richt zich op alle patiënten, met alle ziekten, in alle stadia.⁶ Inzicht in de ervaringswereld van de patiënt verleent legitimiteit aan het huisartsgeneeskundig handelen, niet het aanbod van een diagnostische of therapeutische techniek: ‘Waarom komt deze patiënt op dit moment met deze hulpvraag?’⁷

De kern

- De gezondheidszorg staat voor grote veranderingen. In het maatschappelijk debat ontbreekt echter een goede probleemanalyse.
- De eerste lijn, huisartsgeneeskunde voorop, moet zich bevrijden van de paradox dat medisch-technische, ziektespecifieke zorg op korte termijn betere resultaten boekt, terwijl investeren in patiëntgerichtheid, bereikbaarheid en continuïteit op langere termijn de gezondheidszorg beter en goedkoper maakt.
- Het zou een belangrijke verbetering zijn als men de structuren binnen de eerste lijn bij elkaar brengt en daarin tevens specialistische zorg (wanneer nodig) organiseert op basis van een persoonsgerichte benadering.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde, 117-ELG, Postbus 9101, 5300 HB Nijmegen: prof. dr. C. van Weel, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: c.vanweel@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze tekst is ten dele gebaseerd op het afscheidscollege van prof. dr. C. van Weel op 30 november 2012, Radboud Universiteit Nijmegen.



Foto: Muller/Hollandse Hoogte

DE PARADOX VAN DE EERSTE LIJN

Lang is aan deze kernwaarden vooral een moreel-maatschappelijke betekenis toegekend. Persoonsgerichte zorg werd gezien als een aangenaam, warm bad, dat kon worden aanbevolen zolang de toestand van de patiënt niet vroeg om méér, om 'echte geneeskunde'. De impliciete aanname was dat vooral de inzet van gespecialiseerde medische techniek de gezondheidszorg effectief maakt.

Deze aanname werd onderuitgehaald door empirisch onderzoek naar de effectiviteit van de gezondheidszorg. Barbara Starfields artikel 'Is primary care essential?' uit 1994 markeert deze omslag, die de persoons- en populatiegebonden kernwaarden van de huisartsgeneeskunde in een nieuw licht zette.⁸ Starfield stelde vast dat een prominente rol van de eerste lijn in de gezondheidszorg samenhangt met een betere gezondheid van de bevolking en grotere kosteneffectiviteit van de zorg. Latere onderzoekers hebben aangetoond dat een krachtige eerste lijn gepaard gaat met een hogere levensverwachting,⁹ minder vroegtijdig overlijden aan een aantal belangrijke doodsoorzaken, een betere gezondheidstoestand^{10,11} en vroegtijdiger diagnostiek van ernstige ziekten.^{12,13} Kort samengevat: de persoonsgerichte aandacht van de eerste lijn is méér dan een warm bad maar levert ook een essentiële bijdrage aan de volksgezondheid.

Dat maakt het relevant om het verschil in resultaten tussen generalist en (sub)specialist onder de loep te nemen. Kijkt men alleen naar ziektespecifieke indicatoren, dan boekt de huisarts minder goede resultaten dan de (sub)specialist. Kijkt men echter naar de volksgezondheid als geheel, dan is de eerstelijns zorg geassocieerd met betere gezondheid, lagere kosten, betere kwaliteit en eerlijkere verdeling van zorg. Men heeft dit de *paradox of primary care* genoemd.¹⁴ De behandeling van ziekte alléén is onvoldoende voor een gezondheidszorg die de ambitie heeft om de gezondheidsstatus van de bevolking te bevorderen. De kerncompetenties van de huisarts houden

méér in dan de op zichzelf prijzenswaardige bejegening van patiënten. Het zijn professionele competenties die direct effect hebben op de gezondheid van mensen én van populaties.

KERNWAARDEN

Uit deze analyse vloeit voort dat persoonsgerichte kwaliteiten een belangrijke determinant vormen voor de effectiviteit van de gezondheidszorg. Die kwaliteiten moeten dus ook voor de toekomst zeker gesteld worden. Dat houdt in: gezondheidszorg die gericht is op de persoon en gebaseerd is op kennis over die persoon en diens omgeving; gezondheidszorg die gericht is op alle ziekten en problemen en die plaatst tegen de achtergrond van wat normaal of abnormaal, acceptabel of verontrustend is; gezondheidszorg die de dynamiek van ziektekenmerken afweegt tegen de weerbaarheid, draagkracht en draaglast van de patiënt; gezondheidszorg die steeds opnieuw de balans opmaakt van de opbrengst en risico's van medisch doen en laten.

Een essentiële voorwaarde voor die zorg is bereikbaarheid – in fysieke, maar vooral in 'emotionele' zin. Bereikbaarheid is

Abstract

Van Weel C. *The general practitioner of the future. Huisarts Wet* 2012;55(11):500-3.

There is currently debate on the need for a fundamental change in the organization of healthcare. Yet the reasons given for this, such as financial problems, population ageing, medical-technological progress, information technology, do not provide the complete picture and mask the real question – should medicine focus on the ailments/diseases a person has or on the person who has ailments/diseases? General practice medicine has long balanced between these two approaches: treatment of disease alone is insufficient, health services should be patient centred and available. For public health in general, these two core competences of general practitioners are at least as effective as disease-specific treatment. Well-equipped primary care is an essential element of future healthcare services, providing individuals or groups with support to take control of their own health: the future may lie in individual- and neighbourhood-centred care.

vooral belangrijk wanneer het erom spant, wanneer huisarts en patiënt het niet vanzelfsprekend eens zijn over de te nemen beslissingen. Het kan bijvoorbeeld gaan om een patiënt met persisterende klachten die medisch onverklaarbaar blijken,¹⁵ om een patiënt die aan verschillende ziekten tegelijkertijd lijdt¹⁶ of om een terminale patiënt die om euthanasie vraagt.¹⁷ In zulke gevallen is het niet altijd mogelijk om tot een vergelijk te komen en moet de huisarts investeren in de professionele relatie met de patiënt. Het blijkt dan vaak toch mogelijk om een goed zorgplan op te stellen zonder de patiënt in een medisch keurslijf te persen en zonder zijn toevlucht te nemen tot oneigenlijke medische handelingen.¹⁵⁻¹⁷

NAAR EEN STERKE EERSTE LIJN

Twee problemen staan de verdere versterking van de huisarts-geneeskunde – en ipso facto die van de gezondheidszorg – in de weg. Het eerste is de globale aard van de kerncompetenties. Dat de arts-patiëntrelatie, continuïteit van zorg en het niet-pluisgevoel belangrijk zijn, is één, maar in de dagelijkse praktijk zijn ze niet altijd even belangrijk. Feitelijk weet men niet precies wat ze nu beter of slechter, effectiever of minder effectief maakt en daardoor houdt de effectiviteit van de eerste lijn iets van een *black box*. Er moet meer inzicht komen in de kerncompetenties – het onderhouden van de relatie met de patiënt, het arrangeren van zorg door de tijd heen, het inschatten van de ernst van klachten – zodat men zinvolle variatie kan stimuleren en ongewenste variatie kan tegengaan.

Een tweede probleem is dat ‘persoonsgerichtheid’ nog overwegend als een kenmerk of vaardigheid van de individuele hulpverlener wordt gezien, terwijl de feitelijke zorg in de eerste lijn niet langer geleverd wordt door de huisarts-solist, maar door een multidisciplinair team. Dat lijkt een tweede paradox: waar de kracht van de eerste lijn bestaat uit verbinden en integreren, dreigt het persoonlijke karakter van de arts-patiëntrelatie een rem te zetten op volledige benutting van dit multidisciplinaire potentieel. Een goed ontwikkelde eerste lijn is persoonsgericht, maar de gezondheidszorg functioneert in sterke mate als een structuur van op zichzelf staande bolwerken van kennis en expertise. Daardoor blijft ook in de eerste lijn de focus te zeer liggen op behandeling van ziekten ten koste van gezondheidsbevordering en preventie. Hoe sterk de eerste lijn ook is, door dit gebrek aan verbinding tussen gezondheid(szorg) en welzijn blijven belangrijke behoeften ongedekt. De patiënt ondergaat gezondheidszorg en zijn individualiteit gaat ten onder in het systeem. Behandeling van ziekten leidt vaak niet of onvoldoende tot verbetering van gezondheid en/of welzijn, terwijl goede mogelijkheden om diezelfde ziekten te voorkomen blijven liggen.

Het zou een belangrijke verbetering zijn als men de structuren binnen de eerste lijn bij elkaar brengt en organiseert op basis van een persoonsgerichte benadering, zodat er een systeem ontstaat waarin de hulpverleners gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de kernwaarden van de gezondheidszorg:¹⁸

- van systeemgericht naar persoonsgericht;
- van curatie naar preventie;

- van bolwerk naar netwerk naar buurtwerk;
- verbinden van gezondheid en welzijn.

DE HUISARTS VAN DE TOEKOMST

Deze integratie vormt de essentiële laatste stap in een ontwikkeling die ruim vijftig jaar geleden in Nederland en Groot-Brittannië begon met de oprichting van de eerste wetenschappelijke verenigingen voor huisartsgeneeskunde. In die vijftig jaar is duidelijk geworden dat de eerste lijn een vitaal onderdeel is van de gezondheidszorg, maar ook dat zij haar kracht ontleent aan de samenhang met andere geneeskundige en maatschappelijke actoren. De integratie brengt een zorgcontext tot stand die gericht is op de persoon in diens omgeving, met aandacht voor gezondheid, ziekte en welzijn. Zo’n context biedt betere voorwaarden voor het inbrengen in en delen met (sub)specialistische expertise in de eerste lijn.¹⁴

Het inbedden van ‘oude’ kernwaarden in de hedendaagse (zorg)realiteit is prioriteit om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Verlegging van het zorgzwaartepunt van ziekenhuis naar thuis, buurt en wijk opent daarbij de mogelijkheid om de aloude samenhang tussen openbare gezondheid en eerste lijn te actualiseren. Sinds de negentiende eeuw heeft deze samenhang tot belangrijke innovaties geleid – denk aan de volkshuisvestingsinitiatieven van Wibaut en de zijnen, aan de malariabestrijding in het Hollandse polderland of aan de aandacht voor ondervoeding.¹⁹ ‘De wijk’ is hierin de belichaming van de concrete woon- en leefomgeving, die in belangrijke mate de gezondheidstoestand van de bewoners bepaalt.²⁰ Analyse van de lokale omstandigheden maakt het mogelijk in te spelen op concrete behoeften en noden van de bewoners. Iedere huisarts heeft zijn ‘wijk’ – zijn praktijkpopulatie –, en iedere ‘wijk’ is anders. Het huisartseninformatiesysteem bevat veel informatie over die populatie, die effectiever zou kunnen worden ingezet voor het plannen van zorg. Ook andere informatiebronnen zijn te raadplegen – bijvoorbeeld GGD’s, verzekeraars of sociaal-economische gegevens van gemeenten. Bundeling van de informatie uit verschillende bronnen tot ‘wijkanalyses’ levert zo veel kennis op van de lokale omstandigheden dat het mogelijk wordt om niet alleen goed te reageren op vragen en klachten die tijdens het spreekuur voorbijkomen, maar ook proactief in te spelen op de behoeften van de eigen praktijkpopulatie.

In de regel kunnen de meeste mensen de meeste gezondheidsproblemen zelf oplossen. Juist dan is het belangrijk aandacht te hebben voor degenen die tussen wal en schip vallen: kwetsbare ouderen, mensen met verstandelijke beperkingen, slachtoffers van (huiselijk) geweld, illegalen en daklozen. Maar ook overigens autonome mensen die hulp nodig hebben in de confrontatie met bedreigende ziekten of ontwrichtende sociaal-maatschappelijke omstandigheden.

CONCLUSIE

Onontbeerlijk voor een toekomstbestendige gezondheidszorg is een sterk geëquipeerde eerste lijn die individuen en groepen ondersteunt om zo goed mogelijk zelf de regie te voeren over hun eigen ziekte en gezondheid. Die eerste lijn – met de huis-

arts voorop – verbindt professionals uit de tweede lijn rond diegenen die professionele zorg nodig hebben. Zij opereert daarbij in nauwe samenhang met de openbare gezondheidszorg, zodat zij kennis over de populatie en inzicht in de specifieke noden en behoeften daarvan kan vertalen in gerichte programma's voor preventie en zorg.

Informatie- en communicatietechnieken zullen onontbeerlijk zijn om kennis daar te brengen waar deze nodig is, en om fysieke afstanden tussen patiënten en professionals te overbruggen. Het verdient bijzondere aandacht ervoor te zorgen dat deze technieken niet slechts toegankelijk zijn voor de *happy healthy few* maar juist ook voor de meest kwetsbaren.²¹

Bij een toekomstbestendige gezondheidszorg hoort een toekomstbestendige financiering. Die financiering betaalt de zorg die nodig is, en niet de professional die zich van die zorg meester heeft gemaakt. Die financiering belooft preventie en gezond gedrag, en bevordert autonomie.

Tot slot geeft een toekomstbestendige gezondheidszorg zich rekenschap van het feit dat mensen 24 uur per dag ziek kunnen worden en een beroep op zorg moeten kunnen doen. Dat de eerste lijn, met de huisarts als kern, onontbeerlijk is voor duurzame zorg betekent óók dat die eerste lijn 24 uur per dag ten volle toegankelijk moet zijn. ■

LITERATUUR

- 1 Schellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk EH, Van Eijk JThM, Van Weel C. Co-morbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993;46:469-73.
- 2 Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: Conflicting interests. *Lancet* 2006;367:550-1.
- 3 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716-24.
- 4 Vroege NH. Het Woudschoten-rapport. *Huisarts Wet* 1966;9:372-85.

- 5 Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: The European Society of General Practice/Family Medicine Europe, 2002. <http://www.woncaeurope.org>, geraadpleegd 25 mei 2012.
- 6 Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)/wetenschappen. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, 1991.
- 7 Olde Hartman TC, Van Ravesteijn H, Lucassen P, Van Boven K, Van Weel-Baumgarten E, Van Weel C. Why the 'reason for encounter' should be incorporated in the analysis of outcome of care. *Br J Gen Pract* 2011;61:750-1.
- 8 Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
- 9 Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract* 1998;47:105-9.
- 10 Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? *J Public Health Med* 2002;24:252-4.
- 11 Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37:111-26.
- 12 Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N, Roetzheim RG. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *J Am Board Fam Pract* 2000;13:408-14.
- 13 Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med* 2003;35:60-4.
- 14 Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009;7:293-9.
- 15 Olde Hartman T, Hassink-Franke L, Lucassen P, Van Spaendonck K, Van Weel C. Explanation and relation: How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:68.
- 16 Luijckx HD, Loeffen MJ, Lagro-Janssen AL, Van Weel C, Lucassen PL, Schermer TR. GPs' considerations in multimorbidity management: A qualitative study. *Br J Gen Pract* 2012;62:503-10.
- 17 Dees M, Dekkers W, Vissers K, Van Weel C, Vernooij-Dassen M. Exploring unbearable suffering in a request for euthanasia. *Palliative Medicine* 2012. Geaccepteerd: september 2012.
- 18 Nijmeegs Manifest. Nijmegen: UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeeneeskunde, 2010. http://stats.uci.ru.nl/~wvgerwen/koploper/1.0manifest_versie1.2.pdf, geraadpleegd 25 mei 2012.
- 19 Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. De huisarts van toen: Een historische benadering. Rotterdam: Erasmus publishing, 1995.
- 20 CSDH. Closing the gap in one generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf, geraadpleegd 25 mei 2012.
- 21 Robben SH, Perry M, Huisjes M, Van Nieuwenhuijzen L, Schers HJ, Van Weel C, et al. Implementation of an innovative web-based conference table for community-dwelling frail older people, their informal caregivers and professionals: A process evaluation. *BMC Health Serv Res* 2012;12:251.

Nico van Duijn

Lange werkweek

Per week 84 uur werken tijdens de opleiding tot arts (Canada) levert iets betere dokters op dan bij 48 uur (Nederland). Het verschil is klein. Beter is te zeggen dat 84 uur per week sneller volleurde dokters oplevert. Want uiteindelijk word je toch wel een bekwaame dokter als je maar voldoen de ervaring opbouwt. Wat is ietsje meer bekwaam?

De Canadezen zijn na hun opleiding iets beter in het aanpakken van complexe problemen, de echte puzzels. Die komen niet vaak voor. Daarom hebben Canadezen met hun langere werkweek

meer ervaring met puzzels. Nederlandse dokters leren dat wat later. Uit 1975 ken ik dat leven als arts-assistent; 12-urige werkdagen plus een nacht- of weekenddienst, zonder uitslapen daarna, 72-84 uur per week. Nooit bijscholing, nooit onderwijs van de baas, alleen praktische oplossingen. Als je 12 uur per dag door het ziekenhuis holt, dan word je in korte tijd een handige dokter. Zelfvertrouwen, improviseren en tempo maken, dat is wat je leert. Maar je leert niet te leren. Je leert je te redden. In Nederland vermeldt de CAO voor jonge dokters 48 uur maximaal. Dat is beschaafd, al heb ik persoonlijk geen medelijden met wie 60 uur per

week werkt. Maar daarboven is het overleven. Kun je in 48 uur per week een vak leren? In 30 uur misschien ook? Ik denk dat dit kan, als je goed onderwijs krijgt en 's avonds veel studeert. Goed onderwijs is namelijk meer dan iets domweg vaak doen. Tegelijk moet je zuinig op jezelf zijn. Een stukgewerkt mens is geen goede dokter. Van lange werkweken word je snel een handige dokter. Maar die handigheid is niet slijtvast. Die handigheid is na 10 jaar ouderwetse routine geworden. Van 48 uur per week met goed onderwijs word je een leerbare dokter. En dat blijft. ■

