

'De nieuwe huisarts' over actuele ontwikkelingen

Marjan Kruijer zit in het tweede jaar van haar opleiding tot huisarts aan het AMC en is voorzitter van de LOVAH. Paulus Lips is lid van *Generation Next* en voorzitter van de LHV-afdeling WADI, die de belangen behartigt van waarnemers en hidha's. In een dubbelinterview vertellen zij hoe ze staan tegenover enkele ontwikkelingen in de zorg die elders in dit nummer ter sprake komen. Al discussiërend dwalen ze af naar vele thema's die in de dagelijkse praktijk van de huisarts een rol spelen.

Behandeling van de persoon of de ziekten?

Chris van Weel stelt dat het probleem van multimorbiditeit de vraag oproept naar de kern van de geneeskunde: moet die zich richten op de ziekten die de persoon heeft of op de persoon die de ziekten heeft? (zie pagina 500). Wat vinden beiden van deze vraag? Lips: 'Ik vind dat een wat kunstmatige tegenstelling die ik zelf in de praktijk niet ervaar. Je kunt als goede dokter niet alleen maar ziekten behandelen; je moet altijd ook de context, vragen en problemen van de patiënt meewegen.'



Is het niet lastig om zicht te houden op de context van de patiënt nu de praktijkondersteuner een groot deel van de chronische zorg op zich neemt? Lips: 'Je moet natuurlijk korte lijnen hebben met je POH en even door de COPD- of diabetesstatus bladeren als je een patiënt na langere tijd zelf weer ziet. Maar omdat de POH veel meer tijd heeft voor de patiënt dan ik, komt ze ook meer over diens context te weten. Dat zie ik eerder als een aanvulling. Wel is het de vraag wat straks allemaal tot het domein van de huisarts gaat behoren. Het is de bedoeling dat we zorg van de ziekenhuizen overnemen, maar hoe breed gaat dat worden? En hoe lang is het dan nog mogelijk om samenhang in je team te houden?'

Kruijer: 'Bij de uitbreiding van huisartsenzorg hoor je altijd alleen maar over herschikking van taken over meerdere praktijkmedewerkers. Niemand noemt de optie dat er per huisarts misschien minder patiënten moeten komen. Die taakherschikking is al gaande, maar hoe wenselijk is die als je niet wilt dat huisartsen straks alleen nog maar praktijkmedewerkers aansturen? Daar zijn ook andere competenties voor nodig – leiderschap, managementkwaliteiten – en die komen maar ten dele in de opleiding aan de orde.'

Lips: 'Eerlijk gezegd vind ik het heerlijk dat de praktijkondersteuner mij werk uit handen neemt en dat doet ze uitstekend. Maar dat heeft wel een plafond als je zicht wilt blijven houden op de context van de patiënt.'

Kruijer: 'In elk geval kun je niet alleen ziekten behandelen. In de steeds groter wordende praktijken is het wel een uitdaging om zicht te houden op de context van de patiënt, maar juist dat is een kernwaarde van de huisarts.'

Is het bij dit dilemma – behandeling van de persoon of de ziekten – niet ook een probleem dat er steeds meer parttime werkende huisartsen komen? Lips: 'Ik werk de ene helft van de week, mijn maat de andere helft. Patiënten gaan vanzelf kiezen voor hun eigen huisarts bij niet-spoedeisende problemen en wijken uit naar de ander voor acute

zorg. Ook hier geldt: je moet korte lijnen houden.'

Kruijer: 'Hierbij helpen de ict-mogelijkheden enorm. Vroeger zou dit niet gekund hebben! Ik denk ook beslist dat het EPD onontkoombaar zal blijken. Over tien jaar zul je denken dat het toch gek was dat je nu niet eens op de hoogte bent van bijvoorbeeld het medicijngebruik van je patiënt, terwijl dat bij de apotheek wel bekend is.'

Lips: 'Over tien jaar doen we vast ook allemaal consult achter de computer. De ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde gaan zo snel. Als je ziet hoezeer de kwaliteit van onze zorg is verbeterd in vijftig jaar, mag je daar best trots op zijn.'

Terughoudendheid versus 'u vraagt, wij draaien'

Volgens Dwarswaard vindt een deel van de huisartsen dat je moet meegaan met de wensen van de patiënt zolang je die daarmee niet schaadt. Anderen houden vast aan de traditionele terughoudendheid en voelen zich verantwoordelijk voor de kosten van de zorg (zie pagina 504). Ondermijnt deze tweespalt niet de kracht van de beroepsgroep?

Kruijer: 'Ik vind het een mooi uitgangspunt dat de patiënt leidend is, maar het is dan wel moeilijk om grenzen te stellen. Er is medisch zo veel mogelijk dat we misschien te ver zijn doorgeslagen.'

Lips: 'Volgens mij wordt het nog meer "u vraagt, wij draaien" en gaan we alles leveren wat de patiënt wil. Dan staat de ziekte van de patiënt niet meer centraal maar de wens van de cliënt.'

Kruijer: 'Maar misschien moeten we dat niet laten gebeuren. We hebben er bezwaar tegen dat mensen naar huisartsenposten gaan met niet-urgente klachten, maar we blijven daar gewoon behandelen. Zo ook klagen we dat patiënten alleen maar komen met de vraag om verwijzing, maar die geven we vervolgens wel, zelfs al vinden we verwijzing niet nodig. Op individueel niveau is het lastig zorg te weigeren; daar moeten we als beroepsgroep een beter kader voor creëren.'

Lips: 'Daarvoor is volgens mij geen

absoluut kader te schetsen. Er moet discussie over ontstaan, niet alleen binnen de beroepsgroep, maar bij iedereen. Bijvoorbeeld over de grenzen van preventie en medisch handelen aan het levenseinde. De vanzelfsprekendheid van behandeling moet van tafel; dat zou beter werken dan een strikt kader.'

Kruijer: 'Anderzijds is er weinig begrip voor patiënten die níet kiezen voor behandeling. Je moet voor je gezondheid vechten, zo niet, dan vinden ze je soms je een *loser*. "Wil je dan dood?" Niet-behandelen moet natuurlijk ook gewoon een keuze zijn.'

De maatschappelijke discussie zwol recentelijk aan toen de zorgverzekeraars dreigden de medicijnen tegen Pompe en Fabry niet meer te vergoeden. Wat vinden beiden daarvan? Kruijer: 'Het zijn slechte discussies als het alleen over geld gaat; het moet gaan over kosteneffectiviteit. Niet: "Het kost honderd euro dus u krijgt het niet", maar: "Het helpt niet dus u krijgt het niet."

Lips: 'Dat kunnen we alleen samen met de tweede lijn. Gelukkig zie je op dat punt al wel verbetering, dankzij de onderlinge discussie. Ook denk ik dat mensen bewuster worden door een eigen bijdrage en inzicht in de kosten van onderzoek of behandeling. Dat kan de kosten ook drukken.'

Kruijer: 'Volgens mij niet. De patiënt krijgt in december de rekening, dus dan weet hij nog steeds niet wat een behandeling hem kost op het moment dat die zich aandient. Bovendien zul je zien dat als het eigen risico in een bepaald jaar is opgesoupeerd, de patiënt in december nog gauw even van alles wil. En je creëert consumentisme: "Ik betaal ervoor, dus nou wil ik het hebben ook!" Wie ben ik dan nog om te zeggen dat een behandeling geen zin heeft? Overigens zijn er ook veel mensen die de zorg die ze nodig hebben niet krijgen omdat ze het niet kunnen betalen, bijvoorbeeld in de GGZ.'

Wetenschap in de opleiding

Kortekaas en Assendelft melden dat de Nederlandse huisarts het goed doet – ook wereldwijd – op het gebied van onderzoek (zie pagina's 486-493). Is er in

de huisartsenopleiding voldoende aandacht voor wetenschap? Kruijer: 'Ik zeg volmondig ja, want ik ben zojuist begonnen aan een wetenschapsstage. Die mogelijkheid is er sinds kort. Het streven is dat 10% van de aiOS zich met wetenschap gaat bezighouden en ik denk dat we dat wel gaan halen. De SBOH stimuleert aiotho-schap, congresbezoek en cetera. Hoe gewoner aandacht voor wetenschap wordt, hoe leuker het zal worden gevonden. Volgens mij krijgt dat een sneeuwbal-effect.'

Lips: 'Ik zou wensen dat er nog veel meer eerstelijns-onderzoek komt. Ik zie het als uitdaging voor de toekomst dat meer huisartsen betrokken raken bij onderzoek en hun data daarvoor ter beschikking stellen. De academische netwerken zijn nu vaak nog erg klein.'

De toekomst van 'de nieuwe huisarts'

Het congres-thema is dit jaar *De nieuwe huisarts*. Waar denken Kruijer en Lips over tien jaar zelf te staan? Kruijer: 'Ik hoop dan een gedeelde praktijk te hebben met twee à drie huisartsen, want ik zie mezelf niet als solist. Daarnaast wil ik nog wat tijd hebben voor onderzoek, onderwijs en beleid, want ik kan niet kiezen...'

Lips: 'Over tien jaar ben ik zeker nog huisarts en daarnaast zal ik ook wel andere dingen blijven doen. Maar *Generation Next* loopt af. Dat is goed, want dat moet zich blijven vernieuwen. En ook uit WADI moet ik weg nu ik per 1 januari ga associëren met mijn collega.'

En hoe zal de huisartsgeneeskunde er over tien jaar voor staan?

Lips: 'Ik denk dat we een rooskleurige toekomst tegemoet gaan. We kunnen in de gezondheidszorg niet buiten de huisarts en dat zal alleen maar duidelijker worden. We leveren met nog geen tienduizend huisartsen het overgrote deel van de gezondheidszorg; dat is goedkope topzorg!'

Kruijer: 'En de overgrote meerderheid van de patiënten geeft hun huisarts een extreem hoog cijfer. De patiënttevredenheid is dus heel groot en dat geeft kracht voor de toekomst.'

Toch brengt de politiek de positie

van de huisarts steeds opnieuw in het geding. Schuilt hierin niet ook een risico?

Kruijer: 'Nee, dat houdt ons scherp. Het is wel goed dat er soms tegen ons wordt aangeschopt.'

Lips: 'Je ziet ook telkens dat als ze zich erin verdiepen, ze toch een sterke huisarts willen houden.'

Voorzien beiden dus geen veranderingen in het vak in de komende tien jaar?

Kruijer: 'Misschien zit je dan niet meer altijd met de patiënt tegenover je aan een bureau. En natuurlijk is er dan wel een EPD!'

Lips: 'De kernwaarden van de huisarts blijven wel overeind, maar de omstandigheden zullen sterk veranderen. Ik hoop in elk geval op een intensieve samenwerking met de tweede lijn.'

Kruijer: 'En op een goede samenwerking tussen de SEH en de huisartsenposten. Ook hoop ik dat flink wordt ingezet op zelfmanagement en *empowerment* van de patiënt. Thuisarts.nl helpt de patiënten nu al prima: met de informatie daar voelen ze zich serieus genomen en dat is wat ze willen. Met alle ict-mogelijkheden die er zijn, kunnen we dat aspect in de toekomst voor de patiënt verder versterken.' ■

Ans Stalenhoef

