

Interview met Jan Galesloot: 'We moeten weer echte huisartsen worden'

In de achterstandswijk Hillesluis in Rotterdam-Zuid heeft Jan Galesloot samen met collega-huisarts Sonja Hanedoes gekozen voor een bijzondere praktijkvorm, waarbij twee verpleegkundigen en acht praktijkassistentes een belangrijke rol hebben. Zo spelen hij en Hanedoes het klaar om samen in 1,4 fte een praktijkpopulatie van 5.300 patiënten van huisartsgeneeskundige zorg te voorzien. In een interview vertelt Galesloot hoe dat gestalte krijgt en welke richting de Nederlandse huisarts naar zijn mening zou moeten kiezen.

Huisarts van het jaar

Toen ter gelegenheid van de WONCA Europe Conference 2004 in Amsterdam voor het eerst de 'Achmea Huisartsen Award' werd uitgereikt, viel Galesloot de eer te beurt als 'huisarts van het jaar' te worden gekozen. 'Ik geloof dat de belangrijkste reden daarvoor was dat ik het hier in deze moeilijke buurt überhaupt volhield', vertelt hij met de hem kenmerkende snelle glimlach. 'Maar natuurlijk ook vanwege de nieuwe werkvormen die we hebben gecreëerd, en voor de manier waarop wij hier in teamverband werken.'

Spontaan ontstaan

De praktijkvorm is min of meer noodgedwongen ontstaan. Galesloot praktiseerde destijds al in de zeer bewerkelijke achterstandswijk. 'Als ik mijn vak leuk wilde blijven vinden, was het niet goed om op de gebruikelijke manier door te gaan. Al twaalf jaar geleden, toen ik nog een eenmanspraktijk had, trainde ik daarom een assistente om meer taken voor haar rekening te nemen. Ze ging kleine aandoeningen behandelen en ze nam de gewone verkoudheidsjes bij kinderen en dergelijke voor haar rekening. Uiteraard keek ik altijd mee, maar het ging heel goed. En het bleek de assistente optimaal te motiveren. Zo groeiden we gestaag; op een gegeven moment had ik drie assistentes in dienst, die allemaal hun eigen taken hadden. We zaten in een gebouw met meerdere kamers, dus ze hadden eigen ruimtes om hun werk te doen. Ik trainde hen op die gebieden waar ze belangstelling voor hadden en gaf ze daar dan ook taken in. Zo bleek ik hen bovendien als personeel aan de praktijk te binden.'

Financiële noodzaak

In de loop der jaren groeide deze constructie verder uit, zeker toen Galesloot nog een praktijk van een collega erbij overnam. 'Dat was overigens ook om financiële redenen, want ik had meer patiënten nodig om voldoende inkomen te genereren. Mijn werkwijze bleek namelijk niet lonend. Ik had inmiddels ook een verpleegkundige in dienst en ik trainde hem om nog meer taken van mij over te nemen. We ontdekten geleidelijk wat hij zelf kon doen en wat hij onmiddellijk aan mij moest overdragen. Hij deed de intake voor een consult, dan kwam ik erbij, en als de situatie het toeliet deed hij vervolgens de afronding. Ook dat ging goed en hij groeide steeds verder in zijn

werk. Daarom durfde ik het aan om, toen de gelegenheid zich aandeede, de praktijkomvang te verdubbelen.'

Toen later de POH-gelden kwamen, werd de financiële armslag ruimer. Wel laat Galesloot de - inmiddels twee - verpleegkundigen meer taken uitvoeren dan de voor de praktijkondersteuner gebruikelijke diabetes- en astma/COPD-begeleiding. 'Dat zou voor hen wat te eentonig kunnen zijn. Ik wil voor mezelf niet dat ik me ga vervelen, en ik wil dat dus ook niet voor anderen. Gelukkig heb ik kunnen bedingen dat de verpleegkundigen de algemene intake kunnen doen.'

Afwisseling voor iedereen

Inmiddels is een tweede huisarts aangetrokken in de persoon van Sonja Hanedoes. Zij praktiseert drie dagen per week; Galesloot vier dagen per week. Van de twee verpleegkundigen in de praktijk is er een afkomstig uit het ziekenhuis, de ander uit de wijkverpleging. In wisselende aanstellingsgrootten zijn er acht praktijkassistentes werkzaam, van wie er vijf aanvullende taken doen. 'Mijn streven is niet zozeer om taken te verschuiven of af te stoten', vertelt Galesloot. 'Ik wil gewoon afwisseling in mijn werk en ik probeer dat ook voor anderen te creëren. Ik ben een wat ongeduldig mens, dus dit is voor mij een goede manier om optimaal te kunnen werken.'

Een deel van de ochtend is gevuld met een inloopsprekkuur, dat het afsprakensprekkuur grotendeels heeft verdrongen. Ook de assistentes doen dan veel intakes, waarna Galesloot het consult afrondt. 'Patiënten die direct een arts willen spreken, kunnen dat natuurlijk aangeven. Slechts ongeveer 20 procent van de praktijkpopulatie blijkt dat te doen. We hebben een bureau opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de mening van de patiënten, en die bleken heel tevreden te zijn over onze werkvorm.'

Opleiding en motivatie

De praktijkassistentes die zich verder willen ontwikkelen, kunnen gebruikmaken van hun eigen vaardigheden, interesses en ervaringen. 'We hebben bijvoorbeeld een assistente met veel levenservaring; zij houdt nu gesprekken over opvoedingsproblemen en ze begeleidt patiëntjes met bedplassen. Weer een andere geeft ondersteuning bij borstvoeding. En een assistente die zich heeft ontwikkeld tot voedingsdeskundige doet nu een project met zestig hooggemotiveerde diabetespatiënten die voedingssupplementen slikken. Dat gaat als een speer; het is toch opmerkelijk dat we al een paar diabetes hebben genezen!'

Tweemaal per jaar worden functioneringsgesprekken gevoerd. 'Dan bekijken we waar iemand goed in is, of in welke richting iemand zich wil ontplooiën. Daar wordt vervolgens vaak ook ruimte voor gemaakt. Meestal doen we de trainingen zelf, maar ook worden wel cursussen gezocht die iemand kan volgen.'

Naast zijn huisartsenwerk praktiseert Galesloot gedurende een dag



per week als manueel therapeut. 'En een van de assistentes heeft fysiotherapie gedaan. We kunnen dus ook heel veel problemen aan het bewegingsapparaat binnen de praktijk zelf oplossen.'

Hanedoes heeft zich gespecialiseerd in oogheelkunde. Galesloot vindt het leuk om mogelijkheden te creëren voor al deze specialisaties. 'Maar dan wel op een huisartsenmanier.'

Is het - met al die specialisaties en voorbereidende taken van anderen - niet lastig om de eigen generalistische kennis op peil te houden? 'Nee, integendeel. Als iemand anders de intake heeft gedaan, moet ik heel snel contact kunnen leggen en beslissen wat nodig is. Ik zie eigenlijk alleen maar méér beelden dan bij de gebruikelijke consultvorm. Dat houdt me alert en scherp. Bovendien doe ik natuurlijk ook nog gewoon mijn eigen consulten.'

Zorgen in probleemwijk

Het werken in een van de armste woonwijken van Nederland zorgt voor zijn eigen problematiek. In Hillesluis heerst een enorme werkloosheid en de bewoners hebben een zwakke sociaal-economische status. 'De mensen hier hebben weinig zelfvertrouwen en komen erg vaak naar de dokter. Ze leven ongezonder - en korter! - en er is veel verslavingsproblematiek. Kortom, ze zijn gewoon vaker ziek.'

Circa 85 procent van de wijk bestaat uit allochtonen, maar taalproblemen ervaart Galesloot allang niet meer. 'Maar misschien is dat omdat ik niet anders meer weet.' Wel ziet de praktijk onder allochtonen wat meer diabetes en overgewicht. 'Het grootste probleem is echter wat ik "welvaartziekten" noem: maagklachten, rugpijn, hoofdpijn. Ik wijt dat vaak aan een cultuurshock in eetpatroon en omgevingsfactoren. Je ziet wel eens dat bijvoorbeeld diabetespatiënten tijdens een bezoek aan het thuisland hun pillen niet innemen, en dan gaat dat toch goed. Ze eten er anders, ademen schone lucht in, hebben geen stress; zoïets. Als ze hier weer terug zijn, vallen ze meteen weer terug in hun levenswijze van hier, met alle gevolgen van dien. Daar kun je als huisarts ook niet zoveel tegen doen, mensen leven zoals ze willen. Maar je kunt het ze wel steeds opnieuw - met een heleboel humor - uitleggen.'

Weg met de pillen!

Galesloot is een fervent voorstander van 'gezond leven', iets wat in een achterstandswijk niet altijd hoog in het vaandel van de bewoners geschreven staat. In dit aspect specialiseerden zich twee praktijkassistenten. 'Die hebben nu samen een boekje gemaakt over gezonde voeding, en dat gaan ze uitdelen onder de patiënten. Geweldig vind ik dat!'

Als Galesloot over dit onderwerp praat, loopt hij echt warm. 'Nederlandse huisartsen lijken steeds meer op medisch specialisten en gaan te veel mee in de heersende farmaceutische visie. Het idee dat pillen het enige is wat werkt, het enige wat echt evidence heeft,

is volgens mij heel slecht. Ik denk dat een gezond leven het enige is wat telt, want daarmee voelt een mens zich beter in zijn vel, en dát is toch het belangrijkste? Die "polypil" waar iedereen het nu over heeft, stigmatiseert volkomen gezonde mensen tot patiënten. Dat tast je vitaliteit aan en maakt dat je angstig en negatief gestemd raakt, dat je je ongezond, oud, half afgeschreven voelt. Om dezelfde reden heb ik een enorme hekel aan categorale spreekuren. Als je tussen de probleemgevallen in de wachtkamer zit, geeft dat het gevoel dat je net zo ziek bent als zij. Het is al erg genoeg als iemand met bijvoorbeeld diabetes wordt geconfronteerd met steeds achteruitgaande testwaarden. Die moet je niet ook nog eens confronteren met de problemen van lotgenoten, want dat is ziekmakend. Diabetespatiënten komen bij ons dus gewoon op het spreekuur; we zien wel in het HIS welke controles en metingen moeten worden gedaan.'

Uitbreiding van zorg

Hoe spelen twee huisartsen in parttime aanstellingen het klaar om de zorg voor 5.300 patiënten te waarborgen? 'Door de manier waarop wij onze ondersteuning hebben geregeld, kunnen we heel veel patiënten opvangen, en vooral ook "vasthouden". Ziekenhuiszorg is mijns inziens vaak te onpersoonlijk en daardoor ondoelmatig. Een heleboel van de zorg kan gewoon weer terug naar de huisarts, en dan moet de huisarts weer terug naar de kern van zijn vak. Evidence based medicine is te sterk gebaseerd op farmaceutische trials, zo schrijven we steeds meer pillen voor. Neem nou een patiënt die levenslang op de statines wordt gezet. Ik twijfel eraan of dat wel goed is en leg aan de patiënt uit dat die pillen maar een klein deel vormen van de behandeling. Stoppen met roken, bewegen, gezond eten, de stress uit je leven halen; dát is belangrijker.'

Alsof de praktijk niet al druk genoeg is, zou Galesloot zelfs nog wel meer taken naar zich toe willen trekken. 'Dat kan ook makkelijk; visusproblemen bijvoorbeeld. In samenwerking met een optometrist kunnen veel afwijkingen worden vastgesteld zonder dat er een oogheelkundige aan te pas hoeft te komen. Dat verkort de wachtlijsten en ook kun je zo een groot aantal patiënten binnen de eerste lijn houden. Op dezelfde manier kun je in samenwerking met fysiotherapeuten voorkomen dat mensen naar de orthopeed moeten.'

Machteloze zieken

Galesloot keert graag terug naar zijn stokpaardje. 'Ik wil dat we weer échte huisartsen worden. We zijn meegesleurd in het biotechnisch denken van de farmacie. Die medicalisering ergert me; ik wil daar als huisarts een remmend element in aanbrenge. Recepten? Natuurlijk! Maar dan wel voor een week, graag. Als het iets is wat levenslang geslikt moet worden, schrik ik daarvoor terug. We hebben risicofactoren tot ziekten gebombardeerd. Als iemand een hoge bloeddruk heeft, stoppen we er een pilletje in, maar we zoeken niet naar de oorzaak. Ik zie hier heel veel ziekten om me heen, die soms letterlijk op straat ontstaan, en vraag me dan af waarom in Nederland bepaalde ziektebeelden vaak voorkomen en waarom we ervoor kiezen om ze op de huidige manier aan te pakken. Want als je niet kijkt naar wat de patiënt zélf kan doen, maak je er een machteloze zieke van.' (AS)