NHG-Jubileumcongres Tussen Toen en Toekomst:
Een bezoek aan de workshops

Tijdens het Jubileumcongres werd het thema Continuïteit vanuit alle mogelijke invalshoeken belicht. De twee semi-plenaire workshops gingen in op de wetenschappelijke aspecten en op het persoonlijk continuïteitsprofiel. Daarnaast konden de congresdeelnemers zelf kiezen uit een keur van workshops over persoonlijke, team- en organisatorische continuïteit. Wij bezochten een aantal workshops en vatten deze voor u samen.

Semi-plenaire workshop: Continuïteit en wetenschap

Prof.dr. Wil van den Bosch, al dertig jaar huisarts in Lent, opent de workshop: 'De mens is weinig geneigd te onderzoeken wat hij al weet. Dat gold ook lang voor continuïteit, maar nu steeds meer discontinuïteit dreigt, is dat veranderd.' Hij vraagt zich af of we

– als straks uit dat onderzoek blijkt dat continuïteit heel belangrijk is – ook dingen zullen veranderen. 'Gaan we dan minder parttime werken en avondspreekuren inrichten?'

Henk Schers, zijn associé, gepromoveerd op continuïteit van zorg, stelt dat het bewijs van het belang van continuïteit flinterdun is, maar dat hij zal laten zien wat wél bekend is. Alleen rond persoonlijke continuïteit is serieus onderzoek gedaan, en dus niet naar aspecten als team- en informatiecontinuïteit.

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 wordt de 'eigen huisarts' slechts mondjesmaat genoemd en is er vooral aandacht voor teamcontinuïteit en informatieoverdracht. Maar voor de patiënt met multimorbiditeit is het van groot belang dat er één dokter is die het geheel kan overzien. Deze hoeft niet alles te weten, maar moet wel weten waar de nodige kennis kan worden verkregen. Aangezien 65-plussers gemiddeld al meer dan drie aandoeningen hebben, neemt de behoefte aan continuïteit met de leeftijd toe. Deze is verder afhankelijk van:

- de contactreden: hoe ernstiger de aandoening des te groter de behoefte;
- patiëntkenmerken: een verslechterende gezondheid, life-events;
- 'trade-offs': werkenden ruilen continuïteit gemakkelijker in voor een 'geschikte tijd'; patiënten willen wel wachten, maar niet met kinderen of bij acuut ervaren problemen;
- relatie met de arts: sommigen wisselen bewust (bijvoorbeeld voor een moeilijk gesprek een huisarts met wie ze makkelijk kunnen praten).

In de VS is de behoefte aan continuïteit goed onderzocht: 92 procent van de patiënten vond het belangrijk, 22 procent was bereid er tot een uur langer voor te reizen en 18 procent was bereid er 50 dollar extra per maand voor te betalen.

Maar wat levert continuïteit op? De 'zachte' uitkomstmaten (tevredenheid, vertrouwen) zijn in alle landen eensluidend: hoe langer de huisarts en patiënt elkaar kennen, hoe groter de tevredenheid. 'Harde' uitkomstmaten zijn lastiger, want in elk onderzoek worden andere definities van continuïteit gehanteerd. Onderzoek naar de instellingen bij diabetes leverde in alle landen verschillende uitkomsten op; het meest opmerkelijk was Finland waar een hogere continuïteit een slechter Hba1c gaf, maar een hogere kwaliteit van leven!

Iona Heath, huisarts in Londen, gaat eveneens in op het begrip continuïteit (de volledige tekst van haar lezing wordt volgende maand in H&W opgenomen). Zij citeert George Steiner, die stelt dat sommige dingen niet wetenschappelijk in kaart kunnen worden gebracht: 'Muziek is voor mensen van enorm belang, maar strikt genomen betekenisloos.' 'Dat geldt ook voor de liefde', aldus Heath. Maar 'relationships create meaning', en zo ook is er 'mending through meaning'. Zekerheid kan toe met tijdelijkheid, maar twijfel vraagt om continuïteit. Het kleiner maken van het belang van de huisarts, wat de laatste tijd – ook in Engeland – steeds meer wordt gedaan, vindt ze een kwalijke tendens. Want de huisarts levert niet alleen medische technologie, maar is ook degene die de patiënt helpt en gidst. 'Waar kennis ontbreekt is vertrouwen hard nodig.'

Ook voor wie doodgaat is menselijke hulp nodig. George Orwell stelt dat élke dood in het ziekenhuis pijnlijke momenten oplevert door de er heersende drukte en het onpersoonlijke van een plaats waar elke dag mensen sterven.

'De politiek maakt de gezondheidszorg tot een onpersoon-

lijk instrument en reduceert de patiënt tot afnemer en consument. Maar de huisarts ziet mensen van vlees en bloed die niet in abstracte systemen vertrouwen maar in hun dokter.'

Workshop: De dodo leeft!

De dodo's (ofwel dorpsdokters), in dit geval Frank en Yvonne Guldemond, vertellen over hun aanpak in het Limburgse Ubachsberg. Ze hebben een recentelijk geaccrediteerde duopraktijk en vinden daarnaast tijd voor vele nevenactiviteiten. Dat lukt doordat de praktijk strak is georganiseerd, er heel veel taken zijn gedelegeerd (tot vreugde van de assistentes!) en er een structureel teamoverleg is. Ook wordt in de praktijk aan opleiding gedaan. 'We kunnen onze eigen specialiteiten ontwikkelen. Frank snijdt bijvoorbeeld heel graag, en ik doe oogheelkunde', aldus Yvonne Guldemond.

Omdat het dorp zo klein is, wordt veel gedaan in samenwerking met omliggende gemeenten, zoals de inzet van een praktijkondersteuner en de waarneming. Op lokaal niveau zijn er tweewekelijkse bijeenkomsten met de wijkverpleging en maatschappelijk werk in het verzorgingshuis. Verder maakt de praktijk deel uit van een academisch registratienetwerk. En er zijn 'klips' (klinische patiëntenbesprekingen) waarover ook wordt gepubliceerd 'opdat we van elkaars ervaringen kunnen profiteren'. Er gebeurt, kortom, heel veel in Ubachsberg.

Met een SWOT-analyse hebben de Guldemonds onderzocht of er toekomst is voor de kleinschalige huisartsenvoorziening in een dorp of wijk. In een enquête onder de patiënten scoorde 'de wijze van contact' als hoogste. Ook de 'aanwezigheid van een vrouwelijke huisarts' (49 procent) en 'steeds dezelfde huisarts' (47 procent) vonden de patiënten belangrijk. De sterke kanten liggen dus op het vlak van de continuïteit en de zorg voor de patiënt.

Zwakke kanten zijn de verdeling van de werklast, toegankelijkheid (tijdens vakanties en nascholing), waarneming en exploitatie (de praktijkvorm is duur!), dus alleen organisatorische en financiële aspecten. Bedreigingen zijn verder: eenzaamheid, privacy, onderhandelingspositie en het financiële draagvlak. En: 'De scheiding privé/professioneel is bij ons volkomen uit balans, maar dat ligt sterk aan onszelf.'

Al met al zijn beiden heel tevreden. 'Het is niets voor iemand die met z'n tasje naar z'n werk wil, van 9 tot 5 werkt, en dan klaar! Maar wie ondernemend is, heeft als dodo heel veel kansen. Je kunt goede, op de patiënt afgestemde zorg leveren, conform de eisen die de beroepsgroep stelt, en zelfs deeltijd werken.'

Vanuit de zaal komt de vraag hoe wordt aangekeken tegen de politiek, die dit geen goede organisatievorm vindt. 'Daarom binden we de ketenzorg aan ons en dat gaat heel goed!'

Ook is er een kritische opmerking: 'Eigenlijk zijn jullie padodo's, ofwel partner/dorpsdokters. Voor niet-echtparen is deze praktijkvorm niet haalbaar.' Dat onderschrijven beiden.

Het parttime werken is eveneens belangrijk: 'We doen er van alles naast, omdat we dat zo leuk vinden. Met 2.600 patiënten verdeeld over ons beiden, plus een praktijkondersteuner, houden we genoeg tijd en ruimte over.'

Externe samenwerking rond personeelszaken en ICT beviel in het verleden niet goed. 'We gaan het wel opnieuw proberen, al vinden we het heel prettig om zo autonoom te zijn!'

Ook vraagt de zaal wat het voordeel is dat Yvonne 's morgens altijd zelf de telefonische triage doet. 'Ik kan zo heel snel schiften wat dringend is en wat kan worden afgehandeld door de praktijkondersteuner of assistente. Ook kan ik die patiënten doorsluizen naar de aios die hij nodig heeft in zijn opleidingstraject. En vaak volstaat een receptje of advies, en dat is dan ook meteen afgehandeld. Het geeft zo veel rust gedurende de rest van de dag.'

De Guldemonds besluiten met tien 'gouden tips voor de dodo':

1. Gebruik moderne technieken (call-barrier tijdens spreekuur assistentes, e-consult, ASP).
2. Laat waarnemen in de eigen praktijk (de patiënt hoeft dan geen zoektocht te doen).
3. Word huisartsopleider (patiënten willen een jonge huisarts, je blijft zelf scherp en je kunt nog eens de deur uit).
4. Neem een praktijkondersteuner.
5. Delegeer nóg meer.
6. Houd patiëntenenquêtes (die worden erg gewaardeerd, zijn goed voor je ego en maken blinde vlekken zichtbaar).
7. Sluit aan bij wonen en welzijn.
8. Neem een associé van het andere geslacht.
9. Bedenk dat samenwerking ook virtueel kan plaatsvinden.
10. Begin met accreditering (dat is echt inspirerend, geeft een goede kijk van buitenaf en levert prima input op).

Semi-plenaire workshop: Het persoonlijk continuïteitsprofiel

'Vanuit de huisartsenpost word je bij een onbekende patiënt geroepen. Daar aangekomen zeggen de kinderen: "We willen dat er nu onmiddellijk euthanasie komt. Moeder heeft nu wel genoeg geleden!" Wat te doen? De kinderen zijn het samen eens, maar u weet van niets en er is geen enkele gegevensoverdracht...'

Iedere huisarts kent wel een dergelijk verhaal. De band tussen huisarts en patiënt wordt immers steeds losser.

Vroeger golden de bekende spreekwoorden:

- wie niet werkt zal niet eten;
- in het zweet des aanschijns zult gij uw brood verdienen;
- ledigheid is des duivels oorkussen.

Maar nu is leven meer dan werken, halen we energie uit afwisseling en zoeken we naar een balans tussen werk en privé. Immers: 'Niemand kan fulltime "gevend" zijn.'

Volgens filosoof Emmanuel Levinas (1906-1995) is de westerse mentaliteit vergiftigd door het 'ik-denken'. Descartes is te ver doorgeschoten. Het is niet 'Ik denk, dus ik besta', maar 'Jij bestaat, dus ik denk', want contact met anderen voedt je met nieuwe ideeën en invalshoeken en dat stimuleert je tot nadenken.

Hoe komt het dat iemand gewoon doorloopt als er iets ernstigs gebeurt op straat? Wat is ervoor nodig dat mensen zich verantwoordelijk gaan voelen voor elkaar? Een hulverlener:

- laat zich geraakt worden door een appèl;
- weet wat lijden is;
- weet wat genieten is.

Alleen als je deze eigenschappen hebt, kun je daadwerkelijk beschikbaar zijn voor een ander.

Met dit in het achterhoofd gaan de congresgangers vervolgens aan de slag met het maken van hun 'persoonlijk continuïteitsprofiel'. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de verdeling werk/privé, maar ook naar aspecten als de mondelinge en schriftelijke informatieoverdracht. Het persoonlijke profiel ziet er uiteraard voor iedereen anders uit, maar in elk geval weet elke deelnemer na afloop van deze workshop precies waar de eigen grenzen liggen!

Workshop: Zorgafstemming bij angststoornissen. Het *stepped care* model

Aan de hand van een casus waarbij een huisarts een hyperventilerende patiënt 'afhoudt', bespreken de deelnemers wat een goede aanpak zou zijn. Immers: 'Hyperventileren kan mensen heel bang maken' en: 'Als je denkt dat je doodgaat, duren "een paar dagen afwachten" heel erg lang.'

Het gaat allereerst om het *signaleren* wat er precies aan de hand is. Daarbij is de Vierdimensionale Klachtenlijst (4-DKL van de hand van huisarts Berend Terluin) een uitstekend model. Het onderscheidt stress, angst, depressie en somatisatie, plus de overlappingen daarin. Bijkomend voordeel van de 4DKL, die de patiënt zelf invult, is dat de huisarts hiermee meteen ook handvatten krijgt om de problemen te bespreken. Vervolgens komt de aanpak, waarbij het de bedoeling is de volgende stap pas te zetten als de vorige niet voldoende werkt:

1. 'Psycho-educatie': mondelinge en schriftelijke informatie (NHG-Patiëntenbrieven) en verwijzing naar zelfhulpliteratuur en websites, eventueel ontspanningsoefeningen.
2. SSRI's, mits er inderdaad ook depressie in het spel is. De patiënt moet er nadrukkelijk voor worden gewaarschuwd dat in de eerste weken de angst juist zal toenemen!
3. Cognitieve gedragstherapie, individueel of in groepen, geeft bij angststoornissen vaak heel goede resultaten.
4. (Dag)klinische behandeling in een gespecialiseerd angstcentrum.

Eventueel kan ook worden gekozen voor een andere volgorde van stap 2 en 3; (dus eerst gedragstherapie, daarna SSRI's). Maar tegelijkertijd beginnen met SSRI's en therapie is niet goed; de medicijnen beïnvloeden het gedrag en zo weet je niet meer welk deel van je aanpak werkt en welk niet.

Als mensen al jaren in het 'handicapmodel' zitten, kan het soms toch zinvol zijn om dit traject weer van voren af aan te doorlopen. Indien er sprake is van specifieke trauma's kan daarop gerichte therapie (EMDR of *exposure*) snel resultaat geven, maar dit geldt nadrukkelijk niet voor aspecifieke angststoornissen.

De zaal protesteert: 'Waarom zou je niet meteen verwijzen? Het is heftige problematiek met een langdurig vervolgtraject en de patiënt moet wellicht na een onnodig *delay* alsnog worden verwezen.' Hiervoor zijn enkele redenen:

- De beroepsgroep zelf heeft aangegeven dat de huisarts eerst zelf behandelt.
- De patiënt wil meestal niet naar de tweede lijn, hetgeen al begeleiding van de huisarts vergt.
- De patiënten geven aan liever door de huisarts te worden behandeld, mits deze goede zorg levert.

Maar bovenal: 'Het is leuk en interessant!'

Een huisarts in de zaal draagt nog een casus aan van een patiënte die al heel lang medicijnen gebruikt. 'Ik zou haar graag naar de GGZ willen hebben, maar ze vindt dat eng.' Mogelijke oplossing is de psycholoog bij een consult uit te nodigen zodat de patiënte aan diens aanwezigheid kan wennen en vertrouwen opbouwt.

De deelnemers krijgen enkele *handouts* voor de opbouw van hun 'stepped care'en goede tips voor literatuur voor hun patiënten. De Vierdimensionale Klachtenlijst is te downloaden via www.datec.nl

Ans Stalenhoef, eindredacteur In de praktijk

Continuïteit

Zonder mijn huisarts kan ik het niet stellen:
Ik zal geen spreekuur van hem overslaan
En als patiënt kan ik er van op aan
Dat steeds als ik hem uit zijn bed zal bellen
Hij dadelijk behulpzaam toe zal snellen,
Want hij pleegt altijd voor mij klaar te staan.
En zelfs als ik ten slotte heen zal gaan
Dient hij mij in de dood te vergezellen.

Indien het immers mij zal zijn gegeven
Dat ik dan onverhoopt reïncarneer
En in een ander lichaam wederkeer
Verlang ik dat hij mij is trouw gebleven.
Ik wil gewoon dezelfde lijfarts weer,
Want zonder hem kan ik niet verder leven.

Driek van Wissen, Dichter des Vaderlands,
Ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van het NHG, 2006