

Zeven zorgen voor de huisarts

door Susanne de Joode

Wat zijn de komende vijf jaar de belangrijkste bedreigingen voor de huisartsgeneeskunde? Hans Grundmeijer, onderwijscoördinator Geneeskunde aan het AMC en huisarts te Diemen, komt gemakkelijk tot zeven.

1 Fragmentering bedreigt de integrale huisartsgeneeskunde

‘Steeds meer onderdelen van de huisartsenzorg, zoals COPD en diabetes, spelen zich buiten ons blikveld af. We dreigen straks ziekten in plaats van zieken te behandelen. Wie ziet dan de dwarsverbanden nog? Wie merkt dat die man met diabetes ook parkinson aan het ontwikkelen is? Niet het laboratorium waar hij iedere drie maanden z’n bloed laat prikken. En als hij door de praktijkondersteuner wordt behandeld, mist ook die de eerste signalen van parkinson. Daar is zij immers niet voor opgeleid. En ik, ik mis het ook, omdat de patiënt niet meer geregeld bij me komt. We kunnen alleen goed integrale huisartsenzorg blijven verlenen als we alles in eigen huis houden. En als we beter overleggen met de praktijkondersteuners. Dat gebeurt nu niet altijd, omdat wij er de tijd niet voor nemen, zij ons niet willen storen of – en dat vind ik echt ernstig – zij over ingewikkelde, technische zaken een specialist raadplegen omdat de huisarts het niet weet. Ik merk zelf echt dat ik er een beetje uit raak, uit de technische diabeteszorg. Dat kan natuurlijk niet, want als die patiënt ’s avonds ontregeld is, is er geen praktijkondersteuner. Dan komt hij bij mij.’

2 Steeds meer mensen gaan parttime werken

‘Over vijf jaar werkt, gok ik, tachtig procent van de huisartsen parttime. Dat is vooral nadelig voor ernstig zieken, voor mensen die stervende zijn en voor de psychisch ingewikkelde patiënten. De medische geschiedenis kun je overdragen, maar niet de band die je als huisarts hebt met je patiënt. Die is uniek.

Zelf ben ik ook schuldig: ik werk vijftig procent van mijn tijd als huisarts in Diemen, en vijftig procent bij het AMC. Ik probeer wel altijd bereikbaar te zijn. Mijn ernstige patiënten hebben mijn privé-nummer. Maar ik zit af en toe gigantisch klem met mijn tijd. Hoe we dit probleem moeten oplossen? Ik denk dat je er weinig aan kunt doen.

Je ziet nu al dat steeds meer huisartsen parttime gaan werken. En echt niet alleen vrouwen, ook mannen. We verdienen kennelijk ook zo veel dat we het ons kunnen veroorloven. Wat wel zou helpen, is dat wie



Hans Grundmeijer

foto Vincent Boon



parttime wil werken dat niet twee of drie dagen van de week doet, maar bijvoorbeeld vijf halve dagdelen. Dat is iets minder comfortabel, maar je kunt de continuïteit dan behoorlijk handhaven. Ik doe dat zelf nu al vijftien jaar zo, en ik heb patiënten die nog altijd niet weten dat ik twee banen heb.'

3 Nascholing mikt niet op lacunes, maar op hobby's

'Ons vak is breed; we moeten van ongeveer vierhonderd ziekten de ins en outs kennen. Daardoor is het heel moeilijk om je kennis bij te houden. Het zou mooi zijn als dokters geregeld tests deden waaruit hun zwakke punten tevoorschijn komen, zodat ze zich daarop kunnen nascholen. Nu gaan de meeste artsen alleen naar nascholing over onderwerpen die ze leuk vinden. Maar daar zijn ze toch al goed in. Ze merken de lacunes niet, of ze hebben daar geen belangstelling voor.

Een ander probleem is de geaccrediteerde nascholing. Die moet veel serieuzer worden aangepakt. De industrie krijgt nu toch nog redelijk veel kans. Stel dat je echt op lacunes gaat nascholen, dan zitten daar onherroepelijk ook thema's bij waar nu nog weinig nascholing op plaatsvindt. Huidziekten, bijvoorbeeld. Die zijn niet interessant voor de industrie. Dat zou dus door dokters zelf geregeld moeten worden. Daar komt nog bij dat ons vak voor tachtig procent diagnostisch is, en juist diagnostiek wordt vaak verwaarloosd in de nascholing. Een oplossing zie ik niet zo snel. Straffen? Nee, punitieve systemen vind ik eigenlijk vreselijk. Aan de andere kant moet je je accreditatiepunten wel halen, anders raak je je vergunning kwijt. Misschien zit er gewoon niks anders op en moeten we die nascholing dan ook maar punitief goed regelen.'

4 Huisartsenposten bedreigen de spoedeisende hulp

‘Het zou me niks verbazen als binnenkort de spoedeisende hulp ook overdag uitbesteed gaat worden aan de huisartsenpost. In het somberste scenario voorzie ik dat het werk op de huisartsenpost uitbesteed gaat worden aan speciale dokters. Dan zijn we dat gedeelte van de huisartsgeneeskunde definitief kwijt.

Een heel ander probleem van de huisartsenposten betreft de triage. Dat wordt nu gedaan door niet-dokters, kennelijk omdat die goedkoper zijn. Iedereen die er middenin zit, weet dat het precies andersom werkt: als je de ervaren krachten vooraan zet, heb je veel minder werk. Er zijn dan minder misverstanden, doordat er beter wordt doorgevraagd. Ikzelf ben nu 32 jaar huisarts en ik weet hoe lang ik er zelf over deed om de vraagverheldering goed onder te knie te krijgen en om te leren hoe ik moest omgaan met andere ziektescripts dan die in de telefoonklapper staan. Dat kun je niet overlaten aan niet-dokters. Volgens mij kan de arts beter zelf aan de telefoon zitten. Maar goed, de meeste huisartsen ervaren de huidige opzet niet als een probleem. Ik denk dan ook niet dat er iets zal veranderen.’

5 De zorgzaamheid komt in het gedrang

‘Moed geven, troosten, een beetje lol maken met je patiënt. En vooral: de boel relativeren. Zorgzaamheid is een van de krachtigste punten van het huisartsenvak, maar dat dreigen we te verliezen. Relaties tussen artsen en patiënten worden steeds zakelijker. Er is een sterk accent gelegd op evidence-based medicine. Deels terecht - het was natuurlijk verwaarloosd - maar de kracht van huisartsen was en is dat ze alle kanten van de geneeskunst, juist ook de menselijke kanten, goed bedrijven. Daar heeft niemand het meer over. Niet in de nascholing, en ook niet in de discussies die huisartsen onderling voeren.’

6. Het elan binnen het NHG is verdwenen

‘Twintig, dertig jaar geleden zat het huisartsenvak in een ernstige crisis. Met een beetje pech zou het zijn opgeheven. Dat is misschien wat overdreven, maar erg goed ging het in elk geval niet. Ik denk dat het NHG toen een belangrijke rol heeft gespeeld, samen met de huisartsinstituten en het standaardenbeleid, bij het weer op de kaart zetten van de huisartsgeneeskunde. Destijds was het NHG dan ook een heel levendige organisatie, gedreven door en drijvend op enthousiaste dokters. Nu is het een vrij logge koepel. Het NHG houdt zich niet meer bezig met wat dokters beweegt. Een voorbeeld: ik denk dat artsen snel voor- gelicht willen worden over nieuwe ontwikkelingen en

over zaken die in de media verschijnen. Neem nou Radar. Dat is zo’n slordig programma, we hebben er kort achter elkaar twee keer veel last mee gehad. De eerste keer over statines en kort daarop over NSAID’s. Het zou fantastisch zijn als het NHG snel – liefst binnen een paar dagen – de huisartsen voorlicht, de pro’s en de contra’s van het onderwerp op een rij zet, zodat we een behoorlijk antwoord hebben voor de patiënt.

Wat nodig is om dat elan terug te brengen, is werken aan een bottom-up-structuur. Het is nu heel erg top-down geworden. Daarom moeten jonge dokters gevonden en benaderd worden die ideeën genereren. Want laten we wel wezen, wij zijn voor de nieuwe

‘Op vrijdagmiddag ben ik ook weleens te moe’

garde natuurlijk ook een beetje een hinder, wij oudjes. Allemaal een vrij grote mond en we zitten er nogal bovenop, als je begrijpt wat ik bedoel.’

7 We zijn te klantgericht

‘Ik hoop dat jonge dokters wel leren standvastig te zijn. We zijn met z’n allen iets te klantgericht. Dat is prima qua service, maar qua kennis en inhoud kan dat niet. Je kunt de inhoud van onze kennis niet verloochenen om de patiënt te plezieren. We moeten dus niet toegeven aan de vraag om een scan van een patiënt met hoofdpijn, maar uitleggen waarom dat geen zin heeft. Dat kost tijd, maar het loont wel. Dat oeverloze uitleggen heb ik in mijn tijd op de opleiding niet geleerd. Dat was toen ook minder nodig, omdat patiënten vroeger domweg minder eisen stelden. Zelf probeer ik het goed te doen, maar op vrijdagmiddag ben ik ook wel eens te moe. Dan zet ook ik te snel een kruisje bij een niet-rationele laboratoriumtest.

Overigens signaleer ik nog een ander punt in de huisartsenopleiding, al ben ik daar graag voorzichtig in omdat dat mijn opleidingsterrein niet is. Door het huidige competentiegerichte onderwijs zou het gevaar kunnen ontstaan dat de kennis niet voldoende wordt onderwezen. Jonge huisartsen moet natuurlijk een attitude aangeleerd worden om kennis te verwerven, maar zonder een stevige basiskennis kan dat niet. Dat moet er dus zeker in blijven.’