Eenmaal huisarts...

Citation for published version (APA):

van Ree, J. W. (2005). Eenmaal huisarts...: Afscheidsrede van Prof dr. J.W van Ree. (1 ed.) Universiteit Maastricht. <https://doi.org/10.26481/spe.20050603jr>

Document status and date:

Published: 03/06/2005

DOI:

[10.26481/spe.20050603jr](https://doi.org/10.26481/spe.20050603jr)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Afscheidsrede dd. 3.06.05

Prof dr. J.W van Ree, huisarts
Cap.groep Huisartsgeneeskunde UM
Huisartsopleiding

Eenmaal huisarts...

Inhoud

-> Inleiding

- Veranderen voor eigen groei en ontwikkeling
- Veranderen moet, maar...
- Ontwikkelingen dichtbij en veraf.
- Bedreiging van ons zorgsysteem.
- Substitutie van zorgaanbod
- Preventie
- Besluit

Inleiding

Geachte toehoorders, beste vrienden en vriendinnen.

Het is een vreemd gevoel dat ik hier sta voor mijn afscheidscollege.

College's zijn aan deze universiteit niet populair en worden niet vaak in het onderwijsrooster ingepland.

Dit afscheidscollege is in dit kader zeker mijn laatste en ik ben erg blij dat u allemaal gekomen bent om naar mij te luisteren.

Dit 'afscheid' is voor mij ook een vreemd gevoel: 'partir, c'est mourir une peu' wordt in Frankrijk gezegd. Na de afspraken rondom mijn vertrek had ik lange tijd dat gevoel.

Ik moet eerlijk zeggen dat dit gevoel al aardig begint weg te ebben; dit andere leven went toch wel makkelijk, merk ik wel!

Wat nog steeds niet went is dat ik geen huisarts meer ben (al heb ik nog steeds de registratie), geen praktijk meer doe, geen patiënten meer zie; niet meer met de collega's, eerst 25 jaar in Wijchen en daarna ruim tien jaar in Terwinselen, kan overleggen over patiënten en niet meer kan meepraten over praktijkperikelen, over casuïstiek, over praktijkorganisatie of over de taakverdeling van de assistentes.

Maar huisarts ben ik dus voor mijn gevoel nog altijd. Het is ingebakken in mijn gedrag, geconditioneerd in mijn denken en zo blijf ik dus altijd op een huisartsenmanier naar mensen kijken. Hoe ze lopen, hoe ze reageren, hoe de stemming is. Eenmaal huisarts,

Blijkbaar neem ik makkelijker afscheid van deze Universiteit dan van het huisarts zijn. Eigenlijk is dat ook niet zo gek, immers 35 jaar was ik intensief betrokken bij dit fascinerende vak. Eerst alles kunnen leren en doen in een fantastische eigen praktijk en daarna als gastarbeider/als klussende hoogleraar, in een mooi, aan de huisartsopleiding gelieerde, gezondheidscentrum. Ik zou me niet beter kunnen wensen!

Ik denk dat u niet gekomen bent om te luisteren naar een ingewikkeld medisch verhaal. Ik denk dat het interessanter voor u is, als ik u aan de hand van mijn eigen geschiedenis en ervaringen, vertel over ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde zoals ik die heb meegemaakt en toekomstige veranderingen die noodzakelijk zullen zijn. Ik zal niet alles wat ik belangrijke items vind bespreken, mede omdat ik niet van alles even vrolijk word. Ik zal proberen er toch een leuk verhaal van te maken.

Ik doe geen uitspraken in het licht van de actuele huisartsen perikelen hoewel ze er wel mee te maken hebben.

Ik zal er ook voor waken dat het geen '*opa vertelt*', verhaal gaat worden. Hoe goed het vroeger allemaal was en hoe wij als oude rotten in het vak, vroeger de problemen oplosten. Toch moet ik bij het begin beginnen.

Veranderen voor eigen groei en ontwikkeling.

Toen ik mij in 1969 officieel als huisarts vestigde te Wijchen (bij Nijmegen!) werd de definitie van de huisartsgeneeskunde langzamerhand bij een grote groep huisartsen bekend en wat vooral belangrijk was, ook omarmd door steeds meer huisartsen.

De huisarts levert integrale medische zorg over lange tijd aan personen en hun gezinnen die aan zijn zorg zijn toevertrouwd, rekening houdend met de betekenis van leefomgeving voor gezondheid en ziekte, afgestemd op de levensfasen waarin zij zich bevinden.

De ingewijden onder u herkennen de definitie zeker: het is de zg. Woudschoten definitie van 1958.

Een vijftal pioniers in de huisartsgeneeskunde, waaronder mijn promotor Frans Huygen legde daar de basis voor de Nederlandse huisartsgeneeskundige ontwikkeling in de jaren daarna.

Ikzelf ging studeren in 1959 en kreeg college's van Frans Huygen over de epidemiologie van de huisartsgeneeskunde.

Dat ik toen getuige was van de eerste presentaties uit zijn latere wereldberoemde boek 'Family Medicine', wist ik niet. Later, als huisarts, zag ik pas de echte betekenis van deze unieke gezinsgegevens voor de fundering van de huisartsgeneeskunde. Interessant is dat dit boek in Nederland nooit zo opgepikt is dan in de rest van de wereld. Misschien kwam dit om de gezinsgeneeskundige principes voor de positionering van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg bij de publikatie ervan, niet meer zo belangrijk was. Toen het boek eenmaal in het Duits was vertaald kreeg Huygen daarvoor de Europese Hippocrates medaille.

Hoe dan ook, voor ons was de kern van ons vak dat wij dokters waren, dus *medici*, waarvoor gezinsgeneeskunde en continuïteit van zorg, levensloop geneeskunde, integrale (holistische) geneeskunde en preventieve zorg voor bedreigde personen en gezinnen (cardiovasculair, geboortebeperking, kindermishandeling) richtinggevende uitgangspunten waren. Door deze definitie kreeg de huisarts een identiteit: hij was niet langer de dorpsdokter maar hij was de huisarts, hij had een eigen, erkende positie in de gezondheidszorg.

**De kern van ons vak was dat wij
dokters waren, dus *medici*,
waarvoor gezinsgeneeskunde en continuïteit
van zorg, levensloop geneeskunde, integrale (holistische) geneeskunde en
preventieve zorg voor bedreigde personen en gezinnen (cardiovasculair,
geboortebeperking, kindermishandeling),
richtinggevend waren voor ons handelen.**

Tot in de jaren zeventig waren de meeste huisartsen man, zij werkten bijna altijd fulltime en het waren voor 90% solisten. De praktijken waren groot, consultregistratie was een uitzondering en praktijkassistenten waren er nog niet of nauwelijks aanwezig.

De hele structuur en verhoudingen waren traditioneel en al jaren hetzelfde.

De vernieuwingen in de huisartsgeneeskunde van de jaren 70, moest nog komen en aan deze vernieuwing hebben wij flink meegewerkt.

Eigen veranderingen

- ***In associatief verband werken***
- ***Patiënten inschrijven op twee namen***
- ***Een sluitend dienstenrooster***
- ***Dagelijks patiëntenbesprekingen***
- ***Een gezamenlijk beleid***
- ***Opleiden van (twee) praktijkassistentes***
- ***Praktijkmanagement' doorvoeren***

Toen wij op 1 januari 1969 een praktijk in associatief verband wilden beginnen, met als eersten in Nederland (!) alle patiënten ingeschreven op onze twee namen, werden we door de LHV in Utrecht op het matje geroepen om dit uit te leggen. Het ziekenfonds waaraan we onze vraag ook voorlegden had geen probleem als we maar niet duurder werden. In feite werden we zelf goedkoper voor het ziekenfonds (zorgverzekeraar) doordat het aantal ingeschrevenen boven de onkostenknik, groter werd.

We hebben het kostendeel van het honorarium dus voor de helft voor eigen rekening genomen.

Wij wilden dit inschrijven op twee namen om naar de patiënt te benadrukken dat we beiden hun huisarts waren. Iedere patiënt had in feite twee huisartsen.

Waarom wilden we dat?

Wij deden dit omdat er naar onze mening veel moest veranderen in de toen gebruikelijke structuur van de huisartspraktijk.

We wilden allebei meer tijd hebben voor andere dingen dan de praktijk. Tijd voor privé, voor elkaar, voor de kinderen, tijd om te kunnen sporten. We wilden dus niet altijd beschikbaar zijn voor de praktijk! Later was dat helemaal nodig omdat we ook bij Frans Huygen wilden gaan werken. We wilden ook een 'carrière perspectief, hebben, iets wat tot de dag van vandaag, in de huisartsgeneeskunde een raar woord is.

We spraken samen een dienstenrooster af en mijn collega Piet de Winter en ik bespraken na ieder spreekuur, alle patiënten die we die ochtend gezien hadden aan de hand van de bewuste gezinskaarten.

We informeerden elkaar en spraken een gezamenlijk beleid af. Ik leerde op deze manier mijn huisartsenvak.

Belangrijk voor de bewaking van de continuïteit, voor ons een belangrijk principe van de huisartsgeneeskunde, was niet alleen het praktijkoverleg maar ook het aanstellen en zelf opleiden van een praktijkassistente, later zelfs twee.

Zij hielden de continuïteit in de gaten maar deden ook die de routinehandelingen waar wijzelf niet bij nodig waren. Dat was dus duidelijk een stap in de richting van substitutie en er was praktijkmanagement voor nodig.

Taken assistentes:

Spreekuurmanagement, ECG's, audiogrammen, RR, oren uitspuiten, zwachtelen 'open benen', vaginaal uitstrijkjes, aanleggen infusen, plakken van wondjes en zelfs, als de patiënt erom vroeg, het plaatsen van IUD's.

We spraken af dat we 'niet meer wilden dat we 's morgens niet wisten wie er die dag op het spreekuur kwam en 's avonds niet meer wisten wie er geweest waren'.

We praten nu over de jaren zeventig.

Dit delegeren van taken in de praktijk naar de assistentes breidde zich in de jaren daarna uit tot maken van ECG's, maken van audiogrammen, uitspuiten van oren, zwachtelen van zg. 'open benen', het dichtplakken van kleine wondjes en later zelfs, als de patiënt erom vroeg, het plaatsen van IUD's.

We regelden de nascholing via de zg. NHG centra, de bijbel van Balint werd gelezen en besproken in deze nascholinggroepen en een paar keer per jaar werd er landelijk nageschoold.

We verzorgden de hele eerste hulp in het dorp en de omgeving en deden tussendoor nog een aantal bevallingen per maand.

Kortom: het was een drukke bedoening.

Wij als nieuwe generatie huisartsen blaakten van zelfvertrouwen ook omdat wij leerden dat de epidemiologie en de (diagnostische) besliskunde in de huisartsgeneeskunde geheel eigen karakteristieken had. De eerste publicaties van Sturmans en van der Velden waren belangrijk voor mijn identiteit als huisarts, bevestigden mijn specifieke deskundigheid en gaven me zelfvertrouwen.

Veranderen moet, maar....

Ontwikkelingen in de maatschappij maar ook in de huisartsgeneeskunde zelf, nopen steeds tot veranderingen van de huisarts. Op dit moment is het echter niet, zoals ik voor onze situatie heb beschreven, de huisarts zelf die dat bepaalt maar er zijn externe ontwikkelingen die de huisarts dwingen om te veranderen.

Veranderen is moeilijk, dat doe je liever niet is en geeft veel onzekerheden.

Maar het fundament van ons vak moet blijven, de uitgangspunten, de legitimatie van de huisartsgeneeskunde moet bewaard blijven. En dit staat verwoord in de Woudschoten definitie van 1958! De toekomst van de huisartsgeneeskunde ligt dus in haar verleden! We praten dus over gezinsgeneeskunde, continuïteit van zorg, levensloop geneeskunde, integrale (holistische) geneeskunde en preventieve zorg voor bedreigde personen en gezinnen.

Ontwikkelingen dichtbij en veraf.

Welke ontwikkelingen dichtbij en in de toekomst, nopen tot veranderingen?

- ***Verminderde capaciteit***
- ***Dubbele vergrijzing***
- ***Internationalisering van ziekten***
- ***Culturele verschillen in de praktijk***
- ***Toenemende medische technologie***
- ***Extramuraliseren van de zorg***
- ***Beschikbaarheid continuïteit van zorg***

a.. ***Verminderde capaciteit***

Een belangrijke ontwikkeling in de gezondheidszorg is het feit dat er een aardverschuiving plaats heeft gevonden in de man-vrouw verhouding van de medische studenten en dus ook van de komende artsenpopulatie.

Van de huidige medische studenten is meer dan 70% vrouw en bij de huisartsen in opleiding is het percentage nog hoger.

De effecten van deze verschuiving zullen zich in de toekomst verder voortzetten. Is nu 40% van de praktiserende artsen vrouw, binnen enige jaren is dat 70%. Door deze zogenaamde feminisering zal in de toekomst het overgrote deel van de dokters vrouw zijn, in het algemeen, maar zeker in de huisartsgeneeskunde.

Vrouwelijke huisartsen werken voor een groot deel parttime, vaak in dienstverband.

Vrouwen zijn minstens zo goede huisartsen maar de beperkte beschikbaarheid beperkt de totale capaciteit, niet alleen wat betreft de zorg, maar ook bestuurlijk.

Dit is een feit en daarmee moeten we aan het werk: parttime werken is ook een barrière in de continuïteit van de huisartsenzorg.

Ook mannen gaan meer parttime werken!

b. ***Dubbele vergrijzing.***

Maar er zijn nog andere veranderingen te verwachten die de zorg en in het bijzonder de huisartsen zorg zullen beroeren.

De belangrijkste hiervan is wel dat een toename aan zorgvraag te verwachten is door de toekomstige veroudering van onze bevolking.

Door deze veroudering is er een toename van chronische ziekten te verwachten: er komen dus meer ouderen die ook nog ouder worden dan vroeger; *de dubbele vergrijzing* komt eraan.

Dubbele vergrijzing

In 2020 bevolkingstoename:	>10% (16 naar 18 milj)
Percentage 60+:	15 naar 20%
Levensverwachting:	vr: 81 naar 82 jr
	m: 76 naar 78 jr

Veranderingen in ziekteaanbod

Afname: aids, MS, Downsyndroom, astma, const eczeem, arbeidsongevallen, geweld, BLI, inf. ziekten

Toename: DM, RA, slokdarmca, borstca, maag/darmca, HVZ, visusstoornissen, hartfalen, prostaatca, doofheid, artrosen, Z.van Parkinson, copd.

Dus: *VOORAL TOENAME VAN ZIEKTEN DIE BIJ OUDEREN MEER OPTREDEN!*

Door toename van chronische ziekten door de *demografische veranderingen* moet er op een andere manier naar het *zorgaanbod* worden gekeken. Het accent moet van BEHANDELcapaciteit naar ZORGcapaciteit worden verlegd. Chronische zieken hebben vaak complexe problematiek en daardoor hebben zij vaak met verschillende zorgverleners te maken. Hierdoor is meer zorgcapaciteit nodig, meer mensen zullen erbij betrokken zijn. Dat betekent ook dat er meer risicovolle overdrachtmomenten zijn. Er is in ieder geval minder *ziekenhuiscapaciteit* nodig maar wel zullen er veel meer *zorginstellingen* moeten komen.

c. Internationalisering van ziekten

Door de toenemende internationale mobiliteit zullen vreemde, uitheemse ziekten vaker gaan optreden. Vroeger onbekende of alleen lokaal voorkomende ziekten kunnen wereldwijd gaan optreden: vogelpest, SARS of een nieuwe mutatie van het aloude griep virus, als variatie op de zg Spaanse griep die, bijna een eeuw geleden, de door de eerste wereldoorlog uitgeputte bevolking, nog verder decimeerde. Er gaan zelfs stemmen op die ons waarschuwen voor epidemieën van pokken en pest. Wie is hier op voorbereid? Op bevolkingsgezondheidsniveau kan alleen samenwerking van de basisgezondheidszorg met huisartspraktijken een dergelijke dreiging aan.

Veel zal er in de samenwerking tussen deze twee zorgaanbieders verbeterd moeten worden. Dit is ook een belangrijk probleem maar daar wil ik nu niet op ingaan.

d. Culturele verschillen.

We gaan ook zeker naar een multiraciale samenleving, naar een multiculturele samenleving; daardoor ook naar andere opvattingen over leven en dood, ziekte, gezondheid en zelfbestemming. Doordat de huisarts vaker te maken heeft met patiënten uit andere culturen ontstaan er spanningen over de te leveren zorg.

Onlangs konden we lezen dat er een afwijkende mening bij Turkse vrouwen bestaat over het geven van vitamine D- druppels aan hun kinderen ter voorkomen van deficiënties.

e. *Toenemende medische technologie.*

Toenemende medisch technische ontwikkelingen zullen morele en ethische dilemma's gaan opwerpen. Ook ik sta vaak met open mond te kijken naar de fantastische technische ontwikkelingen in de specialistische geneeskunde. Medisch technisch kan steeds meer maar ik vraag me vaak af of het ook moet. Er is een groter wordende kloof tussen de diagnostische mogelijkheden en de therapeutische. Steeds vaker zullen we horen: "We weten wel wat het is maar we kunnen niets voor u doen".

f. *Extramuraliseren van de zorg.*

Patiënten verblijven steeds korter in het ziekenhuis en worden snel ontslagen. De huisarts krijgt in de toekomst steeds meer te maken met zorg voor patiënten die nog (ernstig) ziek zijn. De zorg voor deze patiënten moet extramuraal worden gegeven en zou moeten aansluiten op de behandeling die in het ziekenhuis is gestart. Ik had een paar jaar geleden de eer om de Inspectie Volksgezondheid te mogen adviseren in een studie naar de **kwaliteit en de effectiviteit van de ketenzorg** voor een aantal chronische lichamelijke en psychische aandoeningen. Ketenzorg werd gedefinieerd als 'het samenhangende geheel van zorginspanningen door verschillende zorgaanbieders bij een lijder aan een bepaalde ziekte'. De vraag was hoe de *afstemming gewaarborgd* was tussen zorgverleners die betrokken zijn bij ketenzorg, dus tussen alle zorgverleners die zich met de patiënt bemoeien. Er werden een dertiental chronische aandoeningen onderzocht. In meer dan 95% van de gevallen speelt de huisarts een min of meer grote rol in de zorg voor de patiënten. Het is steeds weer de huisdokter die het meest betrokken is bij de zorg aan dergelijke chronische patiënten.

Twee voorbeelden daarvan zijn

- als eerste: de zorgketen voor de zogenaamde '*zorgwekkende zorgmijders*': de psychisch gestoorde zonderlingen en zwervers, daklozen, die zich onttrekken aan de reguliere zorg en
- de tweede: is de zorgketen voor patiënten met hartfalen. Deze laatste groep is belangrijk voor de huisarts omdat die sterk zal toenemen door de veroudering maar ook door de verbeterde behandelingen van het hartinfarct. De zorg uit het ziekenhuis zal naar de huisarts toekomen.

Zonder verder op de details van de studieopzet in te gaan waren de conclusies voor de zorgketen 'hartfalen' zacht gezegd, nogal teleurstellend. Laat ik me hiertoe beperken.

Eerlijk gezegd waren ze voor mij een bevestiging van wat ik eigenlijk al wel wist:

- ➔ Er is in dit land, regionaal noch landelijk, geen goed georganiseerde, systematische ketenzorg voor hartfalen
- ➔ De keten is meestal alleen in het ziekenhuis georganiseerd op initiatief van de cardiologen

- ➔ Bij slechts 25% van de bestaande ketens is de keten ook buiten het ziekenhuis georganiseerd maar bij de opzet en afstemming zijn de huisartsen bijna nooit betrokken!
- ➔ Er is onbekendheid bij de betrokken disciplines met de richtlijnen en protocollen van *de andere* hulpverleners. Er is wel intradisciplinair overleg (bv. binnen een keten in het ziekenhuis) maar zelden interdisciplinair met externe hulpverleners.
- ➔ Patiënten ervaren grote *afstemmingsproblemen* tussen de diverse hulpverleners en ervaren *tegenstellingen* tussen de diverse hulpverleners over inhoudelijke en beleidsmatige aspecten van de gewenste zorg.

Om tot een goede keten van zorgverlening te komen, zijn er belangrijke belemmeringen aan te wijzen:

- Er bestaan verschillende visies tussen intra- en extramurale zorgverleners op 'geneeskundige zorg'. Er zijn blijkbaar in de echelons andere uitgangspunten voor de te leveren zorg.
- Het intramurale *behandelplan* is niet per definitie gelijk aan extramurale *zorgplan*
- Overdracht van elkaars uitgangspunten mankeert, multidisciplinair (voor)overleg ontbreekt.

Echter voor ketenzorg is een gemeenschappelijke gedragen behandel- en zorgvisie absolute voorwaarde!

Hoe kan de huisarts zijn rol op dit gebied waarmaken als er geen continuïteit in de zorgketen bestaat, hij er zelfs niet betrokken is, hij geen eigen huisartsspecifieke inbreng heeft in het zorgplan voor de patiënt. Hij kan geen continuïteit bieden terwijl dat juist bij deze patiënten van belang is omdat er niet alleen medische vragen zijn maar ook zijn hier de vragen over lijden en leven, aan de orde.

Ik moet wel zeggen dat dit intern gericht zijn op de inhoud en de organisatie van de zorg binnen de eigen disciplines bij alle disciplines gelijk is. Dus ook de NHG standaard hartfalen is monodisciplinair en omvat geen verwijzingen naar een keten van zorg rond de hartfaalpatiënt.

Hele goede pogingen worden gedaan door de zg transmurale zorg afspraken zoals die door NHG en enkele specialisten verenigingen zijn gemaakt.

Helaas moeten we vaststellen dat van de landelijke, centraal gemaakte afspraken in de praktijk niet veel terecht komt.

Het is eigenlijk onbegrijpelijk dat bij het maken van een plan voor ketenzorg het denken over de keten ophoudt bij de grens van het ziekenhuis, bij de grens van de eerste lijn. Bij de grens van de eigen discipline houden de plannen op. De verkokering is zo groot dat zorgketens niet van de grond komen. Ook door eigen opvattingen van professionals over wat het beste voor de patiënt is komt het niet van de grond.

In de toekomst zullen huisartsen toenemend te maken krijgen met patiënten aan wie die het ziekenhuis niets te bieden heeft; met chronische ziekten die niet te genezen zullen zijn en met klachten waarvoor geen oplossing is. Als huisarts zie ik het lijk al

drijven, overdrachtelijk gezegd dan, als de toenemende patiëntenstromen van ziekenhuis naar de huisarts, niet gepaard gaan met betere zorgketen vorming. Ik vind dat huisartsen moeten eisen dat zij mede verantwoordelijk zijn voor zorgketens. Omdat de huisarts verantwoordelijkheid heeft voor zijn patiënten moet hij een rol opeisen in de zorgketen, ook al ligt de patiënt voor een deel ervan in het ziekenhuis. Ik kan me voorstellen dat ook *druk van overheidswege* het ontstaan van in gezamenlijk overleg ontworpen. 'ketens van zorg' zal moeten bevorderen.

g. *Beschikbaarheid continuïteit van zorg.*

Zoals wijzelf in 1969 al concludeerden en daarom onze praktijkvoering moderniseerden, is het altijd beschikbaar zijn van de eigen huisarts een achterhaalde zaak. Dat hoeft ook niet, tijden veranderen en ook de omstandigheden, als er maar maatregelen genomen worden om dit op te vangen.

Maar de continuïteit in de zorg, een van de basisprincipes van de huisartsgeneeskunde, ook verwoord in de definitie, moet bewaakt worden.

Bewaking van de continue en persoonlijke zorg in de huisartsgeneeskunde is essentieel ook al verandert de aanblik van de huisartspraktijk.

De oplossingen moeten verder gaan dan alleen maatregelen te treffen op organisatorisch vlak. Door alleen te zeggen dat de huisartsgeneeskunde aangeboden gaat worden als 'huisartsenvoorziening' wordt niet voldoende rekening gehouden met de betekenis van continue EN persoonlijke zorg voor de patiënt.

Ik maak me zorgen als jonge huisartsen zeggen 'dat ze als huisarts werken' en niet dat ze 'huisarts zijn'. Het weerspiegelt een mate van betrokkenheid! Voor de patiënt is zijn huisarts niet willekeurig inwisselbaar voor een andere dokter.

Dat betekent uiteindelijk dat een persoonlijke ook emotionele betrokkenheid en inzet die verder gaat dan een door een CAO bepaalde werkrelatie, voorwaarde is voor het voortbestaan bestaan van de huisartsenzorg.

Dat ik dit item zo dik aanzet is niet omdat het onderwerp een idee-fixe is van een oude, eigenwijze huisarts/professor, een idee overgebleven uit een romantisch maar wel heel grijs verleden.

Het onderwerp is ook nu nog, als principe in de huisartsgeneeskunde, van belang. Dit wordt door Henk Schers in zijn zeer recente proefschrift te Nijmegen nog eens ondubbelzinnig bevestigd.

De patiënt, zo blijkt uit zijn studie, hecht zeer aan persoonlijke en continue zorg van zijn huisarts. Hij stelde echter ook vast dat huisartsen *zelf* meer tevreden zijn met hun vak, meer voldoening hebben van hun vak, als ze zelf veel belang hechten aan de *persoonlijke* zorg voor hun patiënten. Het mes snijdt dus aan twee kanten.

Hoe kun je continuïteit nu bewaken?

Een van de voorwaarden voor een continue zorg is de registratie en het doorgeven van patiëntgegevens bijvoorbeeld uit diensten.

Huisarts Paul Hoppener heeft jaren geleden in deze regio al aangetoond hoezeer een gezamenlijk geautomatiseerd patiëntendossier dat zorgproces kan bevorderen. Het is trouwens niet te begrijpen dat het ontwikkelen van gezamenlijke elektronische patiëntendossiers zo'n traag en stroperig proces is. Allerlei belangen en regels belemmeren de snelle ontwikkeling van een gezamenlijk patiëntendossier.

Ik kan me voorstellen dat de overheid een *dwingende* rol gaat spelen om dit sneller van de grond te krijgen. Door 'accreditatievoorwaarden' te stellen, bijvoorbeeld.

De patiënt, zelf zo blijkt uit diverse studies, heeft met een gezamenlijk dossier geen probleem. We praten nu over continuïteit in de *informatie-uitwisseling*. Dit soort *informatie uitwisseling* zou nog makkelijk te organiseren zijn.

Maar Henk Schers onderscheidt echter nog een ander aspect nl de *persoonlijke continuïteit*.

Voor bewaken van de persoonlijke, individuele, continuïteit, voor dat wat de patiënt tegen zijn huisarts vertelt, is er geen standaard oplossing. Dat is een gesloten boek.

***Een huisarts is iemand die gekozen heeft voor mensen.
Hij helpt hen en staat hen bij in moeilijke, pijnlijke situaties met zijn hart
en met zijn kennis.
Hij ziet achter schijnbare futiliteiten,
angst, zorgen, leegte
zodat zijn begrijpen een houvast kan zijn voor de ander
om verder te gaan.***

***Een huisarts is een vriend aan wie veel verteld kan worden
Hij wordt dan deelgenoot van de diepste vreugde en het meest intense, vaak
verborgen, verdriet.
Hij wordt mild
omdat hij in ieder ander zichzelf herkent:
'de mens'.***

Riet Hanssen, 1990

Voor de patiënt is het van belang dat zijn diepste geheim in een afgeschermd deel van het gezamenlijke patiënt-huisarts dossier staat. Alleen zij beiden hebben daar ingang. Dit is niet met organisatorische maatregelen op te vangen maar alleen met persoonlijke inzet.

Bedreiging van ons zorgsysteem: 'Hospital based' zorg of 'population based'?

Er zal heel wat moeten gebeuren om de toekomstige zorg te kunnen leveren en te kunnen betalen, dat is duidelijk. Maar kan het ook?

De regeringen vanaf de jaren tachtig kozen vooral voor bezuinigingen in de zorg. Vooral de 'basisgezondheidszorg' voorzieningen, de 'chronische zorg' en de 'eerste lijnszorg' waren het belangrijkste doelwit.

Een makkelijke prooi, immers door de overbelasting (ook veroorzaakt door allerlei bureaucratische verplichtingen), door gebrek aan duidelijke interne structuur, slechte interne organisatie, en vooral door (te weinig) aandacht voor de (wetenschappelijke) inhoud van hun taak, maakten dat deze groeperingen pas heel laat gingen protesteren; pas toen het water hoog aan de lippen stond. Intussen ging de bouw van grote, prestigieuze ziekenhuizen door en werden bijvoorbeeld, de verpleeghuizen steeds verder in de 'Verelendung' geduwd. Wie wil daar nu nog liggen!

De politiek staat blijkbaar machteloos, leeft met de waan van de dag en heeft geen visie op de oplossingen voor de groeiende problemen in de zorg. Gekozen is in Nederland immers voor de economische sturing van het zorgsysteem, voor individualisering van de zorg, voor concurrentie in de zorg, marktwerking in de zorg, etc.. Dit zal uiteindelijk leiden tot de verfoeide tweedeling in de zorg, kortom tot een zorgsysteem wat niet Nederlands van aard is en dat wij naar mijn mening niet willen. En dit zal te toenemende zorgvraag niet verlagen en dus per saldo niets opleveren, zelfs duurder worden.

Toen haar vakantiegeld binnenkwam had ze voldoende om haar lelijke neus, vond ze zelf, te laten corrigeren.

De chirurg liet zien hoe mooi het kon worden en daarom maar direct een datum geprikt.

‘Dat kost u 4.500 Euro’.

Hij zag dat ze daar van schrok en vervolgde:

” U moet rekenen dat ik er misschien wel een uur werk aan heb”.

Dat dit ook voor de patiënt erg nadelig is door Barbara Starfield (John Hopkins, Baltimore, VS) in haar onderzoek beschreven.

Zij was begin dit jaar in Nederland om de Nederlandse bestuurders, zorgverzekeraars en politiek te overtuigen *dat een goede en goedkope gezondheidszorg alleen maar kan worden bereikt door een sterke basisgezondheidszorg en eerstelijnszorg!*

Professor Starfield vergeleek van heel veel landen de *resultaten van de zorg*, zoals de sterftcijfers (vooral kinderen!) en concludeert dat *‘landen met goede basisvoorzieningen voor iedereen, met goede verdeling van beschikbare middelen (geld), met een goede ‘volksverzekering’ en met oriëntatie op persoonlijke zorg, beter presteren en een goedkopere zorg bieden’*. In een degelijk zorgsysteem speelt de huisarts een kernrol met op naam ingeschreven patiënten (niet shoppen!), waardoor continuïteit van de zorg mogelijk is.

Een dergelijk voordelig en goed ‘population oriented’ zorgsysteem is contrair aan het ‘hospital oriented’ zorgsysteem dat zich in Nederland de laatste jaren ontwikkelt. Dit geluid wordt de laatste tijd steeds meer gehoord in de discussie over de keuzen in onze zorg. Een ‘hospital oriented’ gezondheidszorgsysteem kan geen rol spelen bij de oplossing van de grote hierboven genoemde toekomstige problemen.

Alleen een population based gezondheidszorgsysteem waarin samenwerking tussen alle zorgverleners bestaat, op *basis van gelijkwaardigheid* en door het ontwikkelen van *gezamenlijke zorgketens* kan hier soelaas bieden.

Substitutie van zorgaanbod.

De bij preventie en behandeling van Diabetes en COPD ingezette verpleegkundigen, bereiken de behandoelen veel beter dan huisartsen!

Er is daarom een ontwikkeling gaande waarin bepaalde taken in de huisartspraktijk overgedragen worden aan paramedici omdat die zich beter aan het behandelprotocol houden. Ook zou de huisarts hierdoor in zijn werkbelasting worden ontlast.

Op zich is er niets op substitutie tegen. Ook wij droegen taken over in onze praktijk. Door de verminderde zorgcapaciteit van huisartsen, de grotere en specifiekere

zorgvraag in de toekomst, is substitutie van taken naar medewerkers, zeker noodzakelijk. In de afgelopen jaren zijn er op verschillende manieren paramedici toegevoegd aan de huisartspraktijken, van praktijkondersteuner tot praktijk verpleegkundige enz.

Zij richten zich op specifieke patiëntengroepen, met een bepaalde aandoening of met een hoger risico.

Maar de vraag is natuurlijk hoe de *meest wenselijke* ontwikkelingen moeten zijn. Ik ben er zeker van dat de keuzen die nu gedaan worden niet de juiste zijn. Om een tweetal redenen.

1. Inhoud van het huisartsenvak

2. Keuze van de onderwerpen

1. De inhoud van het huisartsenvak.

Diabetes II en COPD, zijn de twee klachten/ziekten die in het kader van de substitutie, tot nu toe, de meeste aandacht kregen. Maar dat zijn in mijn huisartsenogen helemaal geen makkelijke ziekten die zo maar protocollair te controleren zijn. Het zijn aandoeningen met een zeer *wisselende* impact per patiënt. *Huisartsgeneeskundige* kennis en inzicht is noodzakelijk voor overleg met de patiënt om de juiste therapeutische beslissingen te kunnen nemen. De individuele afweging tussen *cure en care* vereist overleg. Dit soort beslissingen staan niet in een standaard protocol; er moet rekening worden gehouden met de individuele patiënt. Substitutie van deze 'controle-zorg' welke in feite de vorm heeft van specialistische zorg, *maar dan buiten het ziekenhuis*, tast de typische eigen, integrale, holistische zorg van de huisarts aan. Huisartsen voelen ook wel dat deze ontwikkeling hun vak aantast en worden daar onrustig van. Zeker, er is meer hulp in de praktijk en extra assistentie nodig voor betere begeleiding van de diabeten en de copd patiënten, maar dan is in mijn ogen vooral is assistentie op *praktijkorganisatorisch vlak* nodig.

2. De keuze van de onderwerpen voor substitutie.

Ik denk dat als het gaat over effectief verminderen van de werkbelasting de ondersteuning/assistentie vooral gericht moet zijn op de 'grote bulk' zorgvraag op het gebied van de 'minor illnesses', op de veelvuldige en eenvoudige medische handelingen (verbandje, uitstrijkje, uitspuiten, bloeddrukmeten etc.).

Deze eenvoudige handelingen, maken een heel groot deel uit van de zorgvraag in de huisartspraktijk. De werklast wordt vooral door de snotneuzen, spierpijntjes hier en daar, door de klagers en door de onoplosbare psychosociale en maatschappelijke problemen, waarvoor de huisarts ook geen oplossing heeft, bepaald en slechts voor een klein deel door diabeten of COPD patiënten

Als er een keuze moet worden gemaakt voor substitutie of taakherschikking dan hebben voor mij de inzet van praktijkverpleegkundigen/ ondersteuners bij deze klachten prioriteit.

Preventie.

Ik kan het natuurlijk niet laten om ook iets over preventie te zeggen. Ik ben er mijn hele leven mee bezig geweest.

Een van de hoofdgebieden van de huisartsgeneeskunde zoals die ook in de Woudschoten definitie is beschreven is preventie. Het algemene beleid in Nederland is dat er meer aandacht moet komen voor preventie en dat de huisarts daarin een belangrijke rol moet spelen.

Er zijn stemmen die betwijfelen of preventieve voorlichting enig nut heeft, zelfs averechts werkt. Ook zien we vreemde excessen bij preventie zoals het instellen van anti-rook politie tegen het roken in openbare ruimten.

In toenemende mate ben ik van mening dat een dergelijke aanpak zeker zin heeft.

Ik ben nog steeds geen cynicus maar er wel van overtuigd dat we, omdat sommige maatregelen bewezen effect hebben en dus van belang zijn voor preventie, andere wegen in moeten slaan.

Ik denk dan ook vaker dan vroeger dat door sommige maatregelen mensen beschermd moeten worden tegen hun eigen 'onwetendheid' en dat daarvoor gebodsen en verbodsbepalingen soms noodzakelijke zijn. Als we dit niet doen bevorderen we de tweedeling in onze maatschappij op gezondheidsgebied. Nu is het al zo dat de hogere maatschappelijke klassen bijna niet meer rookt en de lagere er nog altijd flink op raak puft!

Wat ik ook geleerd heb is dat de huisarts zich op dit gebied vaker moet beperken tot dat waarop hij als medicus deskundig is en tot datgene wat bewezen effect heeft. Ik ga nog een stapje verder dan ik in mijn oratie deed, bijna 16 jaar geleden. De huisarts moet zich beperken tot medicamenteuze behandeling van een beperkt aantal hoogrisico patiënten in zijn praktijk en geen tijd stoppen in uitgebreide gezondheidsvoorlichting, laat staan –opvoeding.

Patiënten uit deze groep moeten allereerst goed medicamenteus behandeld worden omdat in ieder geval is aangetoond dat dit WEL effectief is.

Zo kon mijn medewerker Patrick van Limpt geen enkel effect aantonen van de niet-medicamenteuze behandeling van hoog risicopatiënten en ook in de literatuur is de effectiviteit van dergelijke benadering een onderwerp van discussie.

Praktische adviezen op gebied van gezonde voeding kunnen de patiënt wel erg helpen in het doolhof van tegenstrijdige gezondheids- en voedingsadviezen. Dit soort praktische adviezen kan de huisarts goed geven als daar de kans voor is bij een bepaalde patiënt. Echter alleen als hij zich de basiskennis hierover eigen heeft gemaakt. Bas Maiburg heeft in een belangrijke studie aangetoond dat huisartsen dit goed kunnen leren en goed kunnen toepassen, als het maar aansluit bij de praktijk! Het heeft wel effect als de huisarts een hartinfarct aangrijpt om nadrukkelijk te zeggen dat de patiënt moet stoppen met roken en tegen hoesters te zeggen dat ze moeten stoppen met roken.

Het voorkomen van vetzucht, bevorderen van lichaamsbeweging, het gebruiken van goede voeding etc. zou moeten gebeuren door algemene bevolkingsvoorlichting en maatregelen naar de industrie toe, etc.

De huisarts moet bij patiënten die er om vragen kunnen verwijzen voor specifieke ondersteunende hulp van diëtiste, voedingskundige etc., met in zijn achterhoofd wel de twijfel over de uiteindelijke effectiviteit van de verwijzing.

In het beperkte succes van de GVO speelt de patiënt natuurlijk ook een flinke rol. De patiënt heeft een eigen agenda, is zichzelf daar niet altijd van bewust maar deze agenda heeft veel effect op de behandelingsresultaten. U moet niet onderschatten hoe groot de invloed is van het moeten houden van een diabetesdieet op het sociaal-maatschappelijk functioneren en dus op de compliance.

Wouter Gommers, op dit moment in opleiding tot huisarts, deed onlangs een onderzoek naar de therapietrouw van patiënten bij cholesterolverlagende medicatie. De pillen waren voorgeschreven door huisartsen en specialisten. Hij toonde aan dat het droevig gesteld was met deze therapietrouw. Een aanzienlijk percentage (minstens 40%!) van de patiënten die de pillen al langer gebruikten, als van hen die deze recent kregen voorgeschreven, stopten binnen korte tijd met het gebruik ervan. Vooral was dat zo als die werden voorgeschreven door een specialist. Niet dat het een verrassing is want therapietrouw is een sinds de jaren zeventig, toen behandelingen van chronische aandoeningen en preventietherapie mogelijk werd, een steeds terugkerend onderwerp van onderzoek. De huisarts zal zijn rol ook op het gebied van preventie moeten heroverwegen. Ik vind dat hij de energie ervoor anders moet besteden. Niet alleen omdat de workload op dit gebied zal toenemen maar vooral omdat we ons moeten beperken tot wat werkt. We zullen ook voordat we tot preventieve behandeling besluiten allereerst bepalen of de patiënt zelf eigenlijk wel wil.

Besluit.

In dit laatste college heb ik beschreven wat de huisarts te wachten staat en hoe hij dat kan oppakken.

Daarmee kan ik ook de titel van mijn lezing afmaken.

Eenmaal huisarts...., altijd veranderen.

In de toekomst kan de huidige huisarts geen praktijk meer voeren op een manier zoals nu gaat. Ook mijn collega Piet de Winter en ik konden ruim vijfendertig jaar geleden niet doorgaan zoals het toen was. Wij moesten ook dringend veranderen, uit persoonlijk belang maar ook omdat aanpassen aan veranderende omstandigheden nodig was. De maatschappij verandert en de huisarts verandert mee! Ook de huisartsen zullen zich moeten veranderen.

Veranderen is moeilijk. Veranderen is kiezen en kiezen is ...altijd wat verliezen. Bijvoorbeeld een stukje zelfstandigheid als samenwerking noodzakelijk is voor een betere zorg.

Om te veranderen heeft de huisarts feedback nodig, moet hij discussies voeren met en steun vragen van andere, voor de zorg verantwoordelijke instanties; de beroepsgroep zelf, de zorgverzekeraars (!), de politiek, de patiëntenverenigingen, de ziekenhuisorganisaties.

De allereerste stap naar verandering zal in de opleiding moeten zitten. Hier moeten as. huisartsen zich bewust worden van de blijvende noodzaak te leren, te ontwikkelen en niet stil te blijven staan.

De huisartsopleidingen zijn zich er terdege van bewust dat ze moeten opleiden tot verantwoordelijkheid dragende huisartsen voor eigen kwaliteit van zorg.

Ik heb de afgelopen vijf jaren gezien hoe de huisopleidingen worstelen met het veranderen van opleidingen met een 'dichtgemetseld' curriculum naar een opleiding van volwassenen met eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit.

Er wordt nog steeds hard gewerkt aan het slechten van barrières.

In de toekomst kan de huisarts niet meer als solist werken. Hij zal gaan werken in Eerstelijns Gezondheid Teams. In de toekomst zullen om de huisarts heen teams van zorgverleners worden gevormd. De huisarts garandeert in deze veranderende omstandigheden voor de continue en persoonlijke zorg voor de ingeschreven patiënten.

Het decor verandert steeds weer, maar.. het toneelstuk blijft hetzelfde.

De huisartsen zullen de Woudschoten definitie moeten koesteren: dat is de uitdaging, maar ook een hele kunst!

De patiënt kiest voor de huisarts, gelukkig!

Ik ben heel benieuwd hoe het gaan zal, ik kijk er met veel verwachting en veel vertrouwen naar uit.

Geraadpleegde en voor deze lezing gebruikte bronnen.

Huygen FJA. NHG-Quo vadis/ huisartse en wetenschap 1959;2:187-91

Huugen FJA. Family medicine; the medical life history of families Nijmegen: Dekker en van de Vegt, 1978

Rapporten 2003-2004 Capaciteitsorgaan. Utrecht

Henk Schers. Continuity of care in general practice. Proefschrift Nijmegen 2004

Ketenzorg bij chronische ziekten. Inspectie van de gezondheidszorg. Rapport, den Haag 2004

Gommers WSA ea. Therapietrouw van patiënten met cholesterolverlagende medicatie. Hartbulletin. 32;5:126-31

Ned tijdschr huisartsgeneeskunde. 2004;21:179-82. Interview JW van Ree: Be-roepsgroep moet zich beraden, er is haast bij!

Ree JW. Preventie: maatwerk: nuttig of terug naar af? Huisarts Wet.2004;47:442-3 Medisch Contact. 2004: titelblad

Wijsman-Grootenhorst A., Dam R van. Ned Tijdschr. Gen 2005;149(17):392-4

Golf Journaal voor slide

NRC Handelsblad voor slides

TNO Preventie en gezondheid. Diverse publicaties gezondheidstoestand in NL

Website: www.nationaalkompas.nl voor demografische gegevens

Voorlichtingsfolder Toon Hermans Huis voor slide