

BUITENLAND

Paul Jonas, MD MSc
stafdocent huisartsgeneeskunde,
afdeling Public Health en
Eerstelijngeneeskunde, LUMC

prof. dr. Barend Middelkoop
hoogleraar public health,
afdeling Public Health en
Eerstelijngeneeskunde, LUMC

UITSTEKENDE RESULTATEN DOOR FOCUS OP PREVENTIE EN EERSTE LIJN

Leren van Cubaanse gezondheidszorg



HOLLANDE HOOGTE

Ze zijn met ruim 11 miljoen en verdienen gemiddeld 22 euro per maand; Cubanen wonen in een ontwikkelingsland. Maar de gezondheidsparameters zijn bijzonder goed, vooral door de nadruk op preventie. Daar kunnen wij wat van opsteken, vinden Paul Jonas en Barend Middelkoop.

Een zes koppig team van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) stapte vorig jaar juli op het vliegtuig voor een werkbezoek aan Cuba. Onder hen ook ondergetekenden. Reisdoel: komen tot een wetenschappelijke uitwisseling tussen Havana en Leiden op het gebied van public health en eerstelijns geneeskunde, biotechnologie, cardiometabool onderzoek en uitwisseling van studenten geneeskunde en aiossen huisartsgeneeskunde. Triggers voor het gezelschap waren de berichten over een moderne concurrerende biotechnologiesector en preventiegerichte eerstelijns gezondheidszorg in Cuba.¹⁻³ En voor een ontwikkelingsland uitzonderlijk goede gezondheidsparameters zoals een hoge levensverwachting bij geboorte (2011: 79 jaar, zie *figuur*). Ook is de kindersterfte lager dan in de Verenigde Staten (2011: 5/1000 versus 8/1000).^{4 5} Cuba leeft al ruim vijftig jaar met een handelsblokkade door de VS en heeft een bruto binnenlands product dat één tiende bedraagt van dat van Nederland.⁶ Artsen verdienen er weinig en klussen regelmatig bij als gids of taxichauffeur om hun salaris op te vijzelen. Maar de gezondheidszorg is gratis en goed. Daar kunnen wij wat van leren.

Eerste lijn

Hoe zijn die gunstige gezondheidsparameters te verklaren? Ongewijfeld heeft het te maken met de hoge opleiding van de Cubanen en ook met de gratis toegang tot het zorgsysteem.⁷ De socialistische signatuur van het land waarbij winststreven in de gezondheidszorg taboe is en een centraal gepland zorgsysteem bestaat, speelt ongewijfeld ook een rol.⁸ Recentelijk werd in BMJ gespeculeerd dat

Cubanen worden gemiddeld 79 en de kindersterfte is laag

de economische crisis die het land in de jaren negentig teisterde – en het gemiddelde gewicht van de bevolking 4 tot 5 kg deed kelderen waardoor de cardiometabole morbiditeitstrend vertraagd inzette – ook een bijdrage heeft geleverd.⁹ Hoe dan ook, van eminent belang lijkt het hoge proactieve gehalte van het gezondheidszorgsysteem in Cuba. Dit ontwikkelde zich sinds begin jaren zestig, nadat Fidel Castro aan de macht was gekomen. Op alle niveaus is er focus op preventie

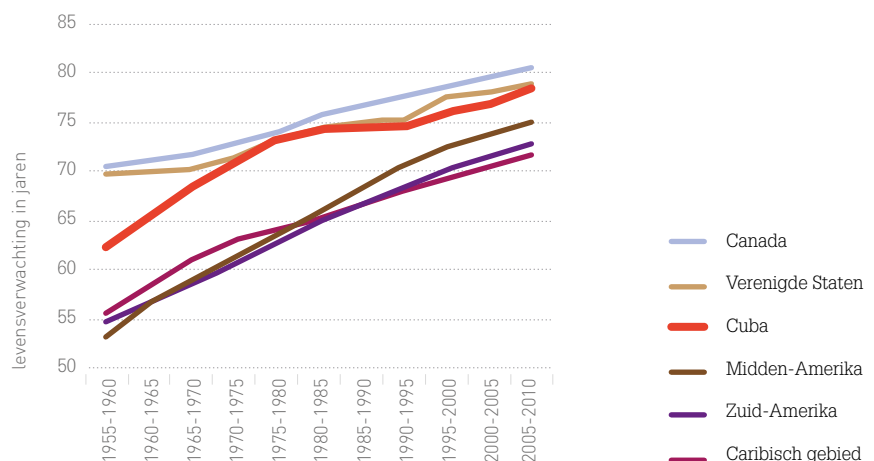
en de eerste lijn. Inhoudelijk vooral op cardiometabole risico's en kanker. Op school en op tv proberen de autoriteiten de bevolking op te voeden in ziektepreventie en gezondheidsbevordering. Artsen moeten na hun basisopleiding twee jaar werken in een huisartspraktijk – een *consultorio* – waarna 65 procent daarmee doorgaat en 35 procent zich specialiseert.

Ook de gehele zorginfrastructuur is gericht op ondersteuning van de eerstelijnszorg. Cuba ontwikkelde een systeem van community-poliklinieken, die elk een gemeenschap van zo'n 25 à 30.000 mensen voorziet van huisartsenzorg. Vanuit de polikliniek is er ook een 24-uursspoeddienst (CVA- en ACS-patiënten worden er gestabiliseerd), specialistische zorg, lab, ander diagnostisch instrumentarium en revalidatie. De zorg en gezondheidseducatie van de bevolking wordt elk jaar aangepast aan het veranderde epidemiologische profiel van de community. Dit heet een *closed loop*-systeem: de cirkel (doel-actie-resultaat-bijgesteld doel-actie, etc.) wordt elk jaar rond gemaakt.

De huisartsenzorg is georganiseerd in *consultorio's* met gemiddeld 900 mensen, rondom de ondersteunende polikliniek. Hier houden een wijkverpleegster (*enfermera de la familia*) en huisarts (*medico de la familia*) zich vooral bezig met preventie,

Ontwikkeling levensverwachting

Cuba vergeleken met enkele andere gebieden



gezondheidsbevordering en triage van acute pathologie. Een familie (Cubanen wonen vaak nog met drie generaties in één woning) is de eenheid van zorg en er is ook op microniveau een *closed loop*-systeem. Daarbij wordt het individuele behandelplan elk jaar afgestemd op de risicoklasse (schaal van I tot IV) waarin de betreffende persoon zit. Rokers zitten bijvoorbeeld in klasse II en mensen met COPD in III. Mensen worden ingestuurd naar polikliniek of ziekenhuis maar komen voor verdere behandeling steeds terug bij de huisarts.

Levenslooptgeneeskunde

De basisgezondheidszorg moet het doen met schone, maar schaarse en verouderde materialen. De gebouwtjes zijn matig tot slecht onderhouden en de Cubaanse huisarts is het kaartenbak-tijdperk nog niet ontgroeid. De eerste lijn in Cuba is echter goed georganiseerd tot in de haarvaten van de bevolking, met, als gezegd, de familie als basiseenheid van onderzoek en zorg.

Zo stapt een Cubaanse huisarts 's ochtends met zijn wijkverpleegster en aios de praktijk binnen en ze beginnen met hun spreekuur. Veruit de meeste tijd besteden ze aan preventie: voor de tien geplande preventiepatiënten is er vier uur de tijd. Het voelt als een consultatiebureau: wegen, meten, bloeddruk bepalen, daarna een gesprek met de dokter over de situatie thuis, op het werk, risicofactoren en leefstijl. Hierna volgt een risico-evaluatie en een persoonlijk plan van aanpak. Een jaar later komt de patiënt weer. Op afspraak. Klachten en vragen om informatie, zoals de Nederlandse huisarts die op zijn spreekuur ziet (in Cuba naar schatting gemiddeld tien per dag) komen tussendoor en worden kort getrieerd: pluis of niet pluis. Niet pluis gaat naar de poli, pluis naar de aios of wijkverpleegster en dan naar huis, meestal zonder recept. Indicaties voor borst-, prostaat- en cervix-onderzoek worden hoofdzakelijk door de huisarts gesteld. Een epidemioloog is vast verbonden aan een groep van circa tien huisartsen. Jaarlijks kijken zij welke verschuivingen er in het gezondheidsbeeld



zijn en ondernemen daarop afgestemde actie. Specialisten werken op de poli en ook in de huisartspraktijken. Vrouwen-groepen helpen bij epidemieën en geven vaccinaties en voorlichting in de buurten. 's Middags worden huisbezoeken afgelegd, want een Cubaanse huisarts ziet alle patiënten verplicht minstens één keer per jaar thuis. Leefomgeving, (water)hygiëne, mobiliteit bij ouderen en dergelijke zijn dan de gespreksonderwerpen. Chronische, bedlegerige of pas ontslagen patiënten krijgen begeleiding (*hospital at home*; door wachtlijstproblematiek houden ook ziekenhuizen in Cuba geen kostgangers). Op de vraag aan huisartsen waar ze hun werkplezier vandaan halen in de sterk geprotocolleerde zorg, hoor je steevast: 'We zijn een deel van "onze" families en

hebben de zorg over hen. We zien kinderen opgroeien, ouderen sterven.' Echte levenslooptgeneeskunde dus.

Lessen

Na ondertekening van een samenwerkingsovereenkomst door de Universidad de Ciencias Medicas de la Habana en LUMC, begin dit jaar, zijn Cuba en Nederland voorzichtig begonnen van elkaar te leren. De eerste co-assistent is inmiddels in Havana geweest, deze maand gaat een Cubaanse promovenda hier aan de slag en in oktober en november gaan een aios huisartsgeneeskunde en een aios een eerstelijnsstage in Cuba volgen. Op onderzoeksgebied is er informatie-uitwisseling over de rol van bruin vet bij cardiometabole ziekte, worden de eerste stappen gezet om een Cubaans vaccin tegen longkanker hier te krijgen en worden er plannen gemaakt voor verder onderzoek naar cardiometabole morbiditeit en de succesfactoren van de Cubaanse aanpak.

Vooruitlopend op dat laatste durven we al wel te zeggen dat ons land vanuit een andere invalshoek moet gaan denken, omdat de huidige ziekte- en ziekenhuisgerichte zorg ons in een steeds groter

De huisarts ziet alle patiënten verplicht minstens eens per jaar thuis

DE OPLEIDINGSMARKT

Marktdenken is uit. Ik hoef de privatisering van de NS maar te noemen en u weet waar ik het over heb. Toch zou het jammer zijn als we vanwege dergelijke eclatante mislukkingen marktwerking zouden schuwen.

Neem de opleiding tot medisch specialist; daar is totaal geen sprake van marktwerking en dat is een gemiste kans. Immers, de aspirant-specialist (de klant) heeft geen mogelijkheid om goede opleidingen te belonen en slechte te straffen. Het aantal opleidingsplaatsen wordt verdeeld over de verschillende opleidingsinstituten op basis van historisch bepaalde afspraken, niet op basis van kwaliteit. Is dat niet een beetje archaisch in deze tijd? Waarom mogen zeer grote opleidingsinstituten blijven bestaan ondanks het feit dat zij de vacatures voor arts-assistenten nauwelijks ingevuld krijgen, terwijl sommige kleinere opleidingen de vraag niet aankunnen?

Ik stel voor dat we de grootte van de opleiding – binnen grenzen – laten bepalen door de klant zelf: de toekomstig specialist. Een van de manieren is dat aspirant-specialisten centraal hun voorkeursplaats(en) aangeven. De instituten met de meeste stemmen zouden dan mogen uitbreiden, de instituten die onderaan bungelen, moeten inkrimpen.

Voorwaarde is publiek toegankelijke informatie over kwaliteit. Waarom kunnen visitatierapporten niet openbaar worden, bijvoorbeeld? Zo zullen de meest gewilde opleidingsinstituten het sterkst kunnen groeien en andersom. Ik verwacht dat dit de kwaliteit van de opleiding en dus van onze medisch specialisten uiteindelijk ten goede zal komen. Omdat ik nog steeds in de markt geloof. Ondanks de NS.

René Kahn

kostenmoeras brengt en nog maar een beperkte gezondheidswinst oplevert.¹⁰ Bovendien zal de prevalentie van cardio-metabole ziekten de komende jaren snel oplopen, wat de levenskwaliteit van velen zal verslechteren.

Het zal een langdurige en geleidelijke transitie worden, maar de richting ligt voor de hand: gezondheid, niet ziekte, moet de maat der dingen worden. Dus focus op preventie en doe dit dicht bij de mensen, op wijkniveau. Focus op een paar onderwerpen die werken en onderbouwd zijn. Het tegendeel is momenteel in Nederland het geval.¹¹ Het ministerie van VWS zal die focusgebieden moeten aangeven en krachtig ondersteunen. Desnoods met wetgeving (actueel voorbeeld: beperking van de zouttoevoeging door voedingsindustrie). Les twee: doe het multisectorieel: een continue en geduldige campagne via wijkorganen, scholen, media, winkels, bedrijven, huisdokter en andere gezondheidsprofessionals. Daarin zal een deskundige lokale overheid de regie moeten nemen. De besprekingen die momenteel lopen tussen de LHV en VNG over een meer wijkgerichte aanpak van de eerstelijnszorg lijken een veelbelovende start.¹²

Drastische praktijkverkleining

Het zullen de huisartsen en hun assistenten, de POH's en de GGD-mensen samen zijn die preventie in hun wijk vorm kunnen gaan geven. De breed opgeleide assistente als triagist bij de huisarts. De huisarts die minder spreekuur doet en meer thuis bij de mensen gaat kijken. Naast curatief – voor acute en complexe problematiek – werkt hij vooral preventief, omdat hij met zijn detailkennis van de mensen in de beste positie zit voor een actieve signalerende en entamerende rol. De huisarts werkt daarbij samen met GGD, bewoners en andere professionals in de wijk (zoals jongerenwerkers en wijkverpleging).

GGD en POH's kunnen in eendrachtige samenwerking het voorkómen en 'managen' van het explosief groeiende aantal mensen met chronische ziekten ter hand nemen.

Ook het Cubaanse *hospital at home* kan hier de vorm van kleine wijkhospitaaltjes onder regie van de huisarts aannemen. En specialisten in veelvoorkomende ziekten doen spreekuur in de huisartspraktijk. Voor deze en andere taakverzwaringen van de huisarts is een drastische praktijkverkleining nodig, met behoud van een goed basisinkomen. Te denken valt aan een verlaging van het aantal patiënten van ruim 2300 naar bijvoorbeeld 1500. Een continue morbiditeitsregistratie per wijk, en op basis daarvan bijstelling van een zorgprogramma dat aansluit bij de behoeften van de bewoners, is in dit internettijdperk goed mogelijk en kan besparingen opleveren. En GGD'ers en huisartsen zullen moeten gaan kennismaken met en begrip krijgen voor elkaars cultuur. Hiervoor is ook in de opleidingen grondige aandacht nodig. Bij de huisartsopleiding van het LUMC zijn we daar begin 2013 mee gestart. In de hoofden van vele nog overwegend curatief ingestelde huisartsen zal in elk geval het paradigma 'ziek zijn beter maken' plaats moeten maken voor 'voorkómen is beter dan genezen'. ■

contact

p.p.m.jonas@lumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl

THEMANUMMER ARM EN RIJK

Volgende week staat Medisch Contact volledig in het teken van welvaartsverschillen en gezondheid. Met onder meer een vergelijking tussen een arme en een rijke wijk in Nijmegen en een interview met Richard Wilkinson en Kate Pickett, schrijvers van *The Spirit Level - Why equality is better for everyone*.