

VRIJBUITER IN LOONDIENST

Peter Hardus, solistisch huisarts op een Schots eiland

Een huisartsenpraktijk op het platteland, de spreekkamer goed geoutilleerd, de apotheek wel voorzien. Op de bovenetage de woning van de huisarts en zijn vrouw, met alle denkbare elektronische apparatuur. En toch hoeft de deur nooit op slot. Welkom op vriendelijk Sanday, een eiland voor de Schotse kust.



JOOST VISSER

Bijna twee jaar nu is de Nederlander Peter Hardus (59) huisarts op Sanday, een van de Orkneys, een eilandengroep ten noorden van Schotland. Rustig is zijn leven niet verlopen. Met de doktersbul amper op zak, zit hij eerst vijf jaar als tropenarts in Nige-

ria en Tanzania. Terug in Nederland specialiseert hij zich als oogarts, werkt in Enschede en wordt chef polikliniek in Utrecht en later in Groningen - een periode van twintig jaar, zestien keer onderbroken met 'vakantiewerk' in de tropen. Hij promoveert op de mogelijke invloed van vigabatrine op gezichtsvelduitval. In 2003, 'op een leeftijd dat een

carrièreswitch nog mogelijk is', zegt hij zijn baan op en begint aan de huisartsenopleiding - gelijk met zijn tweede dochter, maar in een andere stad. 'Als oogarts, bijziend en kortzichtig, weet je weinig tot niets van het leven van je patiënten', zegt hij tijdens een maaltijd in één van de twee pubs van Sanday. 'En juist dat begon mij steeds meer te interesseren. Daar kwam

bij dat er een tekort aan huisartsen werd voorspeld, zeker op het Groninger plat-teland.' Eenmaal huisarts geworden, blijkt van dat tekort echter geen sprake. Hij werkt als waarnemend oogarts én huisarts, wijst een aangeboden baan in Nigeria af en doet het IELTS-examen, de officiële Engelse-taaltoets. Als degene die op dat moment huisarts van Sanday is, weg wil, maar geen opvolger kan vinden, solliciteert Hardus met succes.

WENNEN

'Het was wennen, dat eerste jaar', herinnert hij zich. Hij is dan nog alléén op het relatief arme Schotse eilandje met vijfhonderd inwoners (van wie honderd

schoolgaande kinderen); zijn vrouw Marja zou pas later haar baan in Groningen opzeggen en zich bij hem voegen. Hij woont - lastig - op een kwartier fietsen van zijn werkplek, een matig georganiseerde praktijk, waarin hij zich zonder noemenswaardige overdracht door zijn al opgestapte voorganger moet zien in te werken. Maar oud-tropenarts Hardus is een man van aanpakken. Krap twee jaar later bewonen hij en zijn vrouw de opgeknapte bovenverdieping van de *surgerly*, eigendom van de National Health Service (NHS), en ziet ook de praktijk zelf er mooier uit. Het oude inloopspreekuur is vervangen door spreekuur op afspraak, tot aanvankelijk ongenoe-

gen van de patiënten, die de wachtkamer zagen als plek om lekker te kletsen. En de IT heeft zijn intrede gedaan. 'We zijn *paperless*', zegt hij met gepaste trots. Niet alleen de patiëntendossiers zijn geautomatiseerd, ook het contact met specialisten en ziekenhuizen, met huisartsen op andere eilanden, met familie, vrienden en collega's in Nederland - alles gaat via e-mail en internet: 'Zonder die mogelijkheden was ik er nooit aan begonnen.'

ZWAAILICHT

Hardus mag dan de enige huisarts zijn, hij is niet alléén in wat iedereen kent als Flebister House (straten en huisnummers kent dit eiland niet). De *nurses* >>



BEELD: AUTEUR



<< Denise en Frances, net als hij in dienst van de NHS, gebruiken de huisartsenpraktijk als uitvalsbasis. Vivienne, *practice manager*, is receptioniste, verzorgt de correspondentie, organiseert de reis voor patiënten die naar elders worden verwezen en beheert de praktijkapotheek. Een *chiroprapist*, ofwel pedicure, houdt geregeld spreekuur. Opvallend anders dan in Nederland is de inrichting van de praktijk niet. Of het moet de oude Renault 25 op de oprit zijn, met zwaailicht, die Hardus voor 250 pond kocht van een buurman - ook patiënt, natuurlijk - op wiens erf minstens twintig versleutelde auto's op een koper staan te wachten.

In de kofferbak behalve veel medicijnen onder meer een defibrillator, ecg-apparaat, vernevelingstoestel, zuurstofflessen en de blauwe *Sandpiper Bag*, waarin alles zit wat een Schotse arts of verpleegkundige maar nodig kan hebben tijdens het eerste, 'gouden', uur na een ongeval.

Naar Nederlandse maatstaven is Hardus' werkdag weldadig rustig, met gemiddeld zes patiënten tijdens het ochtendspreekuur en zes in de namiddag - dat laatste niet eens elke dag. Tussendoor rijdt hij visites: op de fiets, want dat kan goed op het 25 kilometer lange, vrij platte eiland. Hij houdt de patiëntendossiers bij, legt collegiale contacten, werkt aan (Nederlandse) online nascholing op het gebied van de oogheelkunde, begeleidt de *nurses* en doet wat van een plattelandshuisarts wordt verwacht: 'Soms moet ik ook een tand trekken en tijdens

een visite vind ik het geen probleem om even te kijken waarom de telefoon het niet doet.' Verder sleutelt hij aan zijn motorfiets en bereidt hij zich voor op de triatlon die hij binnenkort organiseert.

Diensten? 'Ongeveer drie keer per maand moet ik er 's nachts uit.'

KATTENVOER

Ook deze woensdagmiddag hangt hij zijn dokterstas, een gereedschapskist van de

Schotse Gamma met twee haken eraan geschroefd, aan de bagagedrager, met de bloeddrukmeter en wat er meer nodig is voor zijn visites. Mooi weer, want 'de windkracht is minder dan acht, en het is droog.' Smalle landweggetjes, alleenstaande grijze, stenen huizen, weilanden met schapen en veel (vlees)koeien, een bewolkte lucht met scholeksters, wulpen en meeuwen, de geur van zee en drooggevallen slib.



Als hij aanklopt bij het eerste huis, schieten enkele van de - weet Hardus - dertig katten die daar wonen, door het kat-tenluikje weg. Op de zeedijk staan drie autowrakken, tot het dak gevuld met blikjes voer en zakken grit. Een vrouw doet open, lang en mager. Maar de huis-arts komt voor haar man, die suïcidaal is. Hardus heeft contact gezocht met een psychiater in Aberdeen, en wil dat even laten weten. Zij zal het doorgeven,





<< belooft de vrouw; haar man krijgt de dokter niet te zien.

Dóór gaat het, naar een bedlegerige, oude man, die een pacemaker heeft en warfarine krijgt, waarvoor bloed moet worden geprikt. Hij ziet er moe en zwak uit, praat wel eens over euthanasie, zegt Hardus later: 'Maar daarmee moet je hier heel voorzichtig zijn.'

Een paar kilometer verder moet ook bij een demente man, in de tachtig, bloed worden geprikt. Zijn vrouw, die hem al jaren verzorgt, heeft het zwaar. 'Ik moet constant alert zijn,' verzucht ze als de dokter haar even apart neemt in de serre, met een weids uitzicht over zee. De man gaat een weekje naar een verzorgingshuis in Kirkwall, op Mainland, het grootste eiland van de Orkney's. Zij krijgt even tijd voor zichzelf. Of ze ook weggaat? 'Nee, dokter, ik blijf thuis. Kan ik uiteindelijk eens heerlijk in bad.'

AFGELEGEN

'We geven geïntegreerde zorg op maat met een ongekend niveau van service,' zegt Hardus. 'Echt zwaar vind ik het niet. Het is alleen belastend om zo afgelegen te zitten.' Het contact met huisartsen op de andere eilanden - zoals met die van North Ronaldsay, die slechts zestig patiënten heeft - is inderdaad gebrekkig: 'Er zijn videoconferenties en cursussen via internet, maar de kwaliteit van het beeld laat te wensen over.'

Het dichtstbijzijnde ziekenhuisje is het kleine Balfour Hospital in Kirkwall, op anderhalf uur varen of een kwartier vliegen - als het niet te hard stormt voor

de boot of de mist het kleine vliegtuigje niet aan de grond houdt. Dat ziekenhuis is klein, met twee *consultant surgeons* en twee *consultant anaesthetists*, gesteund door specialisten van het vasteland, die in het gunstigste geval eens per twee maanden (cardiologen, KNO-artsen), maar soms slechts eens per jaar (genetici) spreekuur komen houden. Voor iets urgentere zaken, of voor het maken van een MRI of CT-scan, moet een patiënt naar Aberdeen of Inverness op het vasteland - overigens op kosten van de NHS.

In nood kan Hardus een beroep doen op een spoedhelikopter, maar die moet uit Inverness komen, twee uur vliegen van Sanday: 'Dit voorjaar werd ik geroepen bij een jongen die drie dagen na een tonsillectomie een forse nabloeding kreeg. Zijn bloeddruk was 80/50, hij had een zeer snelle pols, was nauwelijks benaderbaar. Een infuus was onmogelijk, nog afgezien van het risico dat dit de bloeddruk zou kunnen opjagen, met kans op méér bloeding. Dan duurt wachten lang.'

Het isolement betekent dat Hardus op allerlei rampen moet zijn voorbereid, 'ook al zullen ze misschien nooit gebeuren'. En dus sloopte hij laatst nog met de brandweer een autowrak - er staan er veel op het eiland - om er met een *spinal board* een denkbeeldige patiënt uit te bevrijden.

LEGPUZZEL

Op zo'n eiland wordt natuurlijk alles gedaan om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Zoals de drie oude mensen - twee vrouwen, één man

- die op een middag in hun verstikkend warm gestookte huisje op de dokter zitten te wachten. Een van de vrouwen, 98, is aan haar zoveelste legpuzzel bezig, zij is blind aan één oog en Hardus vreest voor maculadegeneratie in het andere oog. De man (86) herstelt van een beroerte - het praten gaat al wat beter, met een rollator kan hij een beetje lopen. Van beiden meet de dokter de bloeddruk, zij krijgt ook furosemide tegen de gezwollen benen. In de kamer ernaast zit een vrouw die net honderd is geworden in haar stoel, een tijdschrift op schoot. Ze klaagt over pijn en vraagt met een kinderlijk stemmetje om zwaardere pillen - die ze niet krijgt. Het huishouden wordt gerund door de jongste in het huisje, een vrouw van 70 die door de families van de anderen wat extra geld krijgt voor haar zorg. Mét de hulp van thuishelpsters en incidentele bezoeken van de dokter lijken ze het redelijk te redden.

We fietsen verder naar een zwaar depressieve man (69), die met hond en kat in een klein huisje woont - gordijnen dicht, tv aan. Buiten komt hij nauwelijks meer: 'I am by myself'. Het gesprek wil niet vlotten. Hoe anders is dat bij de volgende patiënt, een vrouw van 85, van wie de man al jaren dood is. Zij is levendig, zit als een matrone in haar eetkamer. 'I am never alone', zegt ze vrolijk, want de mensen vinden het leuk om bij haar langs te gaan en zo hoort ze alles wat er gebeurt. Ze heeft een hartaanval gehad, lijdt aan astma en diabetes. Ze is goed ingesteld, maar wil dat de huisarts haar suiker nog eens meet. 'You give



me points!', zegt Hardus tegen het einde van het bezoek, met enige zelfspot. Ze knikt blij. Zal ze weten dat hij doelt op de 'punten' die de NHS hem als huisarts geeft als zijn diabetespatiënten goed zijn ingesteld (zie *kader*)?

BUREAUCRATIE

Als er iets is waarover Hardus zich opwindt, is het wel de NHS en de bijbehorende bureaucratie. Hij noemt het programma *Creating sustainable services*, waaraan hij op papier nog meedoet: 'Dat is bedoeld om uit te vinden hoe je de zorg op deze eilanden efficiënt inricht. Dat blijft hangen in theorie. Ze zijn het er bijvoorbeeld over eens dat de *nurses* moeten leren voor de huisartsen waar te nemen. Een prima idee. Als er tijdens de diensten iets is waar Frances en Denise

Een zwaar depressieve man woont met hond en kat in een klein huisje

van kunnen leren, zoals het hechten van wonden, vraag ik hen er altijd bij. Maar dan ga ik een dagje naar Hoy (een buureiland, *red.*) om de halve marathon te lopen, en wat gebeurt er? Een manager van de NHS belt de *nurses* met de vraag of ze een waarnemend huisarts nodig hebben! Zo geef je hun natuurlijk nooit enig zelfvertrouwen.' Boos is hij. Zoals hij ook boos is als er opeens een doos met 'spullen' komt waar niemand

HUISARTSEN EN PRESTATIES

In 2004 voerde de NHS voor huisartsen de *Quality and outcomes framework guidance* in. Die telt inmiddels honderden prestatie-indicatoren, verdeeld over drie terreinen - medische zorg, praktijkorganisatie en patiënttevredenheid - die elk weer in deelterreinen zijn onderverdeeld. Voor de medische zorg zijn dat er twintig, waaronder astma, diabetes en palliatieve zorg. Voor elk van die deelterreinen is een flink aantal prestatie-indicatoren vastgesteld, zoals - een willekeurige greep - het percentage patiënten met astma van wie het rookgedrag wordt gevolgd, het percentage diabetespatiënten met een bloeddruk van 145/85 of minder, en de vraag of de praktijk overzicht heeft over alle patiënten die palliatieve zorg nodig hebben. Huisartsen die volledig in loondienst zijn van de NHS, zoals Hardus, moeten de prestatie-indicatoren wel registreren, maar worden er (nog) niet op afgerekend. Zij hebben een vast salaris van - in het geval van Hardus - 70.000 pond voor het reguliere werk, plus 40.000 pond voor de 7x24-uursbereikbaarheid. In totaal is dat 110.000 pond per jaar, zo'n 160.000 euro.

Andere Britse huisartsen hebben met de NHS een contract afgesloten voor *general medical service* (GMS) of *personal medical service* (PMS). Zij worden wél afgerekend op het aantal behaalde punten, waarbij de eerste groep een algemeen contract heeft en de tweede een contract met afspraken-op-maat.

Onderzoek wijst uit dat het systeem weliswaar duur is, maar ook - mits goed gebruikt - leidt tot een betere kwaliteit van zorg; anderzijds wordt gewaarschuwd voor verlies van professionele autonomie. (Bron: *British Journal of General Practice*, June 2007.)

om heeft gevraagd, terwijl de dingen die wél nodig zijn wegblijven. 'We hadden een anesthesioloog gevraagd om *on the spot* nascholing in eerste hulp te komen geven. Hij wilde graag komen, maar we moesten het afblazen. De NHS keurde het niet goed. Nog zoiets: we mogen zelf geen instrumenten meer steriliseren, maar moeten dat laten doen. Dat betekent dat ze wegraken en stukgaan.'

OOGHEELKUNDE

Traag is de NHS ook, vindt Hardus. Zo heeft hij nog altijd geen antwoord op zijn verzoek om minder te gaan werken en een paar maanden per jaar een ver-

altijd mijn registratie als oogarts. Het past ook bij het streven om hier GP's (*general practitioners, red.*) met *special interests* te introduceren, zoals ook in Nederland wordt gewerkt aan huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Ik zou ook huisartsen en assistenten in het ziekenhuis kunnen trainen op oogheelkundig gebied. Maar bij de NHS lijkt niemand enthousiast te zijn voor dit soort plannen.'

Zaken als deze maken dat Hardus en zijn vrouw alweer nadenken over een mogelijk volgende verblijfplaats. Nieuw-Zeeland is een optie. Of wellicht opnieuw Afrika: 'Wat ik het liefst zou doen? Trainingen geven aan artsen in Afrika, jonge artsen dingen leren in een setting die daarvoor geschikt is. Niet als witte dokter status verlenen aan een ziekenhuis, zoals ik dat in Nigeria had moeten doen als ik die baan wél had aangenomen. Nee, ik zou ervoor willen zorgen dat deze artsen het zélf kunnen gaan doen.' ■

Een link naar de site van de huisartsenpraktijk op Sanday, de NHS Orkney website en meer informatie over het *Quality and outcomes framework* vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

