

Gezondheidszorg is aan revisie toe

# Voorwaarts, ...maar kijk eens om

Helmus Suijs, huisarts in Milheeze

Correspondentieadres:  
suyswfs@knmg.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

beeld: Getty Images

Met een almaar uitdijend professioneel team is Nederland er de afgelopen 30 jaar niet in geslaagd om de bevolking te voorzien van betere medische zorg. Waar ging het mis? Een paar verbeter suggesties.

**I**k ben inmiddels dertig jaar huisarts. Tot dusverre heb ik veranderingen in mijn vak gelaten over me heen laten komen. Ik was er lang niet altijd gelukkig mee. Veel veranderingen zijn ons opgedrongen. Het moest onafhankelijker of goedkoper. De centrale

huisartsenpost werd ingevoerd (goedkoper?), mede omdat een verhoging van het honorarium voor de diensten te duur werd gevonden. Op die huisartsenpost 'jas ik er in een dienst meer mensen doorheen' (excusez le mot) dan tijdens een reguliere werkdag. Nu huisartsen-



## Het medisch gilde heeft de bevolking ziek gemaakt

posten deel gaan uitmaken van de EHBO, neemt die drukte nog toe, is al gebleken. Om het ons gemakkelijker te maken krijgen we een landelijk elektronisch patiëntendossier. Krijgen we ook tijd om dat te lezen? En specialiseren moet – in het ziekenhuis kom je zoetjesaan alleen nog maar superspecialisten tegen. De pathologie is zo ingewikkeld geworden dat de generalist met uitsterven wordt bedreigd. Het medisch gilde heeft de bevolking toch maar mooi zo ziek gemaakt dat dit noodzakelijk is. Een andere verklaring is er niet. Puur getalsmatig is de bevolking de afgelopen dertig jaar met hooguit anderhalf miljoen mensen toegenomen.

De kranten staan vol dingen die wij huisartsen niet weten, niet in de gaten hebben of domweg niet hebben gedaan. We stoppen onze patiënten vol slaappillen en schrijven al jaren veel te veel antibiotica en andere pillen voor tegen weet ik veel wat. Waarom houden we dit systeem eigenlijk in stand? Opdoeken die handel, zou ik zeggen. Laat mensen zelf kopen wat goed voor ze is, bij het tankstation of zo en vooral veel NSAID's en maagpillen. (Staan die dan ook in het EPD? Hoezo die drukte om medicatiegerelateerde opnames?)

### Behoeftig

Ik ben niet gefrustreerd. Maar binnen afzienbare tijd heb ik professioneel niets meer te zeggen over het systeem. Dan ben ik potentieel patiënt. Ooit was ik dat. De specialist die me had geopereerd, kwam nog een keer aan mijn bed vragen hoe het met me ging. Ik werd een paar keer door dezelfde verpleegkundige geholpen met wassen omdat ik dat zelf niet kon.

Als ik straks opnieuw behoeftig word, dan wil ik dát graag: één specialist als aanspreekpunt en voor mijn part een paar superspecialisten voor een deelonderzoekje, hooguit een paar

verpleegkundigen, en thuis één huisarts en één, hooguit twee wijkverpleegkundigen. Ik wil *contact* en *belangstelling* en ik wil niet vijftien keer mijn hele verhaal moeten vertellen. Ik ben niet de enige die er zo over denkt, getuige de artikelen in Medisch Contact van specialisten die zelf patiënt werden.

Barbara Starfield, hoogleraar aan de Johns Hopkins universiteit in Baltimore, heeft meer dan overtuigend aangetoond dat een goed functionerende eerste lijn veel gezonder is voor de mensheid, dan welk ander systeem ook. Dat

de politiek niet in staat is massaal te gaan voor een sterke eerste lijn is ronduit pervers. Bovendien is de tweede lijn, beduidend duurder. Politiek, doe daar iets aan. Door de kredietcrisis is de tijd rijp voor veranderingen.

### Voorzetjes

- Schaf het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) af. Het voldeed niet toen het werd opgezet en het voldoet nog steeds niet. Het is veel te duur. Het is duidelijk niet op de werkvloer bedacht. Het werkt te traag. Het kent de omstandigheden van de patiënten niet. Tot dusver kwam ik nog nooit een professional tegen die er tevreden over is. Het oude systeem van één hoofd gezinsverzorging en zelfindicerende wijkzusters in het werkgebied werkte domweg beter.
- Schaf ook de centrale huisartsenposten af. Ze bevorderen de medische consumptie. Niet omdat patiënten dat willen, maar omdat telkens een andere arts voor hetzelfde probleem patiënten onzeker maakt. Soms treffen patiënten in één weekend wel drie keer een andere waarnemer; allemaal goede dokters, maar waarnemers missen de continuïteit in een ziektebeeld. Dat veel artsen hun diensten verkopen (ik ook) maakt dit nog erger. De overheadkosten zijn te hoog en bovendien slokken de centrale huisartsenposten een massa doktersassistenten op, aan wie toch al een schreeuwend gebrek is. Het enige echte voordeel van de huisartsenpost is een forse toename aan vrije tijd voor de dokter.
- Een nurse practitioner is misschien goedkoper maar ondergraaft juist die specifieke kennis die de huisarts zo kenmerkt. Wat nooit wordt genoemd, maar wel waar is: de kracht van een huisarts zit in zijn hoofd. Dat is niet op papier of in de computer vast te leggen. Al die weetjes die je hebt over generaties, gezinnen, geboorten, psychosociale omstandigheden en kleine persoonlijke eigenaardigheden. Juist door die vele kleinigheden te zien, houdt een huisarts die kennis op peil.

### Kleinschaligheid

- De overheid zou moeten zorgdragen voor kleine wijkgebonden gezondheidsverbanden in de eerste lijn: huisarts, wijkverpleegkundige, assistentie, praktijkondersteuner, maatschappelijk werk, psycholoog en fysiotherapeut. Dicht bij elkaar, zodat ze elkaar regelmatig spreken, al is het niet noodzakelijk dat ze in hetzelfde pand praktijk

**SAMENVATTING**


- De afgelopen 30 jaar is de gezondheidssector erin geslaagd om de medisch consumptie fors te laten stijgen.
- Veranderingen die zijn doorgevoerd, hebben niet tot het beoogde resultaat geleid.
- De kleinschaligheid moet terug in de zorg.

## Wanneer komt de hoofdzuster terug?

houden. Voor een patiënt zal daardoor zijn behandeling meer op elkaar zijn afgestemd en dat geeft vertrouwen.

- In plaats van huisartsenposten zouden daarnaast kleine dienstverbanden van pakweg tien artsen, met ondersteuning, moeten worden gestimuleerd. Dan kennen de artsen hun patiënten weer. En stimuleer dat huisartsen in hun praktijkgebied wonen en dat ze ten minste vier dagen in de week werken. Zet hier een flinke financiële bonus tegenover.
- Stimuleer om bovengenoemde reden dat patiënten die verhuizen ook een andere huisarts kiezen. Nu gebeurt dat vaak niet, omdat het onze ijdelheid streelt als patiënten laten merken dat ze je niet willen missen. Maar het is geen valide argument. Als een arts ermee ophoudt, moeten ze ook op zoek naar een andere huisarts.
- Ik pleit er ook voor om het aantal generale specialisten in het ziekenhuis flink te laten stijgen en het aantal superspecialisten drastisch terug te dringen. Een basisspecialist die niet in staat is 90 procent van de patiënten die naar hem worden verwezen, te behandelen, is geen knip voor de neus waard. Dit is te bereiken door het huisartsen onmogelijk te maken om patiënten rechtstreeks naar een superspecialist te verwijzen. Kies de basisspecialist als ingang en laat hem, als hij daar noodzaak toe ziet, de patiënt naar een superspecialist verwijzen.
- Stimuleer verder dat artsen in ziekenhuizen patiënten niet meteen behandelen als duidelijk is dat huisartsen dat ook kunnen. Met andere woorden: laat ze de huisarts adviseren. Daarmee kunnen huisartsen prima uit de voeten.
- En wanneer komt de hoofdzuster terug? Specialisten moeten, als ze visite lopen, telkens weer met een andere verpleegkundige op pad. Die noteert braaf wat er moet gebeuren en laat de uitwerking aan een ander over: een potentiële foutenbron en inefficiënt.

Kortom, er valt genoeg te doen.

En als ik een huisarts zijn nurse practitioner hoor aanprijzen met de mededeling dat hij nu eindelijk tijd heeft voor zijn administratie dan is er iets grondig mis, met permissie! 

# veldwerk

## Koesteren

Mw. P. is psychogeriatrisch patiënte en komt uit het verpleeghuis. De familie vindt dat ze de afgelopen week is verslechterd en de verpleeghuisarts stuurt haar derhalve naar mijn ziekenhuis. Ze is niet aanspreekbaar en heeft een rochelende ademhaling. Ik constateer zowel een decompensatio cordis als een pneumonie en neem contact op met de longarts en de cardioloog. Helaas hebben beiden geen zin in deze medisch onaantrekkelijke casus; ze laten op zich wachten. Uiteindelijk meldt de cardioloog zich. Hij rapporteert een decompensatio cordis ten gevolge van infectieuze problematiek. De longarts constateert vervolgens een pneumonie, maar stelt dat de prognose van patiënte wordt bepaald door haar cardiale situatie. Ondanks mijn aandringen willen noch de longarts, noch de cardioloog patiënte op hun afdeling opnemen. Beiden vinden het specialisme van de ander het centrale probleem bij deze patiënte. Inmiddels ligt de vrouw in kwestie al uren op de Spoedeisende Hulp zonder uitzicht op een schoon bed en verzorging. De SEH-verpleging is geïrriteerd en meldt dat er niet langer plaats is voor deze vegetatieve dame. Nadat ik met de familie heb gepraat over onze verwachtingen en beperkingen in het beleid, plaats ik patiënte over naar onze afdeling Interne Geneeskunde.

Aan het einde van de dag loop ik bij haar binnen en tref een tevreden dochter. Een verpleegkundige heeft de tijd genomen om patiënte te wassen en ze is uitermate tevreden over die liefdevolle verzorging. Ik praat nog even na met de verpleegkundige, die mij uitlegt dat elk leven het koesteren waard is. Ook als het misschien niet meer te redden valt. Helaas zijn zulke mensen zeldzaam.

Annemarie Bosch, aios