



Mirella Buurman

De juiste zorg bij de huisarts

*drs. Mirella Buurman,
voorzitter Landelijke Huisartsen
Opleiders Vereniging*

Niet in alle landen heeft een huisarts zo'n prominente rol als in Nederland. De Duitse huisarts bijvoorbeeld is niet 24/7 beschikbaar en geen poortwachter. Duitsers zijn altijd welkom op de spoedeisende hulp. Het besef dat het ook anders kan, roept bij mij de vraag op naar de rol van de Nederlandse huisarts. Preventie? Verzorging? Opname? Het is de hoogste tijd dat we als huisarts heldere afspraken maken over wie wat doet. Opdat onze patiënten niet tussen wal en schip vallen.

Grenzeloze huisartsenzorg

Het antwoord op de vraag naar de rol van de Nederlandse huisarts ligt in de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: generalistische medische zorg, laagdrempelig toegankelijk voor alle mensen dicht bij huis. Volgens deze definitie is de huisartsenzorg grenzeloos. Ons verantwoordelijkheidsgevoel voor onze patiënten is de achilleshiel. Als er geen bed te vinden is voor een oudere patiënt, die een paar nachten opgenomen moet worden, zullen wij uren bellen om daar toch voor te zorgen. We zeggen geen nee tegen onze patiënt als die het nodig heeft: we zijn immers huisarts geworden om goede zorg te leveren en schamen ons als een patiënt in de steek gelaten wordt.

Tel daarbij op: om de groei van de zorgkosten te beperken 'substitueren' we zorg naar een goedkopere zorgverlener. De zorg in de academische ziekenhuizen verplaatst zich, waar dat kan, naar de tweede lijn, de gewone ziekenhuizen. En van de tweede lijn gaat de zorg zo snel en zoveel mogelijk terug naar de eerste lijn; de huisarts, waar de zorg steeds meer op leunt.

Dit is al jaren aan de gang. Vanaf 2010, toen de integrale bekostiging van start ging, is het aantal patiënten met chronische ziekten (diabetes type 2, een hart- en vaatziekte of een longziekte als COPD), die onder systematische controle bij de huisarts staan, flink gegroeid. Ook patiënten met psychiatrische ziekten en psychische klachten worden vaker bij de huisarts behandeld. Sinds de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten behandelen huisartsen ook meer kinderen met psychische klachten. Daarnaast groeit het aantal senioren en blijven meer ouderen met complexe problematiek thuis wonen. Een 85-jarige heeft zo'n 13 keer per jaar contact met de huisarts tegen 4,4 gemiddeld voor de hele populatie. Ook zien we de afgelopen vijf jaar het aantal lange en telefonische consulten toenemen (NIVEL-rapport: *Zorg door de huisarts*, 2016).

Heroriëntatie

Om de toegenomen chronische en psychische zorg op te vangen is de huisarts binnen de praktijk gaan

samenwerken. Er zijn ondersteunende disciplines bijgekomen, te beginnen met de praktijkondersteuner somatiek voor de chronische zieken. Al snel volgde de praktijkondersteuner GGZ, GGZ-Jeugd en als nieuwste medewerker de praktijkverpleegkundige om de eenvoudige klachten op te vangen. De meningen zijn verdeeld of deze functiedifferentiatie een wenselijke ontwikkeling is. Sommige huisartsen vinden het prettig om delen van de zorg te kunnen delegeren en anderen vinden dat hierdoor de meerwaarde van de huisarts - snel maatzorg leveren door het kennen van haar patiënten - afneemt.

Ondanks een groter praktijkteam groeit het werk de huisarts zo langzamerhand boven het hoofd. Is dit puur een capaciteitsprobleem? Moeten we meer huisartsen opleiden en naar kleinere praktijken toe? Moeten we het praktijkhouderschap aantrekkelijker maken zodat meer patiënten een eigen huisarts hebben? Belangrijker dan deze vragen is een heroriëntatie op de rol van de huisarts in de zorg. Het is niet helder wat de grenzen zijn van de huisartsenzorg. En als de huisarts het niet doet, wie dan wel? Pas als we helder hebben wat de specifieke meerwaarde van de huisarts is, komt de vraag aan de orde of de huisarts haar organisatie moet aanpassen. Nu is het meestal andersom. Op allerlei manieren proberen huisartsen te voldoen aan de grotere en complexere zorgvraag met het gevaar dat ook zorg die niet onze deskundigheid betreft bij ons terecht komt. Domweg omdat wij de onderste schakel in de keten zijn.

Afbakening taken

Terug naar de vraag 'Wat is de kerntaak van de huisarts?'. Een beschrijving die door meer huisartsen wordt gegeven is: de huisarts is het eerste aanspreekpunt voor patiënten met een zorgvraag, een hulpvraag over een gezondheidsklacht of aandoening. Ze onderzoekt, diagnosticeert en behandelt. Ze licht mensen voor over hun vraag of ziekte, scheidt pluis van niet pluis en is poortwachter. Zonder haar verwijzing kan de patiënt niet naar een specialist. Wat doet een huisarts dan niet? Ik geef twee voorbeelden waar volgens mij een grens zou moeten liggen en nodig mijn collega's uit om samen meer afbakeningen aan te geven.

“De consequentie van ‘alles willen doen’ is dat we de patiënten uiteindelijk in de steek laten.”

Voorbeeld 1: Preventie

De huisarts speelt een rol in het voorkomen van schade aan de gezondheid, vooral door patiëntgebonden en secundaire preventie. Bij een patiënt die al een ziekte heeft probeert de huisarts erger te voorkomen. Bijvoorbeeld de begeleiding van een patiënt die al een hartinfarct heeft gehad om een nieuw infarct te voorkomen zoals het aanbieden van stoppen met roken programma's. Algemene voorlichting over gezond leven daarentegen doen we niet, omdat een hulpvraag van een patiënt voor de huisarts het uitgangspunt is. Algemene preventie, voorlichting over gezond leven en leefstijl, infectiepreventie en terugdringen van obesitas horen allemaal bij de GG&GD en gemeenten thuis.

Voorbeeld 2: Verzorging/verpleging en opnames

Kort gezegd: huisartsen doen geen verzorging, verpleging of opnames. Huisartsen zijn van de cure en niet van de care: de huisarts kan beoordelen of zorg nodig is en vervolgens vinden verzorging en verpleging plaats thuis, in de wijkverpleging of in een instelling door verpleegkundigen. De huisarts is dus ook niet verantwoordelijk voor het tekort aan verpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers, noch het regelen van een opnameplek. Dit ligt bij degene die weet waar bedden beschikbaar zijn en die bij machte is iets aan de opnamecapaciteit te veranderen. De V&VT instellingen, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars dus.

Helderde verdeling

Mantra's over samenwerken en gezamenlijke verantwoordelijkheid klinken mooi, maar maken in de praktijk dat patiënten verloren raken. En dat de huisarts, als verantwoordelijke onderin de keten, de rotzooi mag opruimen. Voor goede patiëntenzorg is het essentieel dat we nog dit jaar harde afspraken maken over waar de taak van de huisarts ophoudt en die van anderen begint. De consequentie van 'alles willen doen' is dat we als huisartsen onze patiënten uiteindelijk in de steek laten. ☺