

Hedwig Vos
huisarts, Den Haag

Nienke Kessels
huisarts, Eindhoven

Paul Jonas
stafdocent huisartsgeneeskunde,
afdeling Public Health en Eerste-
lijns geneeskunde, LUMC

Lessen uit Cuba: kleinschaligheid loont

ZEVEN PRAKTISCHE VOORSTELLEN VOOR DE NEDERLANDSE HUISARTSGENEESKUNDE

FOTO'S: HEDWIG VOS

Terwijl wij hier in Nederland nog zoekende zijn, lijken de Cubanen een antwoord gevonden te hebben op allerlei gezondheidszorg-vraagstukken van deze tijd. Zo is preventie geïntegreerd in de samenleving en heeft een huisarts half zoveel patiënten.

Cuba inspireert. Het heeft voor een ontwikkelingsland uitzonderlijk goede gezondheidsparameters zoals een hoge levensverwachting en een lage kindersterfte. Toegang tot de gezondheidszorg is laagdrempelig, de zorg is gratis en er is een sterke focus op preventie en de eerste lijn. Preventie vindt niet alleen plaats in de gezondheidszorg. Ook op school en op tv proberen de autoriteiten de bevolking op te voeden in ziektepreventie en gezondheidsbevordering. En in Cuba is de gehele zorginfrastructuur gericht op ondersteuning van de eerstelijnszorg.

Sinds een werkbezoek aan Cuba in 2013, waarvan Paul Jonas en Barend Middelkoop verslag deden in Medisch Contact (MC 36/2013: 1792), bestaat er samenwerking tussen het Leids Universitair Medisch Centrum en de Medische Universiteit van Havana. Via stages van een stafid, aiossen en coassistenten is een gede-

tailleerd beeld ontstaan. Maar kunnen wij nog meer van Cuba leren over vraagstukken waar wij in Nederland mee worstelen? Op vragen rond kostenbeheersing, versterking van de eerste lijn, samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige en de toename van langer thuiswonende ouderen, lijken de Cubanen een adequaat antwoord gevonden te hebben. Tijd dus voor een tweede bezoek aan Cuba, ditmaal met een groep huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, GGD-stafleden en beleidsmedewerkers.

Een overzicht van wat wij in Cuba gezien en geleerd hebben, aan de hand van zeven vraagstukken uit de Nederlandse zorg:

probleem

1

Eenzaamheid onder ouderen

In Cuba wonen veel ouderen thuis. Aangezien meerdere generaties in één huis wonen is mantelzorg vaak beter geregeld dan in Nederland. Bovendien worden in Cuba familieleden vrijgesteld van hun werk voor mantelzorg, met behoud van salaris. Toch is ook in Cuba eenzaamheid onder ouderen een groeiend probleem. Kinderen en kleinkinderen zijn overdag vaak aan het werk. Daarom heeft elke wijk een 'Casa de Abuelos' (huis van ouderen) waarin ouderen door maatschappelijk werkers en elkaar geactiveerd worden en zo sociale contacten hebben. Deze voorziening biedt een vol dagprogramma, inclusief drie maaltijden en twee tussendoortjes. De ouderen zijn hier

zes dagen per week van 7.30 tot 17.30 uur. Er zijn geen overnachtingsmogelijkheden. Van een aanwezige fysiotherapeut krijgen ze bewegingstherapie zoals tai chi. De voeding wordt door de diëtiste bewaakt. Er wordt gezongen, geknutseld en gekaart. Mocht een huisarts nodig zijn, dan wordt deze van het nabijgelegen *consultorio* gehaald. Door hun wijkgebondenheid zijn de *casas* op loopafstand. En ze zijn nadrukkelijk niet alleen bedoeld voor de ouderen met een beperking, maar ook voor vitale ouderen ter preventie van eenzaamheid en voor het tijdig signaleren van risicofactoren voor ziekte. Door ouderen te activeren worden problemen grotendeels voorkomen, waardoor er een preventieve werking uitgaat van deze voorzieningen. En niet onbelangrijk, los van het preventieaspect, is het ook gewoon erg gezellig.

Idee voor Nederland: dagopvang voor ouderen in de wijk zelf met een duidelijke binding met de wijk, gericht op preventie van eenzaamheid en zo mogelijk ook om achteruitgang van functionaliteit en gezondheid te voorkomen.

probleem

2

Marktwerving verstoort de samenwerking

Cuba kent geen marktwerving in de zorg. Er is één systeem met een duidelijke structuur. De gezondheidszorg is gratis voor iedereen en wordt betaald vanuit de overheid. Er is geen ondernemerschap bij medici: iedereen is in dienst van het systeem.

De tandem huisarts-wijkverpleegkundige vormt het basisniveau. Hun praktijkgebouwtje, het *consultorio*, staat midden in de wijk. Vertegenwoordigers van maximaal twintig huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, vrijwilligersorganisaties en andere sectoren vormen het tweede niveau, de *'BasicWorkGroup'*. Zij bespreken eens per maand de gezond-

Door ouderen te activeren worden problemen grotendeels voorkomen

heidssituatie, het onderwijs en onderzoek in de wijk. En zij beslissen over aanpassingen van beleid waardoor een *'closed loop'* tussen onderzoek, beleid en zorg wordt gevormd. Dit gebeurt op de polikliniek onder leiding van de wijkepidemioloog en een gespecialiseerde huisarts.

Die polikliniek is de spil in het Cubaanse zorgsysteem. Deze bevindt zich buiten het ziekenhuis en huisvest specialisten, huisartsen, een epidemioloog, faciliteiten voor spoedeisende hulp, diagnostiek en revalidatie, sociaal werk en zorgt voor het opzetten van lokale gezondheidscampagnes en de verbinding met de politiek. Meerdere poliklinieken samen vormen het derde niveau, de *'Health Area'*. Deze worden op hun beurt, samen met de ziekenhuizen, achtereenvolgens aangestuurd op gemeentenniveau, regionaal niveau en landelijk niveau.

Op elk niveau is een connectie met de politiek aanwezig. Veel medici zijn afgevaardigd in de verschillende politieke lagen. Zij weten immers wat er speelt in de stad en in het land. Het systeem heeft een landelijke uniformiteit, maar wordt regionaal georganiseerd en uitgewerkt. Door de verschillen in sociale en demografische opbouw heeft iedere regio en wijk eigen specifieke aandachtspunten.

Er is geen prikkel om te concurreren met het *consultorio* in de wijk



Elke wijk heeft een 'Casa de Abuelos' (huis van ouderen) om sociaal contact te stimuleren.

verderop. Salarissen zijn laag en iedereen verdient hetzelfde. Dokters werken hard, hebben een hoog arbeidsethos en wonen meestal in de wijk zelf. De keuze voor het vak wordt grotendeels gemaakt op basis van trots en liefde voor het vak. Financiële schotten en belangen zijn daardoor geen belemmering in de samenwerking.

Idee voor Nederland: samenwerken door ontschotting van financiering, bijvoorbeeld via anderhalvelijns faciliteiten. Stimuleer andere innovaties op het gebied van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, maar ook tussen de eerste lijn en thuiszorgorganisaties, welzijn, burgers, noem maar op. En ook: meer vertrouwen in, en zeggenschap voor artsen en andere gezondheidswerkers. In besturen, in de politiek, in raden van toezicht. Vaker dokters 'in the lead' dus.

probleem

3

Veel focus op cure en minder op preventie

Waar in Nederland het coschap public health vaak een keuzecoschap is ergens aan het eind van het curriculum, begint in Cuba de opleiding met public health en maatschappelijk besef, om zo bottom-up via de huisartsgeneeskunde in de loop van de jaren richting de specialistische zorg te gaan. Preventie is in Cuba de corebusiness van de huisarts. Jaarlijks wordt iedere patiënt minimaal één keer gezien en afhankelijk van de gezondheid vaker. In Cuba staat niet de ziekte centraal, maar de gezondheid. Dus niet: hoe genezen we deze ziekte? Maar: hoe blijft deze persoon gezond? We zagen dat focussen op gezondheid een betere kwaliteit van leven kan creëren, maar vooral tot meer verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid leidt.

Idee voor Nederland: wijkgerichte preventieactiviteiten gefinancierd uit een door alle zorgverzekeraars en andere stakeholders (overheid, particuliere organisaties) gevulde preventiepot. Dit creëert aandacht voor randvoorwaarden voor de huisarts zoals tijd en ruimte en faciliteert samenwerking met de wijk, de GGD, de lokale overheid en alle andere bij gezondheid betrokken organisaties.

probleem

4

Indicatorenstress

Nederlandse artsen zijn veel tijd kwijt met het aanleveren van indicatoren. In Cuba is op iedere polikliniek een epidemioloog aanwezig die jaarlijks inventariseert welke gezondheidsproblemen zich op lokaal en regionaal niveau voordoen. Daar wordt het beleid op afgestemd. Wekelijks worden data bij huisartsen verzameld en geanalyseerd. Zo weten huisartsen precies met welke top vijf van morbiditeit en risicofactoren zij in hun wijk te maken hebben. In Nederland zijn epidemiologen werkzaam bij de GGD's, maar er is geen tot weinig samenwerking tussen deze epidemiologen en huisartsenpraktijken.

Idee voor Nederland: door koppeling van de GGD met lokale huisartsen en andere zorgverleners in de wijk kan een wijk-



specifiek zorgbeleid worden vormgegeven. Het betrekken van bewoners uit de wijk bij het vaststellen van het zorgaanbod en uitvoering van plannen voor een gezonde wijk maakt optimale aansluiting tussen zorgaanbod en zorgvraag mogelijk.

probleem

5

Leefstijladviezen worden als moeilijk en paternalistisch ervaren

Leefstijlverandering is moeilijk. Artsen vinden het regelmatig lastig om effectieve leefstijlinterventies met individuele patiënten te bespreken. In Cuba wordt veel gebruikgemaakt van rolmodellen en groepsbijeenkomsten. Zo is Fidel Castro bijvoorbeeld zelf gestopt met roken toen hij zijn antirookbeleid propageerde. Ook zijn er groepsbijeenkomsten op wijkniveau die helpen bij leefstijlverandering. Dit wordt in Nederland nog maar mondjesmaat georganiseerd vanuit de zorg.

De actieve rol en de zeer lage drempel van de Cubaanse huisarts is de sleutel tot succesvolle preventie. Door kleine praktijken van duizend ingeschreven patiënten en geplande jaarlijkse preventieconsulten/visites kent de huisarts de populatie goed en weet hij welke soort interventie zou kunnen werken. De rol van medicatie is beperkt, simpelweg omdat er weinig van is. De Cubaanse huisarts moet dus zijn beperkte middelen op een slimme manier inzetten. Een actieve attitude van de dokter, laagdrempelige consultatiemogelijkheden, rolmodellen en groepsbijeenkomsten lijken in Cuba een goed alternatief voor medicamenteuze interventies.

Idee voor Nederland: een actieve opstelling van de dokter als het gaat om preventie, meer wijkgebonden groepsprogramma's, aansluitend bij de behoefte in de wijk en een gezondheidsbeleid gericht op haalbare gedragsverandering. Door de GGD en eventueel academische centra hierbij te betrekken, kan onderzoek gedaan worden naar de (kosten)effectiviteit van deze vorm van preventie. Welzijn, organisaties die de eerste lijn ondersteunen en de gemeentes kunnen ondersteuning bieden om dit te organiseren.

probleem

6

De plaats van de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde

Terwijl we in Nederland ons hoofd nog breken over de positie van de wijkverpleegkundige en de scheiding tussen S1 (segment 1; niet-toewijsbare verpleegkundige zorg) en S2 (segment 2; toewijsbare verpleegkundige zorg), is in Cuba de relatie tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige duidelijk. In de *'consultorio'* werken een huisarts en een wijkverpleegkundige samen en dragen zij de praktijk. De huisarts is er voor de medische zaken, de wijkverpleegkundige voor de preventieve zaken. De positie van de Cubaanse eerstelijnsgeriater is vergelijkbaar met die van onze specialist ouderengeneeskunde (SO), maar dan wel geïntegreerd in de eerstelijnszorg. Door onze observaties raakten we er steeds meer van overtuigd dat de huisarts en de SO veel meer moeten samenwerken als het gaat om de zorg voor de steeds langer thuiswonende ouderen.

Idee voor Nederland: een wijkverpleegkundige verbonden aan de huisartsenpraktijk met zowel een schakelfunctie (S1) als enkele S2-taken, zoals continuïteit en eventueel het indiceren van zorg, aansluitend bij de kernwaarden van de huisartsengeneeskunde (continue, persoonsgerichte en generalistische zorg). Verder intensievere samenwerking met de SO, mogelijk leidend tot praktijken met huisartsen en SO's die samen zorg leveren.

probleem

7

De huisarts is te druk

Omdat Nederlandse huisartsen het al te druk hebben, is er weinig ruimte voor preventie. Een Cubaanse huisarts heeft 1000 patiënten onder zijn hoede, een Nederlandse normpraktijk van 1,0 fte bestaat uit 2168 patiënten. Dit aantal is de afgelopen jaren al verlaagd – het was 2350 – maar zal nog verder omlaag moeten. Daarnaast moeten we ons sterk afvragen of alle tijd die we nu in dubieuze indicatoren en andere administratieve taken steken, niet veel beter in preventie kunnen steken. Voor effectieve preventie is tijd, inzet en aandacht nodig. Je moet namelijk aansluiten bij de gedachtes en gewoontes van de mensen in je wijk.

Idee voor Nederland: het wordt nu echt tijd voor praktijkverkleining in de huisartsenpraktijk. ■

contact

hmmvos@hotmail.com

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.