



since 1991

**DEMMA Foundation** [www.demma.nl](http://www.demma.nl)  
Drenthe Exchange Mytisch Medical Agency



## Notitie. “Help de dokter verzuipt”

**Samenvatting.** De kwaliteit van de eerste lijn (de huisartsgeneeskunde) als onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg verslechtert zienderogen. Het lijkt dat de oorzaak is gelegen in een versterde infrastructuur waarbij een moeizame afstemming op de tweede lijn (medisch specialistische ziekenhuisgeneeskunde). Het systeem van Primary Health Care, zoals dat in Rusland/Oekraïne wordt toegepast, zou een mogelijke oplossing (in ieder geval inspiratie) kunnen bieden. In deze presentatie zullen de resultaten van dertig jaar analyserend onderzoek door DEMMA naar de upgradende elementen van dit systeem worden besproken.

Het verhaal over “Help de dokter verzuipt” is zowel medisch inhoudelijk als ook organisatorisch bedoeld en betreft specifiek de zogenaamde eerste lijn (**1<sup>e</sup>-lijn**) binnen het



Malieveld Den Haag, 1 juli 2022

huisartsenpraktijken blijken hiertegen niet goed te zijn opgewassen. En dat frustrleert. Wellicht speelt feminisering ook een rol door het verdwijnen van de ouderwetse ondernemingszin die nodig is om een vrijgevestigde praktijk te kunnen runnen. Een teken aan de wand is verder dat verschillende huisartsenpraktijken geen opvolger meer kunnen vinden. Commerciële (*equity*) partijen (Co-Med bijvoorbeeld) springen in dat gat en zien nu hun kans om deze praktijken op te kopen met alle afbraakellende van dien. Kortom dit resulteert in een vermindering van de kwaliteit van dienstverlening. Bovendien

stelsel van onze gezondheidszorg. De huisartsgeneeskunde dus. Het zal bijna niemand ontgaan zijn dat het slecht gaat met de huisarts in NL. Die dreigt namelijk te verzuipen. In ieder geval wordt het zo beleefd in de 1<sup>e</sup>-lijn. Dit gegeven heeft onder meer te maken met de wurgende macht van de zorgverzekeraars maar ook met de groeiende machtsfactor van de claimende consument-patiënt. De relatief kleine



Huisarts en media

komt de continuïteit in gevaar omdat het vak niet meer als aantrekkelijk wordt gezien. Er dreigt een neerwaartse spiraal. Een zwart scenario dus met daar bovenop algehele schaarste aan personeel als verergerende factor. Is dergelijk onheil nog wel te keren?

Wat de medische stichting DEMMA meer dan dertig jaar in RU heeft kunnen bestuderen is een ander model van 1<sup>e</sup>-lijn. Een *Primary Health Care (PHC)* die ook in de zorgwet is vastgelegd. Het geheim zit hem in twee elementen. Om te beginnen een, t.o.v. NL, flinke schaalvergroting (factor 15-20x) van het volumen van de samenwerkende huisartsen. Een vergelijkingsfiguur zou kunnen dienen als de procesmatige uitkomst van een hecht samenklinken van verschillende huisartsengroepen tot een uniek centrum met een coöperatief model als samenwerkingsverband. Een dergelijk zelfstandig centrum, de in RU zogeheten *Poliklinika (Pla)* verkrijgt hierdoor een veel hoger soortelijk gewicht dan bij de optelsom van kleinere particuliere praktijken. Als gunstige nevenwerking ontstaat ook meer pariteit met andere machtige spelers in de zorg zoals bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. Bovendien kunnen praktisch gezien de organisatorische en administratieve taken vollediger worden uitgevoerd. Het tweede, meer upgradende element, is het importeren van specialistische expertise, weliswaar in basale vorm, binnen de grenzen van het 1.<sup>5</sup>-zorgsysteem. Inhoudelijk betekent dit een relevante verhoging van het zorgniveau dat dan uit gaat stijgen boven de 1<sup>e</sup>-lijn. De zorg die zo op een structurele basis wordt geleverd bereikt dan het niveau van de zogenaamde anderhalve lijn (**1.<sup>5</sup>-zorg**). Een zorgmodel waar in NL ook graag over wordt gesproken. DEMMA heeft geconstateerd dat dit organisatorische complex in RU heel goed werkt. Met als groot voordeel dat patiënten langer uit de dure tweede lijn kunnen worden gehouden. Kostenbesparing dus. Ook het gegeven dat het vak op deze manier meer gevarieerd wordt en op die manier aantrekkelijker kan worden gemaakt is niet onbelangrijk.

Op het gedane veldonderzoek door DEMMA van deze medische sector in RU wordt nu verder dieper ingegaan. Daarbij wel de aantekening dat als RU genoteerd staat ook UA (Oekraïne) bedoeld wordt omdat het zorgsysteem van de Pla ook dáár bekend is.

Het zorggebouw in NL kent drie niveaulijnen. De huisarts is werkzaam in de 1<sup>e</sup>-lijn terwijl het algemene ziekenhuis en het universitaire centrum respectievelijk als 2<sup>e</sup>- en 3<sup>e</sup>-lijn worden



Het zorggebouw kent drie (3) niveaulijnen.

gedefinieerd. In RU bestaat een vergelijkbaar zorggebouw met dien verstande dat de 1<sup>e</sup>-lijn op een andere manier is ingericht en vormgegeven. Daarover straks meer. Wat er in NL speelt is dat de afstand tussen de generalistische 1<sup>e</sup>-lijn en het ziekenhuis gigantisch blijkt te zijn en vaak wordt beleefd als een nare en hinderlijke kloof. Want bij het doorverwijzen van de patiënt naar het ziekenhuis moet de verwijzer hier eerst over een torenhoge drempel heen springen. Noodgedwongen verloopt dit logistieke proces schoksgewijs. Als het ware te vergelijken met het effect van een incomplete versnellingsbak waar de tweede en derde versnelling ontbreken. Dus schakelen van één direct naar vier! Bam. De



oorzaak van die kloof ligt in het immense verschil in specialistische expertise tussen de huisarts en de medische specialist. Die kloof geldt tegelijk ook voor de gegenereerde zorgkosten. Betaalbare zorg in de 1<sup>e</sup>-lijn versus kostbare medische hulp in het ziekenhuis. En dat in een tijd van collectieve bewustwording dat in NL de zorgkosten sowieso de spuigaten uitlopen. Het is dus in het belang van goed beheer van deze kosten dat de patiënt

zo lang mogelijk buiten het peperdure ziekenhuis wordt gehouden. Dat moet natuurlijk wel op een verantwoorde manier gebeuren en de vraag is of dat bij de zorgverzekeraars altijd in goede handen is. Overigens, direct gerelateerd aan het gegeven van die kloof is de inmiddels alom beruchte onaangename situatie van een stoeve verminderde

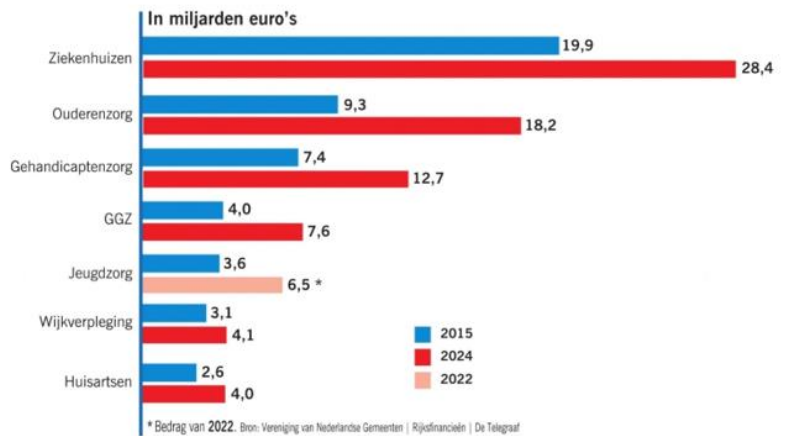
toegankelijkheid van de tweede lijn

(2<sup>e</sup>-lijn). Sterk oplopende wachtlijsten in de ziekenhuizen zorgen voor congestie in de doorstroming van de patiënten. Soms gepaard gaande met door te lange wachttijden riskant uitgestelde zorg. Voor de individuele patiënt kan dit gezondheidsschade opleveren. Het elimineren van deze barrière kan dan ook zeker als een van de belangrijkste uitdagingen worden beschouwd. De vraag is dan hoe de overgang van de overigens doelmatige huisarts naar het dure ziekenhuis geoptimaliseerd kan worden? Dat zou kunnen door die overgang meer vloeiend te maken door middel van een effectief systeem van 1.<sup>5</sup>-zorg. Helaas ontbreekt in NL een dergelijk instrument, in ieder geval op brede structurele basis. Wordt er gekeken naar hoe dit nu in RU georganiseerd is dan zien we dat het instrument van 1.<sup>5</sup>-zorg daar wél wordt ingezet met als gevolg minder afstand tussen de 1<sup>e</sup>-lijn en het ziekenhuis? Door DEMMA kon worden vastgesteld dat het schakelen van 1<sup>e</sup>- naar 2<sup>e</sup>-lijn hierdoor veel soepeler verloopt. De verklaring hiervoor ligt dus in een slimme verwevenheid van 1.<sup>5</sup>-zorg binnen de

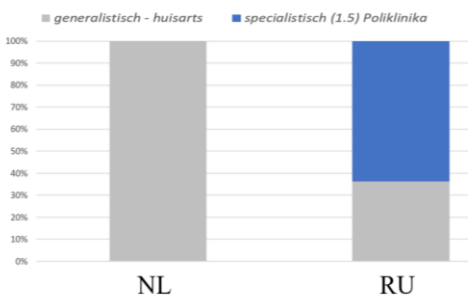
werkkaders van hun 1<sup>e</sup>-lijn, de PHC. De eerste vraag die hierbij wordt opgeroepen is waarom blijkt dit in RU beter te lukken dan in NL?

Daarvoor moeten we eerst analyseren hoe hier in NL de 1<sup>e</sup> lijn is georganiseerd in vergelijking met die in RU. In RU kent men de wettelijke (dus structureel geregelde) PHC die staat voor de 1<sup>e</sup>-lijn. Het ziekenhuis is net zoals hier de volgende stap naar een hoger niveau. Het begrip 1.<sup>5</sup>-zorg is daar als zodanig onbekend. Anders dan in NL is deze PHC geen massief blok van puur generalistische zorg want daarnaast biedt het facilitair ook een “.. day hospital..” in een

“..outpatient setting..”. Er is wel een restrictie namelijk dat dit systeem alleen opgaat in de stedelijke gebieden. In de buitengebieden (en daar is er overigens veel van in RU) is er gewoon de plattelandsdokter, praktisch werkzaam in een generalistische huisartsenpraktijk en niet in een Pla. In de (bevoorrechte?) stad ligt dat dus anders door deze toegevoegde optie van een Pla. Want deze Pla biedt



Uitdijende kosten in de zorg.



De generalistische eerste lijn in NL vergeleken met de Primary Health Care in RU



Federal law dated 21/11/2011 (N) 323-FZ (ed. by 29.07.2017) "on the fundamentals of protection of the health of the citizens in the Russian Federation."

- Article 33. Primary health care **primary health care is the basis** of the system for providing medical care and includes activities for the prevention, diagnosis, and treatment of diseases and conditions, medical rehabilitation, monitoring of pregnancies, healthy lifestyle and health education of the population.
- Organization of primary health care to citizens in order to be closer to their place of residence is **carried out by territorial-district basis**. Primary medical care is provided by medical physicians, therapists and paediatric general practitioners (family doctors)
- **Primary health care is provided in an outpatient setting and in the day hospital.** In order to provide citizens with primary health care when sudden acute diseases, conditions, exacerbation of chronic diseases, not involving a threat to the life of the patient and do not require emergency medical care, medical organizations may be established medical care units having specified emergency assistance form.

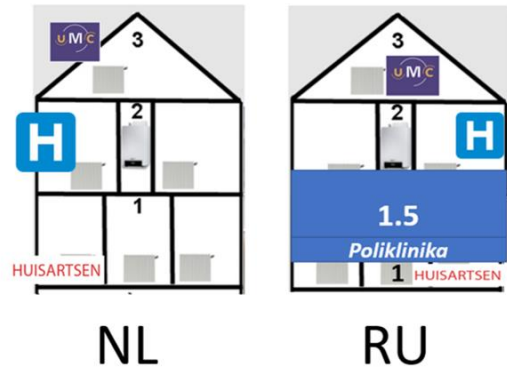
Federale wetgeving over Primary Health Care

een “gedifferentieerde” 1<sup>e</sup>-lijn omdat het PHC-zorgkader componenten kent van zowel generalistische als specialistische zorgkwaliteit. En die specialistische component wordt zorgverlenend toegepast in deze Pla, extramuraal of te wel los van het ziekenhuis. Meestal is zo’n centrum zelfstandig maar soms wordt gezien dat het een bestuurlijk onderdeel is van een ziekenhuiscomplex. Proberen we binnen dit bestel van 1<sup>e</sup>-lijn de verhouding tussen de ene en andere component te kwalificeren dan zou voorzichtig kunnen worden gesteld dat de specialistische component wat dominanter lijkt dan de generalistische. Verder veldonderzoek zou dat moeten uitwijzen.

Voorlopig is de hier aangegeven verhouding fictief. Hoe dan ook, duidelijk is dat als gunstige consequentie de overgang van 1<sup>e</sup>- naar 2<sup>e</sup>-lijn gelijkmatiger verloopt dan in NL. Wat DEMMA in RU nu heeft kunnen registreren is dat daar, met de Pla, op authentieke wijze 1.<sup>5</sup>-zorg stevig verankerd is in hun zorggebouw. De Pla als een extramuraal robuust poliklinisch zorgcentrum annex dagziekenhuis, dat qua adhaerentie zo’n 40.000 ambulante

personen kan bedienen. Bovendien wordt zo’n centrum gefaciliteerd door hoogwaardige diagnostische en therapeutische voorzieningen die anders ontbreken in de 1<sup>e</sup>-lijn. Het uitgangspunt van medische service voor de aldaar werkzame zorgverleners is werken binnen een specialistisch model maar dan wel op basale schaal. Vergeleken met NL is in RU daardoor mogelijk een zwakkere generalistische 1<sup>e</sup>-lijn. Minder familiedokter. Maar het gegeven dat deze PHC ook een stuk van de 2<sup>e</sup>-lijn meepakt zou als een goede compensatie kunnen worden gezien. Laagcomplex 2<sup>e</sup>-lijnszorg kan dus intern op deze manier laagdrempelig door de 1<sup>e</sup>-lijn (PHC) worden aangeboden en ook nog eens binnen een kostenefficiënte structuur. Welk beeld moeten we hebben bij een centrum zoals de Pla? In ieder geval geen mini-centrum maar een zorgconglomeraat met een medische staf waaraan meer dan 60 artsen verbonden zijn. Daaraan toegevoegd intensieve personele ondersteuning,

De implementatie van 1.<sup>5</sup>-zorg in de Primary Health Care



- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| ▪ Interne geneeskunde | ▪ Longziekten       |
| ▪ Kindergeneeskunde   | ▪ MDL-ziekten       |
| ▪ Heelkunde           | ▪ Radiologie        |
| ▪ Neurologie          | ▪ Orthopedie        |
| ▪ Gynaecologie        | ▪ Revalidatie       |
| ▪ KNO-heelkunde       | ▪ Urologie          |
| ▪ Oogheelkunde        | ▪ Spoedeisende Hulp |
| ▪ Dermatologie        |                     |
| ▪ Cardiologie         |                     |

*Toegepaste disciplines in de PLA*

wel de pulmonologie (longziekten) of de pediatrie (kinderziekten). Er is dus sprake van een strategisch aangebrachte diversificatie van artsen die werkzaam zijn in een Pla, net zoals dat overigens het geval is in de ziekenhuizen. En eigenlijk komt een Pla ook over als een klein formaat ziekenhuis dat op werkdagen 12 uren per etmaal geopend is en bovendien een aparte afdeling heeft voor elke vorm van spoedzorg overdag. Voor de patiënt biedt dat allemaal een gerieflijke toegankelijkheid. Voor de arts een grotere kans op werkplezier.

Welke type arts zou in bovengenoemde setting werkzaam kunnen zijn? Gedacht kan worden aan een huisarts of basisarts die is bijgeschoold in een discipline waarmee persoonlijke affiniteit bestaat. Bijvoorbeeld long- of kinderziekten maar ook kleine chirurgie kan. Zo'n 1.<sup>5</sup>-zorgarts hoeft als zodanig niet per se voltijds te praktiseren maar kan dat ook in deeltijd doen. Afwisselend, bijvoorbeeld deels in de hoedanigheid van een 1<sup>e</sup>-lijnsarts en deels als van een 1.<sup>5</sup>-zorgarts. Een andere optie is het inzetten van een medisch specialist uit de 2<sup>e</sup>-lijn die tegen pensioen aanloopt en wat gas wil terugnemen. Die kan dan nog heel goede zorg leveren op 1.<sup>5</sup>-niveau. Extra aantrekkelijk hierbij is dat deze in een Pla werkzame 2<sup>e</sup>-lijnsarts helemaal ontslagen is van de verplichting om nacht/zondagdiensten te draaien! Wat daarnaast ook soms wordt gezien als alternatief is dat vanuit een opleidingskliniek een specialist-in-opleiding part time meewerkt in een Pla. Mogelijkheden voor flexibele maatvoering te over dus.

De kernvraag die nu hierbij gesteld kan worden: is een dergelijk systeem interessant voor toepassing in NL? In eerste instantie lijkt dat niet zo omdat ambitie in die richting wel een forse en ingrijpende hervorming van de 1<sup>e</sup>-lijn lijkt in te houden welke actie in hoge mate inzet en geld zal gaan vergen. Te uitdagend dus? Ja, als we het hebben over korte termijn denken. Nee, als we bij lange termijn denken inzien dat een hervorming van de huidige 1<sup>e</sup>-lijn toch echt wel noodzakelijk is. Niet alleen omdat zoals in het begin van dit verhaal geschetst werd de 1<sup>e</sup>-lijn zich zelf nu tegen komt. Maar ook omdat de huidige 1<sup>e</sup>-lijn, met het concept van de strikt generalistische familiearts, zijn wortels nog in de 19<sup>e</sup> eeuw heeft. Het is dan ook niet verstandig om blijvend vast te houden aan dit starre model. Updating is nu onvoldoende. Onze 1<sup>e</sup>-lijn verdient flinke upgradering zodat de uitvoering van de gezondheidszorg wordt geoptimaliseerd, het werken in die sector weer aantrekkelijk wordt en dat de zorgkosten op een aanvaardbaar niveau worden gebracht.

Ten slotte realiseert DEMMA zich heel goed dat alles wat nu uit RU komt -heel terecht en begrijpelijk- met afkeer en wantrouwen wordt tegemoet getreden. Helemaal na de invasie in Oekraïne begin vorig jaar. Toch moeten we ons goed realiseren dat het hier niet om politiek gaat maar om een professioneel inhoudelijke zaak. We doen onszelf enorm tekort als we hier blind voor zouden willen zijn. Bovendien blijkt dat dit besproken systeem van Pla, dat overigens nog stamt uit de Stalintijd van de Sovjet Unie, ook net zo goed functioneert in een land als Oekraïne en dus niet uniek Russisch is. Een vervolgstudie zou dan ook best dáár, uiteraard postbellum, kunnen plaatsvinden. Daarbij, en nu echt tot slot, mag ook nog eens nadrukkelijk gesteld worden dat het hier niet gaat om een hypothetisch of virtueel tekentafelmodel of om een gedachtenspinsel. Nee, deze vorm van zorg bestaat écht en functioneert ook goed en daarover kan DEMMA getuigen.

Assen, november 2023  
Paul Mulkens, secretaris

*Dr. Paul SJZ Mulkens (1945) heeft tot aan zijn pensioen in 2012 als KNO-arts gepraktiseerd in Groningen, Friesland maar vooral in Drenthe. Daarnaast verschenen in de periode van 1974-1998 verschillende wetenschappelijke publicaties op het gebied van de neuro-otologie van zijn hand. Sinds 1991 is hij bestuurlijk verbonden aan de medische stichting DEMMA.*

