

Jubileumcongres LOVAH: Over dromen en de toekomst

Onlangs vierde de LOVAH haar 25-jarig bestaan met een jubileumcongres voor alle aios in het land. Congrescentrum Leeuwenhorst te Noordwijkerhout vulde zich met ruim 900 aios en andere belangstellenden en genodigden. Pieter Jan Hagens – bekend van onder meer *Twee Vandaag* – was dagvoorzitter en optredens van twee cabaretiërs verlevendigden het programma. Er waren diverse workshops, en ook werden de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek onder aios over de kwaliteit van de diverse huisartsopleidingen gepresenteerd. *In de praktijk* bezocht voor u een tweetal workshops en doet verslag van de dag.

Jonge en oude bomen

Theo Voorn verzorgt de openingslezing onder de titel 'Verleden... Heden... Toekomst'. Hij gaat in op de dromen van de aanwezige aios voor hun toekomst. 'Die dromen zijn belangrijk', stelt hij, 'want de jonge bomen zullen de oude vervangen.' Daarom vraagt hij de aios om hun dromen op daartoe verstrekte formulieren op te schrijven, toegespitst op de onderwerpen:

- ▶ praktijkvoering: hoe moet de praktijk eruitzien, welke organisatie- en samenwerkingsvormen zijn wenselijk?
- ▶ acute zorg: willen huisartsen daar zo min mogelijk aan doen of nemen ze juist de gehele eerstehulpfunctie over?
- ▶ chronische zorg: stuurt de huisarts de zorg alleen aan of speelt hij juist een actieve rol in de begeleiding van chronisch zieken?
- ▶ hagro's: neemt het belang daarvan af of worden het juist kleine koepels waarin huisartsen zich organiseren?

Voorn zegt toe dat met de goede ideeën uit de 'dromen' ook daadwerkelijk iets zal worden gedaan.

Een zorgelijke nieuwe wet

De nieuwe Zorgverzekeringswet wordt nog eens nader toegelicht door drs. Judith van Duren van Zorgverzekeraars Nederland. Ze vertelt over de nieuwe tarifiering per patiënt en per consult, en over de extra toeslagen die bijvoorbeeld gelden bij de zorg voor ouderen, waar dan echter wel een contract voor nodig is. In de nieuwe opzet wordt praktijkondersteuning gestimuleerd en ook wordt geld vrijgemaakt voor het overhevelen van zorgtaken vanuit het ziekenhuis naar de huisarts. 'De nieuwe Zorgverzekeringswet geeft veel ruimte voor het werken aan kwaliteit en vernieuwing', aldus Van Duren. De zaal krijgt de gelegenheid tot het stellen van vragen, zoals:

- ▶ 'Hoe ga je die kwaliteit meten?' Van Duren stelt dat dit in overleg met de huisartsen zelf gebeurt. 'Wij vinden de NHG-Praktijkaccreditering prima en zullen die als systeem hanteren. De beroepsgroep maakt dan dus zelf protocollen en richtlijnen en stelt zijn eigen benchmarks.'
- ▶ 'Hoe gaat de tarifiering voor kleine chirurgie?' Er zal een lijst worden samengesteld van ingewikkelder ingrepen met de daar-

bij behorende tarieven. Kleine ingrepen als de behandeling van wratten behoren tot een gewoon consult.

- ▶ 'Hoe om te gaan met patiënten met een verzekeraar waar de huisarts geen contract mee heeft?' De zorgverzekeraars hebben zorgplicht en zullen dus contracten móéten afsluiten. Als dat toch niet lukt, kan de patiënt naar de huisarts van eigen keuze. Van Duren denkt niet dat er verzekeraars zijn die zullen weigeren om contracten af te sluiten, maar de zaal heeft daarover duidelijk een heel andere mening...
- ▶ 'Als de verzekeraars niet de zorg kunnen inkopen die ze willen, worden ze dan misschien zélf maar zorgverleners?' Van Duren meent dat als er voldoende goede zorg wordt aangeboden, de verzekeraars zich zullen beperken tot het inkopen daarvan. Aangezien echter nu al op kleine schaal rechtstreekse zorg wordt verleend, houdt de zaal ook hierover zijn twijfels.

Hoe goed is die opleiding?

Jettie Bont, voormalig aiotho en LOVAH-voorzitter, presenteert de resultaten van het tevredenheidsonderzoek dat de aios deden over de huisartsopleidingen. Het idee hiertoe ontstond twee jaar geleden; het NIVEL voerde het onderzoek uit.

De respons op de enquête was 70 procent onder aios en 64 procent onder pas afgestudeerde huisartsen. Alle opleidingen werden zeer positief beoordeeld, al is er volgens de aios onvoldoende aandacht voor alloctonen, zwangeren en geweldslachtoffers. Maar liefst 80 procent vindt dat er te weinig aandacht is voor praktijkmanagement, zowel wat betreft de kwaliteit als de kwantiteit van het onderwijs. Alle opleidingen scoorden goed op de aandacht voor sociale aspecten en gedrag.

Bont geeft nog enkele overwegingen mee omtrent het onderzoek. Het is gebaseerd op de gegevens van een jaar geleden, dus inmiddels is al veel veranderd. Bovendien waren de verschillen heel klein, dus ook al zit een opleiding niet bij de 'topdrie', dan wil dat nog niet zeggen dat de aios een ongunstig oordeel hadden. En ook kan de correlatie tussen de mening van de aios en de daadwerkelijke kwaliteit van de opleiding niet worden hardgemaakt.

Dan maakt Bont de topdrie van de huisartsenopleidingen bekend. Op de derde plaats staat Groningen, op de tweede plaats Maastricht en op de eerste plaats het AMC-UvA.

Margreet Wieringa, hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde van het AMC-UvA, ontvangt een bos bloemen. 'Ik vind dit resultaat fantastisch! We kunnen er nu voor zorgen dat de opleidingen nóg beter worden.' Het lijkt Wieringa goed om het onderzoek over enkele jaren nog eens te herhalen.



Workshop 'Recht, tucht en beroepsgeheim; de juridische kant'

De zwijgzame huisarts

Workshopleider De Jong gaat in op een van de grootste angsten van de arts: een klacht bij het medisch tuchtcollege. Hij geeft uitleg over de procedure en de diverse instanties die betrokken zijn bij klachten tegen huisartsen. Vooral wil hij de aios enkele waarschuwingen en adviezen meegeven voor hun toekomst. Hij vertelt dan ook uitgebreid over het beroepsgeheim. De zwijgplicht is heilig, behalve als:

- ▶ een ander belang hoger wordt ingeschat, bijvoorbeeld als derden ernstige gezondheidsrisico's lopen of als er levensbedreigende situaties (kunnen) ontstaan;
- ▶ er (ernstige) schade kan worden voorkomen. Als het kwaad al is geschied, wordt het doorbreken van het beroepsgeheim niet acceptabel geacht;
- ▶ er (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Volgens De Jong is nog nooit een huisarts vervolgd voor het melden van kindermishandeling, ook niet als dat onterecht was. Zeker nu steeds meer bekend wordt over de frequentie van kindermishandeling en de soms fatale gevolgen daarvan, neemt het begrip voor het verbreken van de zwijgplicht daarover toe.

'Gewetensnood is geen goed argument', stelt De Jong. 'Mocht je ooit je zwijgplicht willen verbreken, dan moet dat zijn op grond van een nuchtere afweging van zakelijke argumenten.'

Er kan ook sprake zijn van verwijtbaar zwijgen. Weliswaar is daar weinig jurisprudentie over, maar toch zijn twee gevallen bekend, beide rond een moordzaak.

- ▶ Een klacht tegen een psychiater is gehonoreerd. Er was sprake van een concreet en herhaald dreigement dat de betrokkene iemand zou vermoorden. De psychiater had dat moeten melden.
- ▶ Een klacht tegen een psychotherapeut is gehonoreerd. Deze begeleidde een TBS'er op proefverlof, die met moord dreigde en tegen de verboden in alcohol gebruikte. Ook dat had moeten worden gemeld.

Daar staat tegenover dat de arts die melding deed van de beruchte 'balpenmoord' van enkele jaren geleden, het verbreken van zijn beroepsgeheim ten laste is gelegd. Dit omdat het een 'melding achteraf' was: het kwaad was al geschied en dan dient de arts te zwijgen.

Informatie over patiënten

De Jong gaat ook in op de voorwaarden aan het verstrekken van informatie over een patiënt:

- ▶ De patiënt moet altijd schriftelijk toestemming geven (die toestemming dus goed bewaren!).
- ▶ Het moet gaan om feitelijke medische informatie.

De Jong stelt: 'Het heeft altijd de voorkeur om de informatie aan de patiënt zelf mee te geven want dan is diens toestemming uiteraard gegarandeerd. Bescherm jezelf goed in dit soort situaties, want als er iets misgaat, ben je de klos. Mocht je twijfelen of de handtekening onder een schriftelijke toestemming wel van de patiënt zelf is, ga dat dan na. Je moet primair denken aan je eigen risico.'

Tot slot heeft hij nog aandacht voor de gegevensvermelding zelf.

- ▶ Als het niet in het belang van de hulpverlening is, kunnen beter geen 'daden' in het medisch dossier worden vermeld.
- ▶ Psychopatisch gedrag, alcoholmisbruik en dergelijke moeten wél in het dossier worden vermeld, want die informatie kan relevant zijn voor andere hulpverleners. Dat de patiënt van dat soort aantekeningen mogelijk schrikt, is geen argument.
- ▶ Indirect verkregen informatie (bijvoorbeeld een moeder die iets vertelt over haar dochter) kan indien het relevant is wel in het dossier worden opgeslagen, maar moet dan wel worden achtergehouden als het dossier naar derden gaat.
- ▶ Alle persoonlijke of ondeskundige (bijvoorbeeld psychologische) observaties, alsmede eventuele waardeoordelen moeten buiten de informatieverstrekking aan derden blijven. Je kunt wel zeggen 'de patiënt heeft zijn been gebroken', maar niet 'de patiënt kan niet lopen'.

De Jong geeft de aios een boodschap mee waar elke huisarts over kan meepraten. 'Schrik niet te erg als een brief van het tuchtcollege op je deурmat valt; het zegt niet dat je echt iets fout hebt gedaan.' Minder dan 20 procent van de klachten wordt gegrond verklaard, maar ook als er wel een fout is gemaakt, is de kans op schorsing klein (dat gebeurt eigenlijk alleen bij recidivisten). De Jong: 'Er wordt altijd gevraagd om een verweerschrift. Schrijf dat nooit dezelfde avond, en laat het altijd eerst door een ander lezen voor je het verstuurt. Gebruik in je verweerschrift uitsluitend medische argumenten en geef geen waardeoordelen over de patiënt.'

Dromen en stellingen

Nog steeds is het programma niet afgelopen. Na een onderbreking voor de cabaretiers worden de dromen van de aios die eerder die dag zijn verzameld, uitgewerkt in een toneelstukje. Een strandgast - die de aanwezigen herkennen als Theo Voorn - geeft achtereenvolgens het woord aan een viertal relaxte zonnebaders die vertellen hoe in hun dromen de ideale praktijk, de acute zorg, de chronische zorg, en de organisatie in hagro's eruitzien.

Dan volgt een debat met 'hoogwaardigheidsbekleders' uit de gezondheidszorg. De volgende stellingen passeren daarbij de revue:

- ▶ 'Onderwijs over managementtaken moet maar in de vrije tijd plaatsvinden.' Over het algemeen is men het daar niet mee eens; praktijkvoering hoort deel uit te maken van het gewone onderwijspakket.
- ▶ 'Alle huisartsenopleidingen moeten landelijk gelijk worden.' De

basis moet gelijk, dat is wel duidelijk, maar hoeveel *couleur locale* de opleidingen zelf mogen invullen is onderwerp van discussie. Bert Schadé: 'Laten we vooral in het derde jaar diversiteit aanbrenge(n)'. De aios in de zaal: 'Daar zorgen wij zelf wel voor.'

- ▶ 'Huisartsenzorg is 24-uurszorg.' Daar is iedereen het mee eens. Arno Timmermans: 'Laten we dan afspreken dat we hierover nooit meer in discussie gaan. Hoe we het invullen is punt twee, maar de verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg moeten wij huisartsen met elkaar op ons nemen.'
- ▶ 'Nurse practitioners, physician assistants en praktijkondersteuners hollen ons vak uit.' De functie van praktijkondersteuner wordt door iedereen relevant en aanvullend gevonden, maar over de NP (zeg maar 'de HBO-plus-verpleegkundige') en de PA (zeg maar 'de HBO-dokter') ontstaat discussie: 'Die zijn nergens voor nodig.' Alles wat een ander net zo goed kan als de

Workshop 'Borderline: Langs de lijn?'

Theater over de grenzen

Het 'HoutenBeenTheater' laat in deze workshop de aios kennismaken met een borderline-patiënte die over de telefoon een vaag en paniekerig verhaal houdt. Als de huisarts niet direct in actie komt, schreeuwt ze dat ze dan haar auto wel tegen een boom zal zetten, en hangt op.

Hoe moet je nu omgaan met zo'n dreigement? We weten uit cijfers dat het echt tot uitvoer kan worden gebracht, want zo'n 13 tot 15 procent van de borderline-patiënten pleegt suïcide. Als huisarts voel je je verantwoordelijk voor je patiënt, ook als deze je met zijn gedrag manipuleert. Frustrerend zijn dit soort contacten in elk geval wel, daarover zijn de aanwezige aios het eens.

Borderline wordt gedefinieerd als 'een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten, en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties'.

Het doel van de workshop is 'toch een beetje van deze patiënten te gaan houden'. Vroeger dachten we dat we niets met borderliners konden, maar we weten nu dat een goede begeleiding op lange termijn vaak prima resultaten geeft. We denken nu niet meer dat het komt door een slechte moeder; aangetoond is dat het gaat om een medische aandoening. Vaak is er echter ook sprake van chronische traumatisering in de jeugd, zoals door seksueel misbruik of ernstig pesten op school.

Weten wie je bent

'Je leert wie je bent door de ogen van een ander.' Als kind vertoon je gedrag, de omgeving reageert daarop en aan de hand daarvan pas je je gedrag

aan. Borderliners hebben vaak een heel instabiel reagerende omgeving gehad en hebben daardoor niet geleerd wie ze werkelijk 'zijn'. Ze weten niet hoe de omgeving tegenover hen staat en zullen dat steeds opnieuw bepalen. Vertrouwen is een heikel punt, want het verleden heeft geleerd dat mensen onbetrouwbaar zijn. Soms duurt het dus jaren voor een vertrouwensrelatie is opgebouwd. Elke keer zul je opnieuw moeten bewijzen dat je niet gevaarlijk bent, want de borderliner zal er steeds voor waken dat hetgeen vroeger is gebeurd zich niet herhaalt. Ook belangrijk is respect ('wie mij niet respecteert is gevaarlijk').

Als de diagnose is gesteld, moet deze open worden besproken. Je zou misschien verwachten dat de patiënt schrikt van de diagnose, maar meestal overheerst de opluchting. De dingen vallen op hun plaats en bovendien ontstaat er hoop door de behandelmogelijkheden. Weliswaar is de diagnostiek feitelijk een taak van de GGZ, maar het kan een kwestie van een erg lange adem zijn om de patiënt daar naartoe te krijgen. Wees dan consequent: wijs steeds opnieuw op de behandelmogelijkheden in de GGZ en ga niet elke keer iets anders proberen want daarmee honoreer je het typische borderline-gedrag. Dat is soms een uitputtingsslag, maar het is het enige wat werkt. Bedenk dat bij een goede begeleiding zo'n 70 procent van de borderliners heel behoorlijk gaat functioneren.

Essentieel in het contact is de patiënt nooit af te wijzen. Zeg niet: 'Jij belt altijd tijdens het spreekuur en dat moet afgelopen zijn', maar: 'Het is lastig als je me onder het spreekuur belt; zullen we een tijd afspreken waarop je me wel kunt bellen?'

En: 'Ik vind jou géén lastpak, maar ik heb er wel moeite mee dat je me bedreigt.'

Borderline in het contact

Dan worden de aios opnieuw vergast op prima acteerwerk. Een huisarts wordt volkomen van de kaart gespeeld door een patiënte die hem met haar gedrag steeds weer in het nauw drijft. Vervolgens wordt de scène herhaald, maar mogen de aios tussendoor 'stop' roepen en zelf proberen of ze het in de betreffende situatie beter kunnen oplossen.

Het enige wat blijkt te werken is 'bij jezelf blijven' en daar volkomen duidelijk over zijn. Niet achteruit deinzen als de patiënte letterlijk te dichtbij komt, maar zeggen: 'Ik vind het vervelend als je zo dichtbij me komt.' Geen sarcasme, geen onzekerheid, maar je autoriteit als huisarts en de regie van het consult vasthouden. En steeds zonder oordelen laten zien wat je natuurlijke reactie is ('Ik vind het heel erg dat je dat overkomt'). Een borderliner zal elke 'fout' die je maakt aangrijpen om in de aanval te gaan. Blijf dan zakelijk en vriendelijk: 'Mijn excuses dat ik dat ben vergeten. Maar vertel eens wat er aan de hand is.'

Als je de borderliner laat zien wat jijzelf denkt en voelt, wordt het contact open en leert de patiënt dat je te vertrouwen bent.



huisarts, moet ook door die ander gedaan worden.' 'De huisarts die zijn overall-blik verliest, láát zijn vak uithollen!' 'Niet nog meer versnipperen; niet nog meer disciplines. De regie moet in handen blijven van de huisarts.' 'Wat een defensieve reacties! De vraag is of we het wel zo goed georganiseerd hebben. De diagnostiek hoort bij de huisarts, maar vervolgens kan er best wat worden geëxperimenteerd.' 'Als ik geen routine opbouw in het dagelijkse contact, hoe kan ik dan mijn kennis op peil houden voor als het misgaat?' Het laatste woord hierover is duidelijk nog niet gesproken...

- ▶ 'Differentiëren moet/nee, mag. En generalisme moet worden gewaardeerd als specialisme.' Een meerderheid in de zaal lijkt te vinden dat een huisarts wel zijn hobby's mag hebben, maar in elk geval zijn generalistische kennis op peil moet houden.
- ▶ 'De nieuwe zorgwet stimuleert zorginnovatie.' Velen in de zaal

zijn het daar niet mee eens. De debaters denken echter dat er inderdaad meer mogelijk is onder de nieuwe zorgwet, zeker voor de huisarts. Schadé: 'Ik weet echter niet of we wel zo gelukkig moeten zijn met die innovaties. Alle landen om ons heen zijn jaloers op het prachtige systeem in Nederland. En dat gooien we dan op de schop.' Maar: 'De wereld verandert en je hebt als huisarts heel veel te bieden. Heb daar dan ook vertrouwen in. De huisarts is veel belangrijker dan hij zelf denkt.'

Pieter Jan Hagens sluit de dag af, die zeer geslaagd mag worden genoemd. Na nog een borrel gaan de aios uiteen: een deel op weg naar huis, de anderen naar het diner en afsluitende feest, waarvan is beloofd dat het 'spetterend' wordt. Ongetwijfeld kijken de organisatoren van het congres met tevredenheid terug op deze dag. (AS)