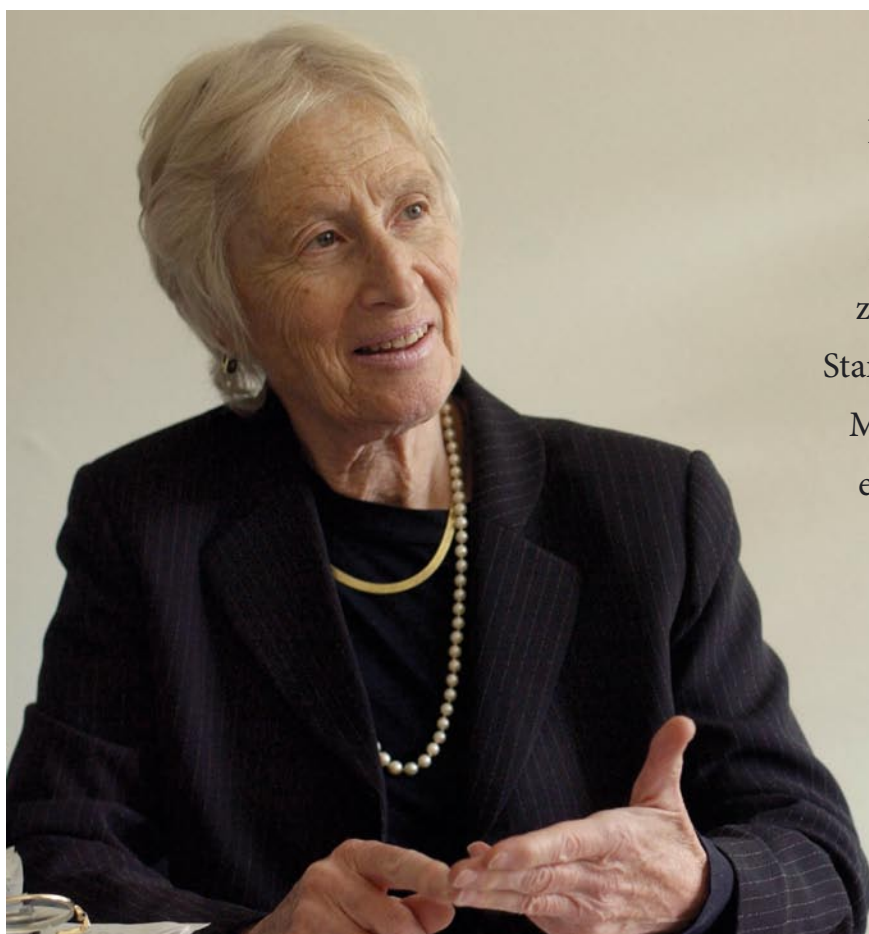


‘GENEESKUNDE IS TE WEINIG GERICHT OP DE PATIËNT’

Gesprek met Barbara Starfield, apostel van de eerste lijn



Hoe meer huisartsen, hoe gezonder de bevolking. Kijk maar naar mijn data, zegt onderzoekster Barbara Starfield. Die spreken voor zich. Maar politici, beleidsmakers en patiënten laten zich niet gemakkelijk overtuigen.

HENK MAASSEN

Ze staat bekend als de ‘grand old lady of primary care’: Barbara Starfield, hoogleraar Health Policy and Management aan de befaamde Johns Hopkins universiteit in Baltimore en leider van het Primary Care Policy Center van die universiteit. Ze is even in Nederland om op uitnodiging van het NHG en de Gezondheidsraad met Nederlandse artsen van gedachten te wisselen over het belang

van een sterke eerste lijn in de gezondheidszorg.

Haar empirische onderzoek naar de impact van eerstelijnszorg op de gezondheidsstatus en de kosten van de gezondheidszorg liggen mede aan de basis van een advies over de toekomst van de eerstelijnszorg dat de Gezondheidsraad in december uitbracht.

JETLAG

Starfield reist als een apostel van de eerstelijnszorg de hele wereld af. Ze komt net uit Bolivia en Chili, was even in de

Verenigde Staten, en is nu via Nederland op weg naar Berlijn. Overall probeert ze artsen, andere (para)medische professionals en vooral ook politici te overtuigen van het belang van een kwalitatief goed geoutilleerde en georganiseerde eerstelijnszorg.

Starfield wordt geplaagd door de gevolgen van een jetlag (niet verwonderlijk), maar ze houdt zich kranig. Haar missie is gauw verteld: ‘Zwakke eerstelijnszorg leidt over de hele linie tot een slechtere gezondheid van de populatie en tot hogere kosten van de gezond-

heidszorg.' Ofschoon ze merkt dat veel landen het belang van goede eerstelijnszorg langzamerhand inzien, niet alleen in Europa maar bijvoorbeeld ook Brazilië, is haar ervaring dat lang niet overal politici en beleidsmakers zich door haar data laten vermurwen. 'Politici laten zich meestal niet leiden door wetenschappelijke evidentie of professionele ervaring, maar door gefixeerde ideeën en ideologie,' stelt ze droogjes vast.

KINDEREN

Om haar boodschap kracht bij te zetten steunt Starfield op de uitkomsten van tal van grootscheepse onderzoeken die ze sedert het begin van de jaren negentig met haar onderzoeksgroep heeft uitgevoerd, maar verwijst ze ook naar werk van anderen.

In hun onderzoek vergelijken Starfield en haar medewerkers niet alleen prestaties van landen met elkaar, maar kijken ze ook naar verschillen binnen landen. Ze rangschikte bijvoorbeeld landen naar de mate waarin ze hun stelsel van gezondheidszorg hebben gebouwd op een sterke eerste lijn. Ze stelde vast dat een sterke oriëntatie op eerstelijnszorg lagere kosten van gezondheidszorg met zich brengt. Maar ook dat landen met een zwakke eerstelijnsinfrastructuur, zoals België, Frankrijk, Duitsland en de VS, slechter scoren op maten als levensverwachting (om precies te zijn op *years of potential life lost*) en overleving van kinderen na een ongeval dan staten als Denemarken, Finland, Nederland, Engeland en Spanje die over een degelijk eerstelijnsstelsel beschikken. Vooral kinderen varen wel bij goede eerstelijnszorg, zo blijkt telkens weer uit Starfields onderzoek.

GEEN TOEVAL

Starfield zal de eerste zijn om toe te geven dat een robuuste eerste lijn niet de enige determinant van gezondheid (op populatieniveau) is. 'Het is geen toeval,' zegt ze, 'dat in gebieden waar welvaart eerlijk wordt verdeeld, ook de eerstelijnsvoorzieningen goed zijn verdeeld. Met andere woorden: een goede eerstelijnsinfrastructuur is geen geïsoleerd fenomeen.'

Landen met een sociale oriëntatie - zoals de Scandinavische naties - zullen eerder over een volwaardige eerstelijnsgezondheidszorg beschikken. Maar

kijk naar het Verenigd Koninkrijk: dat is de uitzondering. Niet bepaald een land waarvan ik zeg dat het een sociaal-progressief beleid voert. Toch hebben ze daar een degelijke eerstelijnszorg met goede resultaten. Vrije toegang tot eerstelijnszorg kan het negatieve effect van inkomensongelijkheid kennelijk enigszins opheffen.'

VEELOMVATTEND

Drie 'systeemkenmerken' van eerstelijnszorg blijken in verband te staan met een betere gezondheid op populatieniveau. Ten eerste: een eerlijk verdeling van 'hulpbronnen' (*resources*): wie meer zorg nodig heeft, kan rekenen op die zorg. In de tweede plaats: een door de overheid geregeld en gesponsord nationaal verzekeringsstelsel. En ten slotte: lage of geen eigen bijdragen voor eerstelijnszorg. Starfield onderscheid ook een tweetal 'praktijkkenmerken': veelomvattendheid

(*comprehensiveness*) van eerstelijnszorg en min of meer daaruit voortvloeiend een oriëntatie van de zorgverlener op de gezinnen waaruit de patiënten afkomstig zijn (*family-orientation*).

In haar visie omvat eerstelijnszorg een variëteit aan zorgfuncties: van verloskunde, tandheelkunde en psychologische hulp tot, natuurlijk, huisartsgeneeskunde. 'Vandaar de noodzaak tot samenwerking tussen beroepsgroepen. Zo'n team heeft een coördinator nodig. Het ligt voor de hand dat de huisarts die rol vervult, maar dat hoeft niet.' Diens poortwachtersfunctie is voor Starfield slechts een van de mechanismen die maakt dat medische zorg op het passende niveau wordt aangeboden: 'I'm not hung up on gatekeeping.'

VERKEERDE TENDENS

De huisarts behoort persoonsgerichte zorg te leveren, vindt ze. Voorwaarde daarbij is inschrijving op naam. Want als patiënten in de eerste lijn kunnen gaan shoppen, komt er van die persoonsgerichte zorg niet veel terecht.

De eerstelijnszorg is, zoals gezegd, veelomvattend. Starfield legt uit: 'Dat betekent dat de huisarts medische

zorg levert voor alle 'gewone' noden en kwalen in zijn patiëntenpopulatie. Pas wanneer ze ongewoon zijn, of hij de knowhow niet in huis heeft, verwijst hij naar een medisch specialist.

Belangrijk is dat de huisarts de zorg voor een patiënt coördineert: hij integreert het advies van de medisch specialist in het totaal aan zorg dat de patiënt omgeeft.'

Maar volgens Starfield is de tendens in de geneeskunde een geheel andere. Medische zorg is volgens haar door technologische verfijning in toenemende mate verworden tot ziektegerichte zorg. Zeker in de VS, maar ook elders, en zeker in de tweede lijn. Ze betreurt dat zeer: 'Dat is een grote misvatting. Patiënten vallen niet samen met hun ziekte. Al was het maar omdat ze er vaak meerdere tegelijk hebben.'

Precies op dat punt gaat het in de medisch-specialistische zorg nogal

Een goede eerste lijn is geen geïsoleerd fenomeen

eens mis. 'Specialisten zijn niet goed in het omgaan met comorbiditeit. Bovendien, zeg ik altijd, worden ze getraind om zebra's te zoeken, geen paarden. Ik bedoel: ze doen meer tests en gaan eerder over tot specifieke therapieën of chirurgie dan strikt noodzakelijk is en dat leidt onherroepelijk tot iatrogene schade.'

CIJFERS

Een paar jaar geleden schreef ze er een geruchtmakend artikel over in de JAMA (2000; 284: 483-5), waarin ze becijferde dat deze werkwijze op jaarbasis in de VS 225.000 mensen het leven kost. En onlangs berekende ze dat als er per 10.000 mensen één huisarts meer zou zijn, het aantal sterfgevallen per 100.000 mensen afneemt met 7 procent. Een toename van 8 procent van het aantal medisch specialisten daarentegen blijkt te leiden tot een stijging van 2 procent van de mortaliteit.

Starfield heeft meer van dit soort cijfers, die er volgens haar allemaal toe strekken dat de tweede lijn eenzelfde onderzoeksprogramma verdient als waaraan zij de eerste lijn heeft onderworpen. 'Zoiets kan men betrekkelijk snel in de steigers hebben: ons research- >>



Barbara Starfield: 'Onderzoekers hebben te weinig aandacht voor de variabele manieren waarop ziekten zich kunnen manifesteren'

<< programma kostte een jaar of tien om op te bouwen.'

BASISVRAGEN

Wat doet een medisch specialist eigenlijk en vooral wat zou hij moeten doen? Dat zouden de basisvragen van dat onderzoek moeten zijn. Starfield: 'Doorgaans wordt de medisch specialist door de huisarts gevraagd om een second-opinion of om een test of een ander nader onderzoek uit voeren. Of hij verricht een chirurgische ingreep of neemt voor langere tijd de zorg op zich voor ongewone ziekten en stoornissen. Die laatste twee taken zijn typisch voor de tweede lijn. Maar de eerste zijn heel gewone, alledaagse handelingen, die je gemakkelijk in de eerste lijn kunt houden onder het wakend oog van een specialist.' In Nederland gebeurt dat bijvoorbeeld in teledermatologische projecten en in Engeland kunnen huisartsen medisch specialisten via een

videoverbinding consulteren.

Maar patiënten zien dat vaak anders. 'Ja', zegt Starfield vinnig, 'omdat ze de feiten niet kennen. Ze stáán op een verwijzing naar de medisch specialist. Dat kan heel belangrijk zijn voor degenen

ling te toetsen. Ze toetsen niet haar effectiviteit, haar doeltreffendheid. RCT's - en dus daarop gebaseerde richtlijnen - houden bijvoorbeeld geen rekening met de manier waarop zorg wordt geleverd. Terwijl de arts-patiëntcommunicatie een intrinsiek deel is van de interventie. Ander punt van kritiek is dat zulke trials mensen met comorbiditeit meestal uitsluiten. Niet voor niets zijn richtlijnen bedoeld voor mensen zonder comorbi-

Patiënten stáán op een verwijzing

die het nodig hebben, maar onbeperkte toegang, zo blijkt uit ons onderzoek, is potentieel zelfs gevaarlijk.'

Ze beseft dat in met name haar eigen land vaak wordt verwezen uit angst voor fouten en de mogelijke schadeclaims die daarvan het gevolg kunnen zijn. 'Maar haast nooit wijst iemand op het tegendeel: dat artsen te veel doen en op die manier allerlei nadelige effecten creëren.'

Dat patiënten kunnen kiezen, vindt ze in principe een goede zaak, maar niet als dat gebeurt op basis van onvolledige informatie of door te hoog opgeschroefde verwachtingen. Zo wordt de vrije keuze van de consument/patiënt een farce.

KRITIEK

Om haar verhaal over versterking van de eerste lijn, de iatrogene schade van de tweede lijn en vooral ook de onzinnigheid van het invoeren van marktprincipes in de eerstelijnsgezondheidszorg kracht bij te zetten, doet ze steeds weer beroep op wetenschappelijke evidentie. Maar haar grote liefde voor de wetenschap: 'I am very much in favour of evidence', kan niet verhinderen dat ze ook kritiek heeft op de evidence-based methodiek.

'Gerandomiseerde, placebogecontroleerde trials zijn per definitie bedoeld om de werkzaamheid van een behande-

diteit. Daarom is het zo belangrijk dat we constant en systematisch nagaan of het volgen van richtlijnen ook inderdaad leidt tot betere uitkomsten in termen van gezondheid.'

In Starfields ogen zijn hier 'reductionisme en lineair denken' de boosdoeners. Ze legt uit: 'Onderzoekers hebben de onuitwisbare neiging om te speuren naar enkelvoudige oorzaken van ziekten. En ze hebben te weinig aandacht voor de variabele manieren waarop ziekten zich kunnen manifesteren. Een verschijnsel overigens waaraan in de medische opleidingen die ik ken ook maar weinig aandacht wordt besteed.'

Dit inzicht heeft zijn weerslag gehad op de methodologie van haar eigen onderzoek. 'Een populatie is niet de optelsom van alle individuen', zegt ze. 'Reden waarom onze onderzoeksmaten betrekking hebben op systeemkenmerken van de eerstelijnszorg én op praktijkkenmerken zoals de omvang van de zorg. Anders gezegd, we kijken zowel naar individuele als naar populatiekenmerken.'

Dat ze haar onderzoek om die reden als 'betrekkelijk uniek' wil kwalificeren, mag daarom niet verbazen. ■

Het advies van de Gezondheidsraad over de toekomst van de eerstelijnszorg vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.

