

# KWALITEIT IN ZWEDEN

*Huisarts krijgt de tijd om goede zorg te leveren*



BEELD: J. VINGERHOETS

Na twaalf jaar werken in het gezondheidszorgsysteem in Nederland besloot een huisarts zijn geluk te beproeven in Zweden. Nu, na ruim een halfjaar, maakt hij de balans op.

JAN VINGERHOETS

**I**s dit het nu?, vragen veel veertigers zich af. Zo ook ikzelf. Na twaalf jaar als zelfstandig huisarts te hebben gewerkt voelde ik de routine knagen. Daar kwamen de bekommernissen bij die iedere huisarts wel kent, zoals de niet aflatende last van de bureaucratie, het gevoel van tegenwerking door verzekeraars en politiek bij het leveren van zorgkwaliteit en meer van dat droevigs.

In juli 2004 werd ik tijdens een geslaagde vakantie in Zweden, mijn

oude jeugdliefde, weer geraakt door de rust, de ruimte, de overweldigend mooie natuur en de vriendelijkheid die land en bevolking uitstralen. De gedachte om het roer om te gooien en de mogelijkheden van wonen en werken in Zweden te onderzoeken, liet me niet meer los.

Al snel ontdekte ik dat Zweden zit te springen om huisartsen. En hun ook heel wat te bieden heeft. Na een eerste oriëntatie bleek de belangstelling groter dan gedacht. Een redelijke taalbeheersing was een voordeel, maar geen voorwaarde. Na wat heen en weer schrijven en bellen lagen er binnen niet al te lange tijd vijf aanbiedingen op tafel.

In oktober ging ik wederom op weg naar Zweden, ditmaal op uitnodiging van enkele medische centra. Drie maanden later werd de knoop doorgehakt en tekende ik een contract voor onbepaalde tijd. Standplaats: het medisch centrum in Hällefors, regio Örebro, een natuur- en merenrijke gemeente waar achtduizend inwoners een oppervlak van 1000 km<sup>2</sup> delen. Het streven is om 1 arts per 1500 inwoners beschikbaar te hebben.

Inmiddels zit er een halfjaar werken op. Ik heb mijn draai en mijn weg gevonden, doe mee in het schema van gesprekken en diensten en ben geheel in het

werkschema van het medisch centrum geïntegreerd. Het is een verademing.

## NAADLOOS

Medisch-inhoudelijk zijn de verschillen met Nederland niet groot. De richtlijnen, die deels op nationaal, deels op provinciaal niveau worden uitgevaardigd, komen in grote lijnen overeen met de NHG-standaarden. Ik kon vrijwel naadloos doorgaan met werken op de manier die ik gewend was, er was inhoudelijk nauwelijks een noodzaak tot aanpassing of gewenning.

De medische centra (vårdcentral, letterlijk: zorgcentrum) mogen zich verheugen in een vrij hoog niveau van voorzieningen. Zo beschikt ons centrum over een spleetlamp, een oormicroscop, ECG-faciliteiten en apparatuur voor rectoscopie, audio- en tympanometrie. De centrale heeft daarnaast een eigen laboratorium en er is zelfs een digitale röntgenfaciliteit met een onlineverbinding met het ziekenhuis dat 75 kilometer verderop ligt. Indien gewenst, worden röntgenfoto's acuut beoordeeld. Voor wie daarin is geïnteresseerd, zijn de mogelijkheden tot het bedrijven van kleine chirurgie legio.

De personele bezetting van het centrum is voor Nederlandse begrippen

ronduit riant. Naast een goede bezetting met een eigen verpleegkundige (0,5 fte per arts) beschikken we over verpleegkundigen die categorale spreekuren houden. Er zijn ziekenverzorgenden die patiënten indien nodig helpen met aan- en uitkleden. Tevens doen zij eenvoudige diagnostische verrichtingen, zoals het nakijken van urinesedimenten, opnemen van temperatuur en een ECG maken. Spreekuraantekeningen worden (binnenkort digitaal) gedictieerd, door de secretaresse uitgetypt en in het elektronisch journaal verwerkt. Met verzekeraars hebben we niets te maken.

#### GEEN VRIJE MARKT

In organisatorische zin zijn er wel dege-lijk verschillen met Nederland.

We kennen hier niet de werkdruk en de voortdurende haast, de strijd tegen de klok en het al te vaak uitlopende spreekuur, het net te grote aantal visites voor de toegemeten tijd, de telefoontjes die snel moeten worden afgewerkt maar waar eigenlijk geen tijd voor is. Evenmin als de kafkaëske bureaucratie van de verzekeraars, de regelgeving die alweer verandert op het moment dat je er net je praktijkvoering op hebt aangepast. Niets van dat alles. Heeft het te maken met de mentaliteit van de patiënten, met onze eigen mentaliteit, met het volstrekt onnavolgbare systeem van regelingen in Nederland? Of met de organisatie in de praktijk? Het zal van alles wel wát zijn.

Belangrijk is dat het Zweedse

de lunchpauze ligt het hele land stil - vertelde ik mijn collega's eens dat we in Nederland tussen de 30 en 35 patiënten per dag zien (ook thuis), exclusief herhaalrecepten en telefonische contacten. Een verbijsterd zwijgen was mijn deel en de hoofden werden meewarig geschud. 'Maar zo kun je toch onmogelijk nog kwaliteit leveren?' vroeg een collega zich verwonderd af.

Ik legde uit dat je in Nederland een zodanig ongefiltreerde populatie ziet dat je sommige mensen maar enkele minuten binnen hebt, daardoor wat meer tijd hebt voor de anderen, maar heel vaak onvoldoende. En dat omdat de arts toch kwaliteit wil leveren, het spreekuur vaak uitloopt. Dat de overige activiteiten dan weer in het gedrang komen en je zo voortdurend achter jezelf aanloopt. Dat de Nederlandse huisarts heel veel patiënten ziet die evengoed - en mogelijk beter - door een verpleegkundige kunnen worden geholpen, maar dat het bestaande systeem nu eenmaal goedkoper is voor de verzekeraars.

Ik vertelde dat er enkele jaren geleden schoorvoetend een begin is gemaakt met een voor Nederland heel innovatief fenomeen: de praktijkverpleegkundige. Niet voor iedereen natuurlijk, en onder strikte voorwaarden van de verzekeraars.

De monden van mijn toehoorders vielen open, niet alleen die van de artsen, maar ook van de verpleegkundigen, van wie sommigen al een lange staat van

ten en telefoontjes wordt per stuk een tijdswaarde gehecht. Is je tijd volgeboekt, dan is het gewoon klaar en wordt er niets bijgezet, behalve als je de acute dienst draait.

In Nederland wordt er vaak van alles op je bord gelegd zonder dat er tijd voor is ingeruimd. De vraag bepaalt de hoeveelheid werk. Het nieuwe verzekerings-systeem buit dit principe uit en versterkt het: meer doen in kortere tijd wordt vertaald als beter werk en levert een betere beloning op. Dat tijd soms ook een voorwaarde is voor kwaliteit, wordt daarbij genegeerd. Kwaliteit is dan ook veel minder direct zichtbaar op het kostenplaatje.

In het Zweedse model gaat men uit van de capaciteit die men kan leveren, met als principe dat kwaliteit vaak ook tijd kost. Is er meer vraag dan capaciteit, dan moeten patiënten - behoudens spoedeisende gevallen - gewoon wachten of wordt extra personeel ingehuurd.

In Nederland is dat lastig, want dat gaat ten koste van de winst en dus heeft de verzekeraar daar geen oren naar. Als een individuele huisarts terwille van de kwaliteit of service extra personeel inzet, krijgt hij de rekening direct gepresenteerd in de vorm van een lager inkomen. En daar zit hem het grote verschil met Zweden, waar de kwaliteit van zorg hoger op het prioriteitenlijstje van de politiek staat.

#### DIENSTEN

De ANW-diensten zijn per regio anders georganiseerd. De hieronder beschreven organisatievorm van onze regio wordt ook elders toegepast.

De diensten worden toebedeeld aan de respectievelijke medische centra, waar ze onderling worden verdeeld. Het aantal diensten per huisarts is laag; als je wilt, kun je meer diensten draaien (met compensatie in inkomen of tijd), minder kan ook.

Tijdens de diensten verdeelt een triagezuster in het ziekenhuis de binnkomende gevallen onder de huisarts, chirurg en interne. De dienstdoende huisarts is aanwezig in het ziekenhuis tot 20.00 uur; daarna is hij thuis bereikbaar. Spoedeisende gevallen worden door de arts-assistenten in het ziekenhuis opgevangen. De huisarts wordt tussen 20.00 en 08.00 uur alleen opgeroepen voor overlijdensgevallen buiten het ziekenhuis en voor acute psychiatrie waarbij een gedwongen opname nodig lijkt.

Het moge duidelijk zijn dat de belasting van de diensten in Zweden >>

## Verpleegkundigen hebben een eigen spreekuur en doen de triage voor de arts

systeem geen ondernemersbeginsel kent. De overheid vindt dat gezondheidszorg zich niet leent voor de vrije markt en handelt daar ook naar. Nagenoeg iedere arts werkt in dienst van de provinciale overheid, het zogeheten *landsting*. Het *landsting* kent een vergaande autonomie in organisatie, budgettering en financiering van de regionale gezondheidszorg. Spreekuren zijn goed georganiseerd, kwaliteit staat voorop en er wordt dan ook voldoende tijd per patiënt uitgetrokken.

#### LUNCHPAUZE

Tijdens de dagelijkse gezamenlijke lunch - een fenomeen dat een nagenoeg sacrale status heeft in Zweden: tijdens

dienst in de eerste lijn hebben en die hier niet zijn weg te denken.

#### CONSEQUENT

In Zweden gaat het namelijk anders: er is hier een vergaande vorm van taakdelegatie, waardoor de arts alleen die mensen ziet die deze competentie ook werkelijk nodig hebben. De verpleegkundigen hebben een eigen spreekuur voor onder andere hypertensie, diabetes, wondverzorging, uitstrijkjes, anticonceptie- en SOA-voorlichting en doen daarnaast de triage voor het artsen spreekuur.

In dat spreekuur is een aantal organisatieprincipes consequent doorgevoerd. Elke toebedeelde taak is gelabeld: er staat een zekere tijd voor. Aan herhaalrecep-



### SAMENVATTING

- De Zweedse huisarts kent in vergelijking met de Nederlandse huisarts een lagere werkdruk met een gelijkmatiger spreiding.
- Er is sprake van een grote mate van taakdelegatie en teamwerk.
- Vanuit de overheid wordt de nadruk gelegd op aandacht voor de patiënt en kwaliteit van zorg. Kwaliteit mag hier tijd kosten.
- Het marktprincipe is taboe.

<< veel geringer is dan in Nederland en dat er voor de individuele huisarts meer sturingsmogelijkheden zijn.

Een ander verschil met Nederland is dat de behandelend arts hier de eventuele arbeidsongeschiktheid van zijn patiënt beoordeelt. En hoewel ook onder Zweedse collega's dit aspect van het werk niet populair is, is het officiële standpunt van de artsorganisatie dat het niet alleen onredelijk naar de patiënt, maar ook kosten-ineffectief is om als behandelend arts de handen af te trekken van een oog-beoordeling.

### VERDIENSTEN

De verdiensten voor een Zweedse huisarts moeten worden gezien in relatie tot de honorering van functies van vergelijkbare zwaarte en niveau. Ze zijn hetzelfde of iets lager dan de Nederlandse LAD-schalen en in veel gevallen hoger dan die van een ziekenhuisspecialist. Het salaris van een huisarts ligt tussen de 5000 en 6000 euro per maand afhankelijk van opleiding, ervaring en regio. De werkgever regelt en bekostigt alle noodzakelijke verzekeringen.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, zijn de kosten van levensonderhoud hier, vooral buiten de grote steden,

niet hoog. Zo is de prijs van onroerend goed slechts een fractie van die in Nederland. In onze regio koop je een riant huis met duizenden meters grond voor minder dan 100.000 euro.

### TEKORT

Het huisartsentekort in Zweden is ogenschijnlijk in tegenspraak met de voor onze begrippen riante spreekuurplanning. Het lijkt een logische gedachte om de productie op te voeren en aldus het tekort weg te werken. Maar hier geldt: voor kwaliteit is tijd nodig. Iets wat de Nederlandse gezondheidsmanagers uit het oog hebben verloren.

Het snel afwerken van consulten lijkt in eerste instantie tijdswinst op te leveren, maar kost uiteindelijk niet alleen meer tijd in de vorm van extra consulten maar geeft ook het risico van kwaliteitsverlies. En hier is men niet bereid in te leveren op kwaliteit. Verder vinden alle vergaderingen en nascholingen plaats in werktijd. Aan privé-tijd wordt in Zweden niet getornd.

Ik denk dat de kwaliteit van de Nederlandse huisarts ondanks de vaak minder gunstige omstandigheden waar het werkdruk en bureaucratische bemoeienissen betreft, gewoon heel goed is.

Maar juist nu ik het kan vergelijken, zie ik heel goed dat het Hollandse systeem zo eenzijdig is gericht op de belangen van de commercieel werkende verzekeraars dat de arts die kwaliteit wil leveren het al jarenlang heel moeilijk heeft. Het nieuwe zorgsysteem doet daar nog een schepje bovenop. Dat de kwaliteit meestal toch wordt geleverd, is te danken aan de grote inzet en het hoge arbeidsethos van de Nederlandse huisarts. Maar de prijs is vaak veel te hoog. Terwijl de werkdruk zonder meer ongezond is, heeft men ook nog het gevoel voortdurend tekort te schieten: een beproefd recept voor burn-out.

Bijna geen enkele Nederlandse huisarts is dan ook na zijn 60ste nog aan het werk. Een enorm verlies aan potentieel. In Zweden is het helemaal niet ongebruikelijk dat een huisarts na zijn 65ste nog jaren doorwerkt. Het is hier namelijk zo gek nog niet. ■

J. Vingerhoets,  
van 1993 tot 2005 huisarts in Woensdrecht; sedert de zomer van 2005 huisarts in het Zweedse Hällefors in de regio Örebro

Correspondentieadres: jan.vingerhoets@orebroll.se  
Belangenverstrengeling: in dienst van landsting Örebro