

ROEMEENSE HUISARTSENZORG MOET ZICH NOG BEWIJZEN

Richtlijnen dienen ook een politiek doel

Met hulp van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) zette een groep Roemeense huisartsen vijf behandelrichtlijnen op papier. Het zijn bouwstenen voor de versteviging van de nog zwak ontwikkelde huisartsenzorg.

ROBERT CROMMENTUYN

Voor zwartkijkers is er voldoende aanleiding om een treurige indruk van de Roemeense huisartsenzorg te krijgen. De huisartsgeneeskunde is er een vak zonder status dat tegen een bedroevend laag inkomen en zonder adequate middelen moet worden uitgeoefend. 'Als huisarts word je in Roemenië toch een beetje gezien als een gemankeerde specialist. Een deel van de huisartsen maakt een positieve keuze voor het vak, maar anderen zijn huisarts omdat het zonder de juiste vrienden moeilijk is om de opleiding van eerste keuze te doen,' zegt Gerda van der Weele, wetenschappelijk medewerker van het NHG.

In de afgelopen drie jaar was Van der Weele vijf keer in Roemenië. Van sommige dingen die ze daar aantrof, werd ze niet vrolijk. 'Ik had niet verwacht dat zoveel artsen nog van de oude stempel zijn. De gezondheidszorg in het land wordt gedomineerd door medisch specialisten en is nog heel erg gebaseerd op autoriteit en nauwelijks op wetenschappelijke onderbouwing.'

STOKPAARDJES

Roemeense huisartsen worden grotendeels in ziekenhuizen opgeleid onder supervisie van een medisch specialist, vaak een kinderarts of een internist. Een delegatie van de Landelijke organisatie van aspirant huisartsen (Lovah) constateerde eind vorig jaar dat huisartsen

in opleiding vooral hard moeten werken voor hun opleider en vooral veel opsteken over diens stokpaardjes. Over specifiek huisartsgeneeskundige vaardigheden komen ze minder te weten. Zonder eigen hoogleraar is er niemand die voor het huisartsvak opkomt. Op nationaal niveau is er geen coördinatie van de inhoud en kwaliteit van de huisartsenopleiding.

Een van de gevolgen is dat Roemeense huisartsen geen sjoege hebben van zaken die in Nederland tot het basispakket aan vaardigheden behoren. 'Lichamelijk onderzoek is bijvoorbeeld

tijd werden vijf richtlijnen ontworpen, geschreven en verspreid.

EVENKNIE

Het Roemeense richtlijnprogramma komt niet uit de lucht vallen. Sinds 1992 werken Nederlandse huisartsen nauw samen met Roemeense collega's. In dat jaar werd emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde (en voormalig Medisch Contact-hoofdredacteur) Jan van Es gevraagd mee te werken aan het verbeteren van de huisartsenzorg. Diens Stichting Bevordering Kwaliteit Gezondheidszorg in Roemenië organiseert

'Lichamelijk onderzoek is een ver-van-mijn-bed-show'

een ver-van-mijn-bed-show', aldus Van der Weele. 'Roemeense huisartsen doen te weinig lichamelijk onderzoek en er valt veel te verbeteren aan het afnemen van een goede anamnese.'

Ondanks alles keren Nederlandse huisartsen die naar Roemenië gaan positief terug. De Lovah-delegatie raakte onder de indruk van het enthousiasme waarmee Roemeense hiao's de opleiding en de gezondheidszorg proberen te verbeteren. Van der Weele zag ook geen reden om bij de pakken neer te zitten. Zij was - samen met collega's Wietze Eizenga, Theo Voorn en wijlen Vic Dubois - betrokken bij een project voor richtlijnontwikkeling. In drie jaar

sindsdien postacademische trainingsprogramma's voor huisartsen.

De Roemeense partners organiseerden zich in het National Centre for Studies of Family Medicine (NCSFM). Uit de groep van enthousiaste huisartsen die hieraan verbonden zijn, kwamen ook de deelnemers die in 2002 begonnen aan het richtlijnprogramma.

In een aantal sessies brachten de Nederlanders hun Roemeense collega's de fijne kneepjes bij van het maken van richtlijnen. Er werden onderwerpen gekozen (hypertensie, diabetes type II, urineweginfecties, lage-rugpijn en prenatale zorg), per richtlijn werden werkgroepen gevormd, er werd een basisplan

met relevante uitgangsvragen opgesteld, literatuuronderzoek gedaan en er werden aanbevelingen geformuleerd, conceptrichtlijnen geschreven en een commentaar rond georganiseerd.

ZELFVERTROUWEN

De Nederlandse betrokkenheid beperkte zich tot vier bijeenkomsten van tweeën-eenhalve dag en intensief e-mailcontact. Voor de rest waren de Roemenen op zichzelf aangewezen. *Learning by doing* noemen de Nederlanders deze aanpak. De Roemeense huisartsen waren zo gedwongen om hun eigen keuzes te maken. Het vergrootte bovendien hun zelfvertrouwen in hun mogelijkheden en vaardigheden om richtlijnen te maken, daar met elkaar over te discussiëren en de richtlijnen te presenteren. Alle vijf werkgroepen produceerden een richtlijn, een samenvatting en een patiëntenfolder. Op een tweedaags congres in Boekarest werden de resultaten gepresenteerd aan 1400 huisartsen.

Volgens Van der Weele was het voor de Roemeense huisartsen vooral moeilijk om de richtlijnen praktisch en toepasbaar te houden. 'De literatuurstudies leiden al snel tot een enorm theoretisch bouwwerk. In de consensusbijeenkomsten is gehamerd op korte handzame teksten. Sommige groepen slaagden daar beter in dan andere. Dat zag je aan de patiëntenfolders. De folder over urineweginfecties telt 4 pagina's. Maar die over hypertensie beslaat wel 16 pagina's.'

De medisch-inhoudelijke inbreng van de NHG'ers was beperkt. 'De richtlijnen hebben geen NHG-stempel. Medisch-inhoudelijk zijn de Roemenen zelf verantwoordelijk. Ook al gebruikt iedereen dezelfde literatuur, interpretatieverschillen zijn altijd mogelijk.' De inbreng van de NHG-adviseurs betrof vooral tekstadviezen. 'Dan ging het om vragen als: hoe formuleer je de tekst zonder dubbelzinnigheden en inconsequenties, en hoe maak je er ondanks de inbreng van veel verschillende mensen toch een geheel van?'

IDEAALBEELDEN

Aan het eind van het project werden de Roemeense richtlijnopstellers ondervraagd over hun bevindingen. Die waren overwegend positief. Al blijkt het nog niet eenvoudig om de richtlijnen daadwerkelijk toe te passen en ook andere huisartsen daarvoor te enthousiasmeren. Van der Weele: 'De huisartsen met wie wij werkten, zijn niet representatief.

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

De gezondheidszorg in Roemenië wordt gedomineerd door medisch specialisten en is gebaseerd op autoriteit.

Dat is een zeer gemotiveerde voorhoede die al jaren in verschillende projecten samenwerkt. Zelfs zij hebben soms moeite om de richtlijnen in de praktijk te brengen. Dat is niet erg. Standaarden zijn ideaalbeelden. Ook niet alle Nederlandse huisartsen lukt het om bijvoorbeeld de diabetesstandaard naar de letter uit te voeren. Het is een stapsgewijs proces waarbij je eerst kiest voor de dingen die je belangrijk vindt en die gemakkelijk te realiseren zijn. Ermee bezig zijn, erover discussiëren is minstens zo belangrijk.'

Uit de evaluatie blijkt ook dat andere artsen hun bedenkingen hebben bij de richtlijnen. Sommige collega-huisartsen zijn niet overtuigd van het nut van richtlijnen. Ze vrezen dat het werken volgens een richtlijn tijdrovend is en dat het de keuzevrijheid te veel inperkt. Grote weerstand is er ook van de medisch specialisten. Het Roemeense College of Physicians heeft vooralsnog geweigerd de richtlijnen te erkennen. Ze hekelen het feit dat medisch specialisten niet bij het opstellen betrokken zijn. Die irritatie is misschien niet helemaal onterecht. Voor de Roemeense huisartsen zijn de richtlijnen ook een politiek instrument. Het onderwerp 'diabetes' werd bijvoorbeeld mede gekozen om terrein te veroveren op de specialisten. 'Op dit moment mogen Roemeense huisartsen nog niet veel op dat gebied', vertelt Van der Weele. 'Na de diagnose worden ze geacht te verwijzen naar een specialist. Die schrijft dan de medicijnen voor. Het arsenaal aan geneesmiddelen dat de huisartsen beschikbaar heeft, is erg beperkt.'

De weerstand tegen richtlijnen bemoeilijkt natuurlijk de implementatie. Wellicht was het beter geweest om een multidisciplinaire aanpak te volgen. 'Dat

hebben we ons wel afgevraagd, maar uiteindelijk vonden we het toch beter van niet. Een eigen richtlijn kun je inzetten in onderhandelingen bij het maken van samenwerkingsafspraken. Dat het nog niet tot onderhandelingen is gekomen... het zij zo. Je kunt je afvragen wat je moet doen met richtlijnen als de omgeving er nog niet rijp voor is. Wachten totdat het wél zover is of toch maar gewoon beginnen. De Roemeense huisartsen hebben voor dat laatste gekozen.'

GLOEIENDE PLAAT

Vijfendertig enthousiaste huisartsen maken vijf richtlijnen en passen die zelf mondjesmaat toe. Dat klinkt als een druppel op een gloeiende plaat. Daar is Van der Weele het niet helemaal mee eens. 'Toen het NHG in Nederland de eerste standaard publiceerde, was dat ook een druppel op een gloeiende plaat. Het bleek toch nuttig. Het is voor de positie van de huisartsen in Nederland zeer relevant geweest.'

'Natuurlijk', zegt Van der Weele. 'Met vijf richtlijnen ben je er nog niet. Dat is een te smalle basis om de huisarts een gezicht te geven. We hopen dan ook dat de vervolprojecten gericht op implementatie en de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen doorgaan.' Maar er zit volgens haar hoe dan ook schot in de Roemeense huisartsenzorg. 'Tot nog toe waren we vooral bezig met het scholen van de gemotiveerde voorhoede. Nu zijn er voor het eerst producten die naar buiten worden gebracht. Voor blijvend succes is het belangrijk dat de Roemeense overheid doordrongen raakt van het belang van een kwalitatief goede huisartsenzorg. Er zijn gelukkig signalen dat ze niet ongevoelig zijn voor die visie.' ■