

Postprint Version	1.0
Journal website	https://www.ntvg.nl/artikelen/huisartsen-als-poortwachter
Pubmed link	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27189098
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Huisartsen als poortwachter: Betere gezondheidszorg dan in landen met vrij toegankelijke specialisten?

GROENEWEGEN, P.

NIVEL

In ons land moeten patiënten een verwijzing van hun huisarts hebben voor ze een medisch specialist kunnen consulteren. Dat is de poortwachtersfunctie van huisartsen. De analogie met de poortwachter is maar een deel van het verhaal over de rol van huisartsen, want zij zijn tegelijk ook de gids die patiënten informeert en adviseert over de voor- en nadelen van nadere diagnostiek of behandeling en over de plaats en persoon die dat moet doen. Ondanks alle retoriek over het belang van keuzevrijheid van patiënten gaan zij bij hun keuze voor een specialist of ziekenhuis vaak af op het advies van hun huisarts.¹

DE POORTWACHERSFUNCTIE VAN DE HUISARTS

De poortwachter is dus meer dan de boeman die 's avonds de boeven buiten de stad houdt; hij is ook de stadsgids. Daarnaast omvat de rol van huisartsen in de eerstelijnszorg meer dan de poortwachtersfunctie. Huisartsen hebben een brede rol in het zorgsysteem als aanbieders van generalistische zorg die continu is, gericht op patiënten in hun sociale context, die breed is in termen van wie – de hele bevolking – en waarmee patiënten bij hun huisarts terecht kunnen – het hele scala aan gezondheidsproblemen – en die gecoördineerd is.² Zo'n rol is nodig omdat door demografische en epidemiologische veranderingen meer mensen een chronische ziekte hebben – en die speelt op de achtergrond mee bij andere gezondheidsklachten –, meer mensen meerdere chronische ziekten hebben en omdat verwevenheid van chronische ziekten en ouderdom met andere, sociale problemen de zorgbehoefte mede gaat bepalen.³ Deze rol van huisartsen komt beter uit de verf als patiënten bij een vaste huisartspraktijk staan ingeschreven, als huisartsen goed zijn toegerust en opgeleid om hun rol te vervullen en als het gezondheidszorgsysteem zo is geordend dat die rol wordt ondersteund.

Je kunt je afvragen of de huisarts als poortwachter de gezondheidszorg beter maakt dan in landen waar medisch specialisten vrij toegankelijk zijn, maar die vraag is te eng gesteld. De poortwachtersfunctie van huisartsen moet worden beschouwd binnen hun bredere rol als spil in de eerstelijnszorg en een goed georganiseerde gezondheidszorg. Daarvoor moeten we gezondheidszorgsystemen van verschillende

landen vergelijken; immers, binnen een land is er veelal weinig variatie in de organisatie van de eerste lijn.

VERGELIJKING VAN GEZONDHEIDSZORGSYSTEMEN

We kunnen gezondheidszorgsystemen op allerlei punten vergelijken. Algemeen gesproken kunnen we zeggen dat de punten waarop we vergelijken, moeten aansluiten bij de doelen van de gezondheidszorg. De gezondheid van de bevolking is het hoofddoel. Belangrijk zijn daarnaast: de verdeling van de gezondheid – de sociaal-economische gezondheidsverschillen – en van de lasten – de solidariteit tussen ziek en gezond en tussen rijk en arm –, de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid.⁴ In al deze opzichten verschillen landen; het beste gezondheidszorgsysteem bestaat niet.

Het antwoord op de vraag of de huisarts als poortwachter de gezondheidszorg beter maakt dan in landen waar medisch specialisten vrij toegankelijk zijn, hangt dus af van de aspecten waarop je landen vergelijkt en welke landen je met elkaar vergelijkt. Het is daarom ook niet zo vreemd dat er discussie is over de samenhang tussen de aanwezigheid van de poortwachtersfunctie van huisartsen – of breder gesteld: een sterke eerste lijn – in gezondheidszorgsystemen en de mate waarin die hun doelen bereiken.⁵⁻⁷ Over het geheel genomen presteren landen met een sterkere eerste lijn beter op een aantal volksgezondheidsindicatoren, zoals minder verloren levensjaren voor aandoeningen die in de eerste lijn behandeld kunnen worden en gelijkheid in ervaren gezondheid. Het gebruik van tweedelijnszorg is in die landen lager, zoals voor aandoeningen die in de eerste lijn behandeld kunnen worden en het gebruik van de SEH-afdelingen van ziekenhuizen.

Op het gebied van kosten deden landen met een poortwachterssysteem het lange tijd beter, maar recente gegevens laten uiteenlopende resultaten zien, afhankelijk van of we naar uitgaven per hoofd van de bevolking kijken, naar het percentage van het bruto binnenlandsproduct dat aan gezondheidszorg wordt uitgegeven of naar de groei van de uitgaven.⁸ Recent is de hypothese naar voren gebracht dat de kankersterfte in Europese landen met een poortwachterssysteem hoger is door uitstel van verwijzing naar de tweede lijn.⁹ De toetsing van deze hypothese was niet sterk, omdat door het relatief kleine aantal landen dat werd vergeleken geen rekening kon worden gehouden met verschillende oorzaken van uitstel en met andere invloeden op de kankersterfte.

Dit wijst op een belangrijk probleem in het onderzoek naar de gevolgen van een sterke eerste lijn. We zijn geïnteresseerd in de samenhangen op systeemniveau, maar er zijn meestal te weinig vergelijkbare gezondheidszorgsystemen voorhanden om dat goed te onderzoeken. We kunnen wel dieper ingaan op de achterliggende mechanismen. Dat moet zeker gebeuren, vooral op 2 gebieden waar de uitkomsten van eerder onderzoek onduidelijk waren: zorguitgaven en uitstel van zorg in relatie tot behandeling van en overleving na kanker. Naar dat laatste wordt in enkele Europese landen gedetailleerd onderzoek gedaan voor verschillende stappen in het proces.^{10,11} Dat kan op vergelijkbare wijze in andere landen met en zonder huisartsen als poortwachter worden gedaan.

TOT SLOT

Het antwoord op de vraag of de huisarts als poortwachter de gezondheidszorg beter maakt dan in landen waar medisch specialisten vrij toegankelijk zijn, is genuanceerd

positief. Op sommige punten presteren landen met een poortwachtersfunctie van huisartsen – of breder: een sterke eerste lijn – beter, op andere niet of is het onduidelijk. Deels komt dat doordat de context waarin de eerste lijn functioneert verandert. Denk aan de economische crisis van de afgelopen jaren, die de relatie tussen zorguitgaven en een sterke eerste lijn beïnvloed kan hebben. Door grotere verandering van de noemer – het bruto binnenlandsproduct – dan van de teller – de zorguitgaven – stijgt het percentage dat aan gezondheidszorg wordt uitgegeven. Daarom is voortdurend onderzoek nodig, zowel op het niveau van de gezondheidszorgsystemen als op het niveau van de mechanismen daarbinnen, en het liefst in combinatie.

LITERATUUR

1. Victoor A. (How) do patients choose a healthcare provider? [proefschrift]. Tilburg: Tilburg University; 2015.
2. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344:1129-33. doi:10.1016/S0140-6736(94)90634-3
3. De Maeseneer J, Boeckxstaens P. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *Br J Gen Pract*. 2012;62:522-4. doi:10.3399/bjgp12X652553
4. Van den Berg MJ, de Boer D, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN, red. *Zorgbalans: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM; 2014.
5. Rampen F. *Zorgwekkend: de huisarts als poortwachter*. Zoetermeer: Free Musketeers; 2015.
6. Rampen F. Rol huisarts maakt onze zorg slechter. *de Volkskrant* 14 december 2015.
7. Van Bommel J. Zonder huisarts wordt de zorg onbetaalbaar. *de Volkskrant* 21 december 2015.
8. Kringos DS. *The strength of primary care in Europe* [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2012.
9. Vedsted P, Olesen F. Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *Br J Gen Pract*. 2011;61:508-12. doi:10.3399/bjgp11X588484.
10. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:284. doi:10.1186/1472-6963-11-284
11. Maclean R, Jeffreys M, Ives A, Jones T, Verne J, Ben-Shlomo Y. Primary care characteristics and stage of cancer at diagnosis using data from the national cancer registration service, quality outcomes framework and general practice information. *BMC Cancer*. 2015;15:500. doi:10.1186/s12885-015-1497-1