



GEEN NACHTDIENSTEN MEER VOOR DE HUISARTS

Verrassende voordelen door andere weekindeling

De crisis in de huisarts-
geneeskunde is deels
schijn. Met de inhoud
van het vak is niets mis.
Aan de vorm mag echter
wel wat veranderen.
Een herschikking van
de dagdelen komt de
spoedeisende hulp ten
goede en biedt de huisarts
emancipatoire kansen.

FRANK TIMMERMANS

De huisartsen slagen er maar niet in hun 'product' goed over het voetlicht te brengen. Illustratief is de negatieve aandacht voor de acties van de Twentse huisartsen.

Een deel van dit onbegrip roepen de huisartsen over zichzelf af doordat ze niet goed in staat zijn de inhoud van hun vak inzichtelijk te maken. Die inhoud lijkt zo voor de hand te liggen, iedereen is tenslotte weleens bij de huisarts geweest. De werkelijkheid is anders. Zelfs co-assistenten die zich voor een stage bij ons melden, hebben de essentie van de inhoud van het vak meestal niet duidelijk voor ogen. Van minder goed

ingevoerde leken inclusief beleidsmakers is er wat dat betreft dus helemaal niet veel te verwachten.

PRODROMAAL DOMEIN

Wie huisartsen en hun vertegenwoordigers hoort over de inhoud van hun vak, stuit al decennia op de begrippentrias integrale, persoonlijke en continue zorg.

ken en kunnen kiezen uit een scala aan mogelijkheden om ze aan te pakken. Die mogelijkheden zitten in diagnostische en therapeutische technologie, maar vooral ook in het gesprek met de patiënt. Het herhaalde, vraagverhelderende gesprek op basis van (gegroeid) vertrouwen is weinig spectaculair, maar goedkoop en vaak uitermate doeltreffend. Zie hier de

De vaste dokter all around the clock bestaat niet meer

Deze kenmerken gelden echter ook voor het vak van slager, kapper, autohandelaar, hoer, notaris, kortom van allen die in de dienstverlenende sector werkzaam zijn. Het zijn dan ook vormkenmerken, geen inhoudskenmerken.

Voor de plaatsbepaling van de huisartsgeneeskunde is het van belang vorm en inhoud van elkaar te onderscheiden, maar dat blijkt niet gemakkelijk te zijn. De toekomstvisie 'Huisartsenzorg in 2012; medische zorg in de buurt' (samenwerkingsproject van LHV en NHG) doet dat wat versluierd: een beetje inhoud vermengd met veel vorm.

Een belangrijk aspect wordt over het hoofd gezien: de huisarts als specialist van het prodromale domein. Deze specialiteit is voor ons huisartsen zoiets vanzelfsprekends dat we vergeten hoe essentieel die is en wat de economische waarde ervan is. Op dit gebied, aan het begin van de zorgketen, onderscheidt de huisarts zich inhoudelijk wezenlijk van andere specialismen.

Huisartsen hebben een zeer brede kennis van geneeskundige vraagstuk-

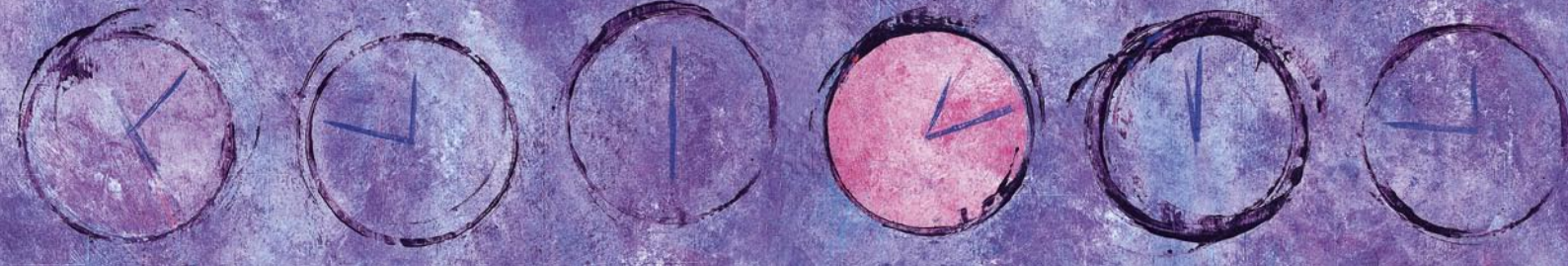
ken en kunnen kiezen uit een scala aan mogelijkheden om ze aan te pakken. Die mogelijkheden zitten in diagnostische en therapeutische technologie, maar vooral ook in het gesprek met de patiënt. Het herhaalde, vraagverhelderende gesprek op basis van (gegroeid) vertrouwen is weinig spectaculair, maar goedkoop en vaak uitermate doeltreffend. Zie hier de

zo gewenste 'vraaggestuurde zorg', maar dan toch heel anders dan 'u vraagt, wij draaien'.

De plaats van de huisarts aan het begin (altijd) en het eind (vaak) van de zorgketen vereist grote integratieve vaardigheden die met name tot uiting komen bij chronische complexe, specialismeoverschrijdende ziektebeelden. De functieomschrijving van de huisarts zou daarom moeten zijn: specialist in de prodromale, generalistische en integratieve geneeskunde. Een specialisme, niet verwijzend naar orgaansystemen, maar naar de dynamiek van ziekten.

GEALCULEERD RISICO

Werken in de prodromale fase van ziekten kent veel onzekerheden. De meeste besluiten die een huisarts op een gemiddelde werkdag moet nemen - en dat zijn er zeventig à tachtig - zijn gebaseerd op een gecalculeerd risico. De huisarts is bij uitstek de medicus die daarmee heeft leren omgaan. In de loop der tijd is een zorgvorm gegroeid die het efficiëntst blijkt te zijn bij de benadering van de



prodromen van ziektebeelden en het omgaan met de risico's: continue, persoonlijke laagdrempelige zorg op basis van gegroeid vertrouwen, dicht bij huis, met kennis van somatische en psychosociale factoren.

Het verlaten van de inschrijving op naam en het invoeren van een drempel (door eigen bijdragen dan wel door het volledig verlaten van abonnements-systeem) zijn daarom risicoverhogend en door allerlei compensatiemechanismen kostenverhogend. De gestarte huisartsenacties maken dát juist zichtbaar.

VORMVERANDERING

Huisartsen wordt wel verweten dat zij alles bij het oude willen laten. Maar dat klopt niet. Huisartsen willen alleen de inhoud van hun vak niet veranderen en ze hebben daarin groot gelijk. De gezondheidszorg in Nederland heeft in de toekomst de hierboven beschreven functionaliteit hard nodig.

Anders ligt dat met de vormgeving, die is wél aan ingrijpende veranderingen onderhevig. Persoonlijke en continue zorg zijn niet langer vanzelfsprekend. De vaste dokter *all around the clock* is er niet meer en zal ook niet wederkeren. De solistisch werkende huisarts met een vaak fulltime functie maakt plaats voor mannen en vooral vrouwen die het vak willen uitoefenen voor 0,6 à 0,8 fte's in allerlei mogelijke samenwerkingsverbanden.

Nu is er in de huisartsgeneeskunde al een traditie van parttime werken waaruit blijkt dat het persoonlijke en continue karakter niet wezenlijk hoeft te worden geschaad, mits aan de samenwerkingsvoorwaarden van goede overdracht en spreiding van de te werken dagdelen over de week wordt voldaan. Het gevoel van 'dokter X zorgt voor mij' verandert in dat van 'de dokters in het dorp/de wijk zorgen allemaal voor mij'.

UITGEHOUD

Een andere grote vormverandering, die zich inmiddels heeft voltrokken, is de overgang naar de grootschalige dienstenstructuren (HDS) voor de zorg buiten kantooruren.

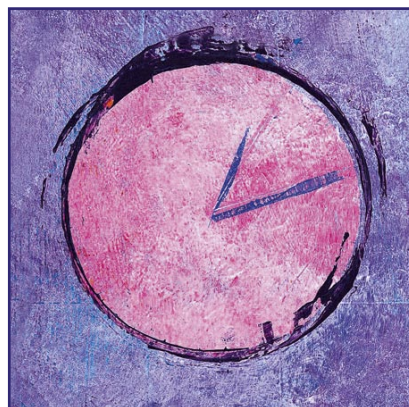
Met betrekking tot de continue en persoonlijke zorg is dit te betreuren. Deze zorg is inderdaad, zoals Henk

Maassen stelt, 'uitgehold' (MC 4/2005: 144).

Overigens moet worden opgemerkt dat de snelheid en de doeltreffendheid waarmee deze structuren uit de grond zijn gestampt mét behoud van basale kwaliteit, een voorbeeld zijn voor de vitaliteit en de slagvaardigheid van de gehele beroepsgroep. Het is echter jammer dat aan de continuïteit en persoonlijke zorg grote concessies zijn gedaan, en dat bovendien vooral de plattelandsbevolking forse servicevermindering voor lief heeft moeten nemen. Een weg terug lijkt er echter niet te zijn.

SPOEDEISENDE ZORG

Vorig jaar publiceerde Leenen in dit blad (MC 10/2004: 360) een artikel over de spoedzorg in Nederland, waarin hij ook aandacht besteedde aan de positie van de huisarts. Leenen constateert terecht



BEELDEN COMSTOCK

dat het vreemd is om naast de SEH's een dubbele en daardoor relatief inefficiënte infrastructuur van huisartsenposten te stichten.

Onderbelicht bleef echter dat de huisarts binnen kantooruren heel effectief aan spoedopvang doet. Het overgrote deel van het volume aan spoed(aan)vragen blijft binnen de eerste lijn, juist door het triërende vermogen van de huisarts binnen het prodromale domein. Biedt dit kansen?

Er is een model denkbaar, waarin een aantal gewenste vormveranderingen worden verenigd. Waarom vinden we het bijvoorbeeld in onze 24-uurs economie normaal dat auto's en tv's in een

volcontinuproces worden geproduceerd, terwijl aan de grilligheid van ziekte geen recht wordt gedaan? Voor ziekten is voor een groot deel van het etmaal en de weekends slechts een minder rendabel noodregime ingesteld.

Wat zou erop tegen zijn als de voorziening huisartsgeneeskunde regulier tot aan de nacht doorfunctioneert? Een 'reguliere' huisartsendag zou dan bestaan uit drie in plaats van twee dagdelen van ongeveer 4,5 uur, bijvoorbeeld van 8.00 tot 22.00 uur. Van de zes dagdelen in het weekend zouden er drie kunnen worden gewerkt. De resterende tijd in de nachten en weekends is dan níet meer voor de huisarts, maar wordt uitsluitend vanuit SEH-posten in de ziekenhuizen verzorgd. De huisarts is dus van zijn diensten af.

Zo'n systeem doet ook meer recht aan de chronische zorg bij uitstek: de terminale zorg thuis. Nu kan het gebeuren dat een stervende en diens familie in een weekend te maken krijgen met zes verschillende artsen, voorafgegaan door zes verschillende telefonistes, die men geen van allen kent. Reden waarom inmiddels veel collega's deze zorg weer zelf op zich hebben genomen. Erbovenop wel te verstaan!

HERSCHIKKING

Het klinkt natuurlijk wat paradoxaal dat een onder werkdruk zuchtende beroepsgroep deze ogenschijnlijke formatie-uitbreiding vrijwillig op zich zou nemen. Het is echter niet de bedoeling dat de afzonderlijke huisarts ook maar een uur extra gaat werken. Het gaat hier slechts om een herschikking van dagdelen, waardoor het goed mogelijk wordt dat een samenwerkingsverband van drie fte's in welke vorm dan ook (zie *het model* op blz. 322) zorg draagt voor de dekking van zo'n nieuwe weekvulling, inclusief de spoedopvang die zich tijdens de nieuwe kantooruren voordoet.

Het voordeel hiervan voor de spoedopvang is evident. Het grootste volume aan spoedaanvragen presenteert zich in de regel in de vooravond en in het weekend veelal op zaterdag. Als de huisartsenvoorziening op die tijden regulier 'in de lucht' is, moet dit leiden tot een substantiële vermindering in het aanbod op de SEH's. >>

SAMENVATTING

- In de discussie over de huisartsenzorg moeten vorm en inhoud van het vak worden onderscheiden.
- De inhoud van het vak wordt gedekt door de omschrijving 'specialist in de prodromale, generalistische en integratieve geneeskunde'. Die moet niet veranderen.
- In de vorm kan wel het nodige veranderen. Een uitbreiding van de reguliere werkdag naar drie dagdelen met een herschikking van tijd over de week - in samenwerking - heeft verrassende voordelen: meer parttimers aan de bak, een levensloop- en seniorenregeling, geen nachtdiensten meer en een betere spoedzorg.

<< Zoals al eerder gesteld: de huisarts doet hoegenaamd niet anders dan triage en vraagverheldering en werkt daardoor zeer kostenreducerend in het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. Ook en misschien wel juist bij de beoordeling van spoedgevallen. Ziekenhuizen zouden daarom ook huisartsen, die nu immers geen nachtdiensten meer hoeven doen, kunnen inhuren om hun specifieke functionaliteit aan de poort van de SEH's aan te wenden.

Gezien de plannen om de aanrijtijden van ambulances met veel geld te verbeteren, is het niet onbelangrijk erop te wijzen dat de huisartsen vanuit hun al bestaande fijnmazige net van praktijken iedere aanrijtijd met gemak verslaan - in ieder geval op het platteland!

NIEUWE KANSEN

Als in een samenwerkingsverband van bijvoorbeeld 3 tot 6 fte's de week wordt opgedeeld zoals voorgesteld, heeft dat grote voordelen. Het geeft een hoop flexibiliteit. Allerlei gevarieerde levensloopregelingen worden mogelijk. Gezins- en zorgtaken laten zich moeiteloos combineren en ouderen kunnen gemakkelijker 'uitdieselen' nu nachtdiensten wegvallen en men ook wisselende hoeveelheden dagdelen over het jaar kan vullen, zo nodig aangepast aan het golf- of caravanseizoen.

Het voorgestelde model gaat uit van een herschikking van het huidige aantal fte's zonder capaciteitsuitbreiding: de huidige tien fulltime dagdelen (vijf week-

dagen van ieder twee dagdelen) per fte worden in samenwerking uitgesmeerd over achttien dagdelen (vijf werkdagen van drie dagdelen en dan nog drie dagdelen verdeeld over het weekend).

Hoe de capaciteitsontwikkeling in de toekomst zal zijn, is met vele onzekerheden omgeven. Dat er gezien de vaststaande parttimewens veel meer artsen nodig zijn, is evident. Het NIVEL stelde overigens vast dat in 2002 zo'n 17 procent van de geregistreerde huisartsen niet praktiseerde. Waarom was dat zo en zou het voorgestelde model (nieuwe) kansen bieden? Zouden senioren langer blijven 'hangen'? Zouden geleidelijk de 'lege' dagdelen met nieuwe parttimers kunnen worden gevuld en zou een capaciteitsuitbreiding van de voorziening huisartsgeneeskunde (tot 80%) mogelijk worden?

De minister zal daar binnen zijn kortetermijnhorizon niet om staan te juichen; hij heeft er al vaker blijk van gegeven *penny-wise and pound-foolish* te zijn. De Nederlandse gezondheidszorg heeft gezien de karakteristieke problemen die de vergrijzing met zich brengt een eerstelijnsuitbreiding en -versterking echter hard nodig.

INVESTEREN

De huisartsen hebben het afgelopen decennium bewezen een vitale, gemotiveerde en flexibele beroepsgroep te zijn, die op eigen kracht en door aanpassingsvermogen, ondanks veel financiële tegenwerking van overheid en zorg-

verzekeraars, in staat is een groeiend aanbod van ziekteproblemen te absorberen. En dat tegen zeer geringe kosten.

Wat is er economisch verstandiger dan te investeren in zo'n ongekend rendabele voorziening, die bruist van de ambitie om dit ook voor de toekomst waar te maken? ■

Frank Timmermans,
parttime huisarts in een groepspraktijk te Bommel.
Daarnaast is hij huisman en mantelzorger voor zijn chronisch zieke echtgenote

Correspondentieadres: Teselaar 6, 6681 BG Bommel.

WEEKINDELING

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
arts A = 100%							
arts B = 80%							
arts C = 60%							
arts D = 60%							
8.00-13.00 uur	ABD	AC	AB	BD	AB	SEH	SEH
13.00-17.30 uur	ABC	AB	AD	A	BCD	A	C
17.30-22.00 uur	A	B	D	C	D	C	SEH

Imaginaire werkverdeling van 3 fte's door 4 verschillende artsen in ieder denkbare samenwerkingsvorm: bijvoorbeeld 1 groepspraktijk/HOED, 2 duopraktijken, 1 duopraktijk met 2 solisten, groepspraktijk en 1 solist, enzovoort.

