

SCHAALVERGROTING GAAT DRUKKE HUISARTS NIET HELPEN

De ANW-dienst hoort er gewoon bij

Veel huisartsen voelen zich overbelast en willen daarom de ANW-zorg afstoten en onderbrengen in een grotere organisatie. Maar dat is geen oplossing, vindt huisarts Hans van Gestel. Beschikbaarheid voor de patiënt is de kern van ons vak.

Een discussieavond van de huisartsenposten Oost-Brabant. Onderwerp: de ANW-diensten. Die worden door velen als steeds zwaarder ervaren. Een boze collega spuwt haar gal: 'Die diensten gaan gewoon ten koste van mijn gezinsleven.' En even denk ik: wordt het dan geen tijd voor je om een ander vak te kiezen? Maar ik zeg niks: het ligt gevoelig en is ingewikkeld. De MedZ, tijdschrift van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) wijdt er een heel nummer aan. De diensten zijn zwaar, te druk. De praktijkhouders krijgen hun diensten nauwelijks nog verkocht en dan alleen tegen een hoger tarief dan wat zij ervoor krijgen. Maar, denk ik dan: het zijn toch jullie diensten? Hoofdredacteur van MedZ Mark Brueren schrijft dat diensten soms best te combineren zijn met het werk overdag, maar zeker niet altijd. En dan noemt hij een lange lijst veranderingen die de druk op de huisartsenpraktijk hebben vergroot: zorgstraten, praktijkondersteuners (POH's), ggz, palliatieve zorg, transitie van tweede naar de eerste lijn. Maar, denk ik, dat gaat allemaal over de zorg overdag. Het ging hier toch over de ANW? VPH-voorzitter Wouter van den Berg draagt in hetzelfde nummer een oplossing aan: er moet een organisatie komen waarin huisartsencollectieven, ziekenhuizen, ggz, thuiszorgorganisaties en zo nodig anderen, samen verantwoordelijk zijn voor spoedzorg. Bovenal moet het een organisatie worden waarbij praktijkhoudende huisartsen niet meer verantwoordelijk zijn voor de ANW-zorg van hun patiënten. En ik denk: maar dit hadden we toch allemaal zelf georganiseerd? Dit is toch wat we wilden?

Werkdruk

Hoe zit het nou met die werklust? Ook InEen, vereniging van eerstelijnsorganisaties, luidde recentelijk de noodklok vanwege de toenemende werkdruk op de huisartsenposten. Kijkend naar hun eigen jaarcijfers echter, is de werklust de laatste twee jaar weliswaar toegenomen, maar de jaren daarvoor zelfs wat afgenomen. Van 2009 tot 2016 nam het aantal verrichtingen namelijk weliswaar met 1,7 procent toe (de bevolking van Nederland met 2,4%), maar werd extra personeel aangetrokken in de vorm van waarnemend huisartsen, praktijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Het aantal patiënten per dienst per huisarts lijkt niet echt toe te nemen. Maar blijkbaar wordt de werkdruk subjectief wél als steeds hoger ervaren, gezien de breed gedragen onvrede.

Patiënt wordt opgeknijpt

In mijn visie hebben we het overdag te druk met zaken die we vooral zelf hebben aangedragen en ontwikkeld. Extra taken, zorggroepen, dbc's, accreditatie, vergaderen en overleggen of ons leven ervan afhangt. En nu vinden we onszelf zielig, want we moeten ook nog diensten doen. Bovendien vinden we dat de diensten niet goed zijn georganiseerd, we er slecht voor betaald krijgen, dat het triagesysteem niet deugt en dat patiënten maar te pas en te onpas binnenlopen.

En als het gaat om een oplossing, schieten we steeds weer in dezelfde – groot, groter, grootst – modus: afstoten en een grotere organisatie verantwoordelijk maken. Maar de ANW-zorg uitbesteden aan een grote organisatie is een slecht idee en geen oplossing.

Als beroepsgroep hebben we de chronische zorg al grotendeels uitbesteed aan de POH-somatiek; de psychosociale problematiek aan de POH-ggz, de ouderenzorg aan de POH-kwetsbare ouderen en soms een deel van onze dagelijkse consulten aan de verpleegkundig specialist. De patiënt wordt opgeknijpt en te gelde gemaakt in deelgebieden waarin protocollen leidend zijn. Je eigen huisarts zien lijkt soms godsonmogelijk. De continuïteit, datgene waar we altijd zo trots op waren, staat zwaar onder druk. En dan nu de ANW-zorg.



TON POORTVLIET/HOLLANDESE HOOGTE

Grootschaligheid lijkt op korte termijn de weg van de minste weerstand, maar is dat ook wat patiënten willen?

Huisartsgeneeskunde in Nederland is een sterk onderdeel van onze zorg. Dat is niet altijd zo geweest, die kracht kwam niet vanzelf. Die is bevochten door voorgangers uit de jaren vijftig, zestig en daarna, met enorme inzet, gebouwd op pijlers als integrale zorg en continuïteit.

Maar realiseren we ons dat? Of beschouwen we die positie als vanzelfsprekend? Iets waar we verder niet veel voor hoeven doen?

Medische patatgeneratie

Huisartsen willen interessant, veelzijdig en zinvol werk. We willen respect voor onze inspanningen en verwachten een zeker aanzien. Daarnaast willen we een goed inkomen en willen we bijna allemaal parttime werken; om halfzes de praktijkdeur achter ons sluiten en nu dan ook maar liever stoppen met ANW-

Ik hoor chirurgen nooit zeggen dat na het avondeten het ziekenhuis de problemen maar moet oplossen

diensten. Kan dat allemaal samen? Zullen onze patiënten en de maatschappij dit blijven accepteren? Willen we eigenlijk niet voor een dubbeltje op de eerste rang zitten? Zijn we niet verworden tot een medische patatgeneratie die wél het mooiste vak van de wereld wil, maar daar niet overdreven veel moeite voor wil doen? Ik hoor chirurgen nooit zeggen dat na het avondeten het ziekenhuis de problemen maar moet oplossen. Ik ken geen bakkers die parttime werken en dan uitsluitend tijdens kantooruren. Beschikbaar zijn voor je patiënten, in welke vorm ook, hoort bij ons vak. Dát afstoten, naast alle andere taken die we al delegeren, zou funest zijn voor onze positie. Voor het respect dat we nu nog genieten en voor de continuïteit waar we zo prat op gaan. Het zal ons op termijn marginaliseren tot zorgmanager annex '9-tot-5-consulent kleine kwalen'.

De andere kant op

De maatschappij verandert en de zorg ook. Dat geeft problemen die opgelost moeten worden. Momenteel kiezen we daarbij consequent voor grootschaligheid. Omdat het op korte termijn de weg van de minste weerstand lijkt en niet slecht is voor onze portemonnee. We vergeten daarbij te vragen wat onze patiënten nu eigenlijk willen en doen verregaande concessies aan de kernwaarden continuïteit en integrale zorg.

We moeten de andere kant op: kleinere praktijken, minder POH, minder zorggroep en minder randzaken

Als de ANW-zorg niet goed is geregeld moeten we die niet afstoten, maar omvormen tot iets wat we wél willen en wat ons wél motiveert. Als we overdag in onze praktijken zo murw worden geslagen dat we geen diensten meer kunnen doen, moeten we de zorg overdag veranderen.

Wij dreigen ons vak en het plezier daarin te verkwanselen in een orgie van groter, meer, extra en grootst. We zijn artsen zonder grenzen die klagen over hun grenzeloosheid.

Weet ik het allemaal beter dan? Ja. En ik ben niet de enige. Geen pasklare oplossingen, maar wel de goede richting. Namelijk de andere kant op. Kleinschaligheid. Kleinere praktijken, minder POH, minder zorggroep en minder randzaken. Weer meer zelf gaan doen, grote maar ook weer kleine dingen. Daar ligt onze kracht. Dichtbij, beschikbaar en laagdrempelig. Tijd nemen en minder druk ervaren. Weer ruimte voor eigen initiatieven. Ook kleinschaligheid in dienstenstructuren en op de koop toe nemen dat je een keer extra dienst moet doen, als die maar weer als zinvol en plezierig wordt ervaren.

Robbert Keppel, tot voor kort voorzitter van de LOVAH (landelijke vereniging van huisartsen in opleiding) vertelt in een interview dat de meeste huisartsen in opleiding vinden dat 24/7-zorg absoluut bij ons vak hoort. Hij suggereert structurele veranderingen zoals kleinere praktijken en verruimde openingstijden. Blijkbaar zijn er nog jonge collega's die begrijpen dat je het kind niet met het badwater moet weggoien. Die niet bang zijn een extra stapje te doen en zich realiseren dat continuïteit essentieel is en respect, werkplezier en een goede beloning niet vanzelf aan komen waaien. Laten we hopen dat hij werkelijk namens zijn achterban spreekt. ■

contact

hansvgestel1@hotmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

VELDWERK

KINDERARTS



PAUL BRAND is werkzaam in ziekenhuis Isala, Zwolle

Hindsight

'Hadden jullie de afwijkingen aan de ribben niet op de CT gezien?', vroeg de kinderoncoloog uit het academisch centrum via de telefoon. 'Dan was zijn ewingsaroom vier dagen eerder gediagnosticeerd.' Tsjja, daar had ze natuurlijk gelijk in. Maar het is altijd makkelijk praten, achteraf, met de diagnose in de hand.

Het ging om een jongen van 16 die kwam met verhoging, niet fit voelen en kortademigheid. Bij onderzoek een matig zieke knul, met een demping over zijn rechterhemithorax en daar ook verminderd ademgeruis. Onder de werkdiagnose pneumonie met pleuravocht werd hij opgenomen en met antibiotica i.v. behandeld. Toen hij na drie dagen onvoldoende opknapte en de thoraxfoto progressie van zijn pleuravocht liet zien, deden we een pleurapunctie waarbij veel bloederig troebel vocht afliep, maar er na afloop nog steeds een forse demping was. In overleg met de longarts deden we een CT-

scan die nog steeds veel pleuravocht liet zien met beginnende lokettering. De achtergelaten drain produceerde in de daaropvolgende dagen nauwelijks pleuravocht en de kortademigheid en algemene malaise

HET IS ALTIJD MAKKELIJK PRATEN ACHTERAF

bleven bestaan, waarop hij verwezen werd voor thoracoscopische decorticatie naar een academisch centrum. Daar werd dus bij revisie van de CT-scan een afwijkende rib gezien; uiteindelijk bleek dat een ewingsaroom met pleuraprikkeling als gevolg.

Dat maakte ook bij ons indruk. Natuurlijk hadden we de casus al besproken en gekeken wat we ervan konden leren.

Zo'n *hindsight*-vraag bij diagnostisch *delay* luistert nauw. Prima als het leren stimuleert, contraproductief als het beschuldigend is. Zeker als dat in die toonzetting met de patiënt/ouders wordt gedeeld. Het overkomt alle specialisten van tijd tot tijd. Mij dus ook. Maar als je het weer eens als ontvanger hebt meegemaakt, dan weet je weer hoe akelig het kan voelen.