

Anneke van Veen

longarts en opleider, namens de
Commissie Visitatie Longziekten

TOENEMENDE WERKDruk DREIGT DE BEZETTING VAN HET VAKGEBIED UIT TE HOLLEN

Water staat de longarts aan de lippen

Het aantal longartsen groeit niet en taakherschikking komt maar mondjesmaat van de grond. Ondertussen groeit de zorgvraag exponentieel. Herbezinning is dringend nodig.

De laatste tijd is er veel aandacht voor de hoge werkdruk in de zorg. Ook voor longartsen stijgt de werkbelasting gestaag en is inmiddels zelfs verontrustend hoog. Als Commissie Visitatie Longziekten merken we dat op de quickscans die bij elke visitatie worden ingevuld, altijd een zeer hoge prioriteit wordt toegekend aan het verlagen van de werkdruk. De oorzaken van de hoge belasting zijn meestal voor een individuele vakgroep niet makkelijk op te lossen. Mogelijk speelt een deel van deze problemen ook bij andere specialismen, met name bij artsen die veel oudere en/of chronische patiënten behandelen.

Oplopende druk

In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de medisch-specialistische zorg tot 2022 niet mag groeien. Longartsen hebben echter te maken met een stijgend aantal astma-, COPD-, pneumonie-, slaapapneu- en longkankerpatiënten. Daarnaast zijn de afgelopen jaren bepaalde delen van het vak van de derde naar de tweede lijn overgeheveld, terwijl de bijbehorende budgetten niet zijn meegevoerd. Dit zou moeten worden gecompenseerd door een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn. Dat laatste gebeurt ook, voornamelijk bij de stabiele patiëntenpopulatie, maar deze patiënten worden vaak weer terugverwezen naar de tweede lijn als er een exacerbatie, een nieuw probleem of achteruitgang optreedt. Per saldo heeft dit geleid tot een verzwaring van de casemix binnen het spreekuur van de longarts, die alleen nog maar complexere patiënten ziet, zonder dat de consulttijden zijn aangepast. De combinatie van een groeiende en complexere patiëntenpopulatie zonder adequate capaciteitsuitbreiding – zoals voldoende apparatuur en (ondersteunend) personeel – zorgt voor langere wachtlijsten en oplopende werkdruk. Een van de ziekenhuisbestuurders omschreef het als: ‘De longartsen zitten in een snelkookpan met een dichte deksel bij een oplopende druk.’

Uitlopende spreekuren
Het aantal longpatiënten neemt toe, onder andere door vergrijzing. Oudere patiënten hebben in alle opzichten veel tijd nodig. Het duurt om te beginnen al langer om de oudere en vaak benauwde patiënt van wachtkamer naar spreekkamer te krijgen. Dat lijkt onbeduidend, maar bij een tien tot vijftien minuten durend consult, is iedere minuut kostbaar. Eenmaal in de spreekkamer vergen anamnese en lichamelijk onderzoek meer tijd, onder meer omdat bij oudere patiënten meer comorbiditeit voorkomt. Als de diagnose is gesteld, en zeker bij een ernstige diagnose, is er veel tijd nodig om samen met de patiënt de juiste beslissing te nemen en om eventuele beleidsbeperkingen te bespreken. Gaan we nog wel of toch maar niet meer behandelen, wil de patiënt indien nodig wel of niet naar de ICU en gaan we wel of niet reanimeren? Zulke gesprekken zijn voor een longarts aan de orde van de dag: er wordt nergens zoveel gestorven als op een longafdeling. Maar waar de geriater om deze redenen de consultduur logischerwijs heeft uitgebreid, hanteert de longarts nog steeds een reguliere consulttijd voor deze complexe populatie. Als individuele vakgroep is dit ook niet zomaar aan te passen; het zou leiden tot een enorme krimp in capaciteit

Er wordt nergens zoveel gestorven als op een longafdeling



Longartsen gaan gebukt onder een onaanvaardbaar hoge werkdruk. Een toenemend aantal van hen bezwijkt.

en dus tot onacceptabele wachttijden. Nu leidt het tot het uitlopen van spreekuren, en een toename van de werkdruk van de specialist, die ieder spreekuur weer een race tegen de klok loopt.

Langer werken

Door de invoering van het epd kosten de voorbereiding, registratie en ordering van beleid van het poliklinisch spreekuur de longarts veel meer tijd. De financiële afwikkeling, kwaliteitsindicatoren en de communicatie met huisarts en collega's

worden immers direct vanuit het epd afgeleid. Dit vergt een structurele vastlegging van bijvoorbeeld indicatoren, diagnoses en dbc's in klikvelden, die helaas niet automatisch uit de medische conclusie worden afgeleid. Waar vroeger de secretaresse de medische correspondentie verzorgde op basis van een snel dictaat, moet de specialist dit typewerk nu zelf doen, wat veel meer tijd kost. Opdrachten voor aanvullend onderzoek werden vroeger aangekruist op een voorbedrukt opdrachtenuvel of mondeling gecommuni-

ceerd met ondersteunend personeel, maar moeten nu via het epd door de specialist zelf 'georderd' worden en dat kost veel kostbare tijd.

Dit geldt niet specifiek voor longziekten, maar is wel een groot onderdeel van het probleem. De indeling van onze spreekuren is namelijk nooit aangepast aan deze veranderde en meer tijdrovende werkwijze. Als wij meer patiënten moeten zien voor dezelfde prijs, kunnen we simpelweg niet ook consulten verruimen of spreekuren inkorten om meer tijd te hebben voor administratieve verplichtingen. Het is daardoor inmiddels heel gewoon geworden dat longartsen – en waarschijnlijk ook andere beschouwende specialisten met chronische zorg – 's avonds of in het weekend hun spreekuur voorbereiden. Zonder deze voorbereiding is het namelijk uitgesloten om een spreekuur op tijd te laten lopen. De factoren werken we dus langer.

Daarnaast heeft het invoeren van het epd in veel ziekenhuizen geleid tot een bezuiniging op ondersteunend personeel zoals secretaresses en doktersassistenten. Helaas zijn hun taken niet overgenomen door het epd, maar verschoven naar de dokter zelf.

Dit is precies het omgekeerde van wat werd beoogd, namelijk taken verschuiven van arts naar doktersassistenten, longconsultanten, PA's en VS-en, zodat één longarts samen met ondersteunend personeel meer patiënten kan behandelen.

Griep epidemie

In de winter en zeker tijdens een griep-epidemie neemt het aantal klinische longpatiënten enorm toe – soms in extreme mate zoals in 2017/'18 toen gedurende bijna drie maanden het aantal klinische patiënten verdubbelde.

De longartsen worden hiervoor niet gecompenseerd. Er wordt namelijk niet uitgegaan van absolute patiëntenaantallen, maar vakgroepen worden volgens de Logex benchmarksystematiek vergeleken met hun collega-vakgroepen. Tijdens een druk griepseizoen stijgen de aantallen longpatiënten uiteraard enorm, maar registreert de benchmark dus geen groei,



terwijl alle longartsen dan twee keer zo hard werken zonder hiervoor financieel te worden gecompenseerd. Zonder financiële compensatie kan geen extra ondersteunend personeel worden ingehuurd, tenzij men dat uit eigen zak betaalt. De ziekenhuizen, die wel extra inkomsten krijgen door de griepgolf, nemen onvoldoende ondersteunende maatregelen in deze periode. Slechts enkele ziekenhuizen bieden ondersteuning door aiossen in te huren voor de vakgroep longziekten, maar dat is zeker niet gebruikelijk. Daarnaast vindt doorgaans geen structurele uitbreiding plaats van het aantal bedden op één afdeling, met verpleegkundigen die geschoold zijn in longziekten. Meestal worden de longpatiënten verspreid over het hele ziekenhuis. Dit leidt tot een nog verdere stijging van de werkdruk voor zowel de a(n)iossen als de supervisors. Minstens zo belangrijk is dat dat ten koste gaat van efficiëntie, continuïteit en kwaliteit van zorg, omdat onze patiënten worden verzorgd door personeel dat niet adequaat geschoold is op het gebied van longziekten en ze daarnaast vaak geen vaste zaalarts hebben.

Het zijn zeker niet alleen de oudere collega's die uitvallen

Opleiding

In de opleidingsziekenhuizen staat de opleiding onder druk door de hoge werkdruk. Tijdens de pieken in klinische patiëntenzorg zijn aiossen te veel nodig op de klinische werkvloer, wat ten koste gaat van hun eigen stages. Daarnaast is ook de supervisie tijdens deze topdrukke natuurlijk van een ander niveau, waar de primaire focus ligt op goede patiëntenzorg en er te weinig tijd overblijft voor het opleiden van aiossen. Door de hoge werkdruk heroverwegen sommige aiossen hun beroepskeuze. Datzelfde geldt voor de jonge longartsen, die na een aantal jaren

in perifere klinieken te hebben gewerkt, stoppen met hun vak omdat ze het door de toenemende belasting en de afnemende ondersteuning, niet naar eigen inzicht en tevredenheid kunnen uitvoeren.

Opnieuw ijken

Bovenstaande punten dragen bij tot een onaanvaardbaar hoge werkdruk voor de longartsen. Op allerlei vlakken willen vakgroepen investeren in een meer gebalanceerde werkdruk voor de jonge generatie longartsen. Het is echter lastig om als individuele vakgroep maatregelen te nemen om de werkdruk te verlagen, zoals het inkorten van spreekuren voor een uur administratie, of het verruimen van de consulttijd per patiënt. Dit zal immers leiden tot een lagere productie dan collega-vakgroepen in de benchmark en dus tot inkomstenderving.

Een oplossing is om de werkzaamheden van alle longartsen opnieuw te ijken, waarbij op een realistische manier rekening wordt gehouden met de tijd die nodig is voor administratieve verplichtingen en voor complexere patiënten.

De afname van zorgcapaciteit die hiermee ontstaat is – met groeiende patiëntpopulatie en onvoldoende opgeleide zorgondersteuning – een breed te dragen probleem. Zorgmanagers, bestuurders en verzekeraars zouden zich het toenemend aantal artsen dat – ondanks hun passie voor het vak – bezwijkt onder de hoge werkdruk, moeten aantrekken en er consequenties aan moeten verbinden. Want het zijn zeker niet alleen de oudere collega's die uitvallen, maar juist ook de aiossen en de jonge longartsen, de professionals van de toekomst. ■

contact

a.v.veen@cwz.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.