

Niels Rossen

praktijkhoudend huisarts in Venray,  
tevens lid Raad van Afgevaardigden  
van Cohesie

PROBLEMEN IN DE HUISARTSENZORG VEREISEN EEN RADICAAL ANDERE AANPAK

# Praktijk huisartsen moet juist groter

De trend is om huisartsenpraktijken te verkleinen om het werk weer behapbaar te maken. Maar er zijn te weinig huisartsen om dit streven te realiseren. De oplossing ligt juist in het tegenovergestelde: praktijkvergroting.

**D**e LHV, andere huisartsenorganisaties en hoogleraren roepen op tot *verkleining* van de huisartsenpraktijk. Maar paradoxaal genoeg zal dit de problemen van huisartsen juist vergroten. Ik pleit juist voor praktijkvergroting door praktijkverandering.

In de afgelopen tien jaar is het aantal huisartsen in Nederland met 21 procent gestegen, maar dat leidde slechts tot 9 procent meer uren huisartsenzorg, onder meer door een andere beroepsopvatting bij de nieuwe generatie, vooral vrouwelijke huisartsen. Daarnaast is door vergrijzing en ontgroening het aantal 65-plussers in tien jaar met 4,5 procent gestegen. Dat lijkt weinig in absolute zin, maar omdat ouderen veel tijd van de huisarts vullen, is de toename van de spreekuurtijd voor 65-plussers met 32 procent een enorme extra belasting voor huisartsenpraktijken.<sup>1</sup> Ook veranderingen in de organisatie van de zorg dragen bij aan een grotere zorgvraag bij de huisarts. Voorbeelden hiervan zijn de transitie van tweedelijnszorg naar de huisarts, transitie van jeugdzorg naar de gemeente, afbouwen van de ggz, afschaffen van bejaardenhuizen, benadrukken van mantelzorg en participatiesamenleving, thuis blijven wonen tot hoge leeftijd et cetera. Dit alles leidt tot meer, complexere en een grotere zorgvraag bij de huisarts.

In een onderzoek van een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar scoorde 70 procent van de huisartsen bij zichzelf burn-outklachten, en als werd gevraagd of huisartsen bij een collega burn-outverschijnselen herkenden zelfs 80 procent. Een overvraagde huisarts loopt meer risico fouten te maken en slechte zorg te leveren. De toegenomen complexiteit van de zorgvraag speelt daarbij

zeker een rol. Hierdoor is namelijk per patiënt meer tijd nodig en dat heeft logischerwijze geleid tot de oproep om het aantal patiënten per huisarts te verminderen – praktijkverkleining – zodat er genoeg tijd per patiënt overblijft. In 2006 telde een huisartsenpraktijk 2350 patiënten per fulltime huisarts en dit is per 1 januari 2018 naar 2095 patiënten gegaan; er gaan stemmen op om nog verder te verkleinen.

## Groeiend tekort

Bij praktijkverkleining wordt verondersteld dat er genoeg huisartsen zijn om dat te realiseren. Er is echter een tekort aan huisartsen en dat tekort groeit. In de provincie Friesland zijn bijvoorbeeld nauwelijks opvolgers te vinden voor huisartsen die met pensioen gaan. Kijk je hoe het gebrek aan waarnemers toeneemt en hoe de tarieven van waarnemers in de periferie stijgen, dan zie je dat daar een probleem bestaat. Naast dit absolute tekort is ook de verdeling van huisartsen over het land van invloed. Huisartsen wonen het liefst in steden waar hun (eveneens hoogopgeleide) partners werk kunnen vinden en waar hun kinderen naar goede scholen kunnen. Daardoor is het tekort nog groter in de gebieden op het platteland en buiten de grotere steden.

Het gebrek aan aiossen vergroot het probleem nog verder. Want hoewel het aantal opleidingsplaatsen door de vorige minister is behouden, lukt het niet om alle opleidingsplaatsen te vullen.<sup>2</sup> Er worden dus simpelweg onvoldoende huisartsen opgeleid om de bestaande tekorten op te vullen, laat staan als de praktijken verder worden verkleind.

Door praktijkverkleining gaat het inkomen van huisartsen fors achteruit



Veel zorg kan ook op een kwalitatief goede manier door andere zorgverleners dan de huisarts worden geleverd.

Praktijkverkleining creëert ook een financieel probleem. Als je bijvoorbeeld een praktijk van 2500 patiënten verkleint tot 2000, dan zijn de inkomsten uit de inschrijftarieven zo procent lager, maar de kosten voor praktijkhuur en personeel et cetera blijven gelijk. Dit betekent een forse achteruitgang van de inkomsten van praktijkhoudende huisartsen. Nu al is een eigen praktijk financieel niet aantrekkelijk omdat het inkomensverschil tussen waarnemers en praktijkhouder erg klein is. Als daar nog een inkomensachteruitgang bij komt, stimuleer je eigenlijk de teloorgang van de praktijkhouder.

### **Ethisch vraagstuk**

Een ethisch vraagstuk is wat de personele tekorten met de opzet van de huisartsenzorg in Nederland doen. Nu nog is er voor iedereen toegankelijke en hoogwaardige huisartsenzorg. Daar mogen we trots op zijn. Maar wat gebeurt er als we dat niet meer kunnen waarmaken? Is de huisarts dan nog de poortwachter van de zorg? Moeten patiënten dan direct naar de SEH of een spoedpost? Ook onze beroepsraad noemt de verdeling van zorg: 'Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen'. Of laten we dit over aan commerciële partijen met een andere invulling van de zorg? Gaat het boekhoudkundig perspectief het medisch beleid bepalen? Of ontstaat wens-

geneeskunde doordat er geen huisarts meer is en dus geen poortwachter? Dat zou ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg voor onze patiënten.

Zo kan een tweedeling in de zorg ontstaan: patiënten met een eigen huisarts en patiënten die zijn aangewezen op (commerciële) alternatieven. Om dit te voorkomen en om de regie in de organisatie van huisartsenzorg te behouden, moeten we zorgen voor voldoende huisartsen om alle patiënten te kunnen opvangen.

### **Praktijkvergroting**

Maar als er door praktijkverkleining onvoldoende huisartsen zijn om de vergrote zorgvraag aan te pakken, hoe lossen we dit dan op? Mijn antwoord is praktijkvergroting.

Nog niet zo heel lang geleden waren de meeste huisartsen solisten die alleen werden geholpen door een doktersassistente. Tegenwoordig werken huisartsen in een groepspraktijk met praktijkondersteuners, doktersassistenten, spreekuurondersteuners, nurse practitioners et cetera.

In de huisartsenposten heeft zich tijdens de ANW-diensten een ontwikkeling – met schaalvergroting en inhoudelijke verandering – voorgedaan. Dit veranderproces moeten we ook in de dagpraktijk doorzetten en versnellen door van huisartsenpraktijken goed georganiseerde samenwerkingsverbanden rondom de

patiënt te maken, waarbij de huisarts veel meer taken delegeert. Want veel zorg kan ook op een kwalitatief goede manier door andere zorgverleners dan de huisarts worden geleverd. De verloskundige kan tegenwoordig prima *intra-uterine devices* (IUD's) plaatsen, de fysiotherapeut kan een kniedistorsie beoordelen, maatschappelijk werk kan eenzaamheid bestrijden, het consultatiebureau werkt nauw samen met de kinderarts, de lactatiedeskundige helpt bij borstvoeding, de opticien meet de visus, de optometrist beoordeelt de complexere oogproblemen, de diëtist helpt bij gewichtsproblemen, audiciens bij gehoorproblemen en cetera.

Een voorbeeld van de aanpak bij complexere vragen is de psychosociale problematiek in achterstandswijken, waar een wijkverpleegkundige met een maatschappelijk werker, eventueel een gezinscoach van de gemeente en de POH-ggz en de POH-ouderenzorg van de huisartsenpraktijk, samen een goed sociaal wijkteam vormen. Voor de complexere ouderenzorg is samenwerking met de lokale specialist ouderenzorg een uitkomst, en bij dementiezorg speelt de geriater een sleutelrol. De consulent palliatieve zorg binnen het thuiszorg team ontlast op het hospice, de thuiszorg kan samenwerken met de apotheek bij polyfarmacie et cetera. Er zijn dus allerlei opties.

Het verdelen van zorg met paramedici zal de zorg ook efficiënter maken, net als met de vrije toegang naar de fysiotherapeuten is gebeurd. En de paramedici hebben voldoende ruimte om dat op

## Als generalisten kunnen we niet overal het beste in zijn

te vangen mits de zorgverzekeraars er financiële ruimte voor maken, want het knelpunt is nu vaak dat wij moeten verwijzen en dat patiënten dan hun eigen risico aanspreken.

Ook binnen onze huisartsenpraktijken kunnen we meer delegeren: naar de spreekuurondersteuner, nurse practitioner en de praktijkondersteuners. Zo kan de POH-ggz de langdurige gesprekken overnemen, de POH-somatiek het stoppen met roken begeleiden en de diabeteszorg overnemen.

Het intern opleiden van dit personeel is in enkele jaren te realiseren, in tegenstelling tot de veel langere opleidingstijd van een huisarts. Tekorten aan personeel zijn op te lossen door parttimers meer te laten werken en lonen te verhogen, maar dat is aan de politiek en de zorgverzekeraars.

### **Bijziendheid**

Ons past bescheidenheid en het inzicht dat we als generalisten weliswaar overal vanaf weten, maar niet overal het beste in kunnen en hoeven te zijn. Onze persoonlijke betrokkenheid bij onze patiënten kan een bijziendheid teweegbrengen waardoor

we de kwaliteit van andere zorgverleners rondom onze patiënten miskennen of uit het oog verliezen. Als we ons door praktijkverkleining op onze veilige terp terugtrekken, bestaat het risico dat we onze patiënten kwalitatief tekortdoen en dat patiënten überhaupt geen huisarts meer hebben. We hoeven overigens niet bang te zijn dat de 'nieuwe' huisartsenzorg zal afwijken van de uitgangswaarden van de generalistische, persoonsgerichte en continue zorg die we nu leveren. Een netwerk rondom de patiënt waarbij huisartsen de regie voeren, houdt namelijk dezelfde kwaliteiten als uitgangspunten in acht. Vergelijk het met samenhangende zorg in een multidisciplinair team zoals bij de zorg voor oudere patiënten met complexe problematiek. Hierbij vervult de huisarts een medisch-inhoudelijke regierol. De verandering zit hem erin dat huisartsen delegeren en controleren, en minder zelf uitvoeren.

Wij huisartsen moeten de leiderschapsrol pakken en het veranderproces naar deze vorm van netwerkgorg rondom de patiënt aansturen. Overigens hoeven niet alle huisartsen dit op te pakken. Een minderheid die de ontwikkelingen stuurt zal volstaan, net als bij het opzetten van de ketenzorg. Wel moeten we gefaciliteerd worden door de politiek en zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld door ontschotting van geld in de zorg, of doordat we andere tarieven mogen declareren voor samenwerking, of door op een andere wijze te mogen declareren. En we moeten gefaciliteerd worden door de regionale ondersteuningsorganisaties, zoals LHV-kringen, of de zorggroepen, bijvoorbeeld met praktijkmanagement en personeelsbeleid. We hebben grotere praktijkpanden nodig, andere geldstromen om personeelsrisico's af te dekken, creatieve oplossingen voor zorg in de kleinste dorpen en veilige e-health voor samenwerking en communicatie.

### **Niet afremmen**

Dit alles lukt alleen als het conservatieve geluid van praktijkverkleining ons niet steeds blijft afremmen. We hebben de steun van onze huisartsenorganisaties, de politiek en de zorgverzekeraars hard nodig om deze noodzakelijke ontwikkeling te faciliteren, zodat we ook binnenkort nog voor elke Nederlander een huisarts hebben.

Door praktijkverandering na te streven, kunnen we de huisarts in de regierol houden en de kwaliteit van zorg voor onze patiënten verbeteren. Mits de voorwaarden voor deze groeiestap in het vak gefaciliteerd worden, en onze vertegenwoordigers ophouden de verkeerde oproepen te doen. ■

### **contact**

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

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

### **web**

De voetnoten en eerdere artikelen over dit onderwerp vindt u op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).