

HUISARTS KONINGS SCHETST TE SOMBER BEELD VAN DAGELIJKSE PRAKTIJK

‘Afvoerputje’ is een keuze

In een recent artikel in Medisch Contact schrijft huisarts Karen Konings hoe zwaar het beroep van huisarts is. Twee docenten van de huisartsopleiding VUmc denken dat ze het zich onnodig moeilijk maakt. Konings reageert.

Mijn werkzaamheden kosten de maatschappij op een werkdag als deze, van 7.00-20.30 uur (zonder enige pauze) circa 500 euro. Dat is 37,04 euro per uur, bruto. Ik kan mij niet verschuilen; ik ben verantwoordelijk. Als ik inadequaat reageer word ik – terecht – aan de hoogste boom opgeknoopt. Ik was al een vergaarbak van de zorg. Ik word nu de bewaker van de beerput.

Zo eindigt het artikel van Karen Konings, ‘Huisarts is het afvoerputje van de zorg’, onlangs in Medisch Contact (MC 2014/15: 753). Keihard werken voor een schamele vergoeding. Dat is het beeld dat Konings, als verslag van een ‘gewone maandag’, schetst van de huisartsenpraktijk van nu en de nabije toekomst.

Wij schatten dat er zo’n 5 procent drukke dagen zijn

Wij, als docenten huisartsgeneeskunde, houden onze aiossen graag een positief, maar realistisch beeld voor van de toekomst van de huisartsgeneeskunde. Daarom een aantal kanttekeningen bij deze dag uit het leven van collega Konings.

Invulling

Uit haar verslag van die dag spreekt grote bekwaamheid op de traditionele huisartsgeneeskundige competentiegebieden. Als het echter gaat om de nieuwere competentiegebieden – organiseren, samenwerken en maatschappelijk handelen – lijkt ze minder bedreven. Wij houden onze huisartsen in opleiding voor dat daar keuzes liggen die sterk bepalend zijn voor de invulling van de werkdag en het werkplezier.

Als huisarts werk ik (ER) al enkele decennia in een praktijk met meer dan 25 procent 65-plussers: zo grijs zal de gemiddelde Nederlandse praktijk op de top van de vergrijzingsgolf in Nederland nog niet zijn. Daarnaast is bijna een kwart van mijn patiënten niet in de Nederlandse taal opgevoed. Nederland kent veel van

dit soort praktijken. Maar het aantal uren dat een huisarts werkt, wordt minder bepaald door factoren als vergrijzing of achterstandswijk dan door de *manier* van werken.

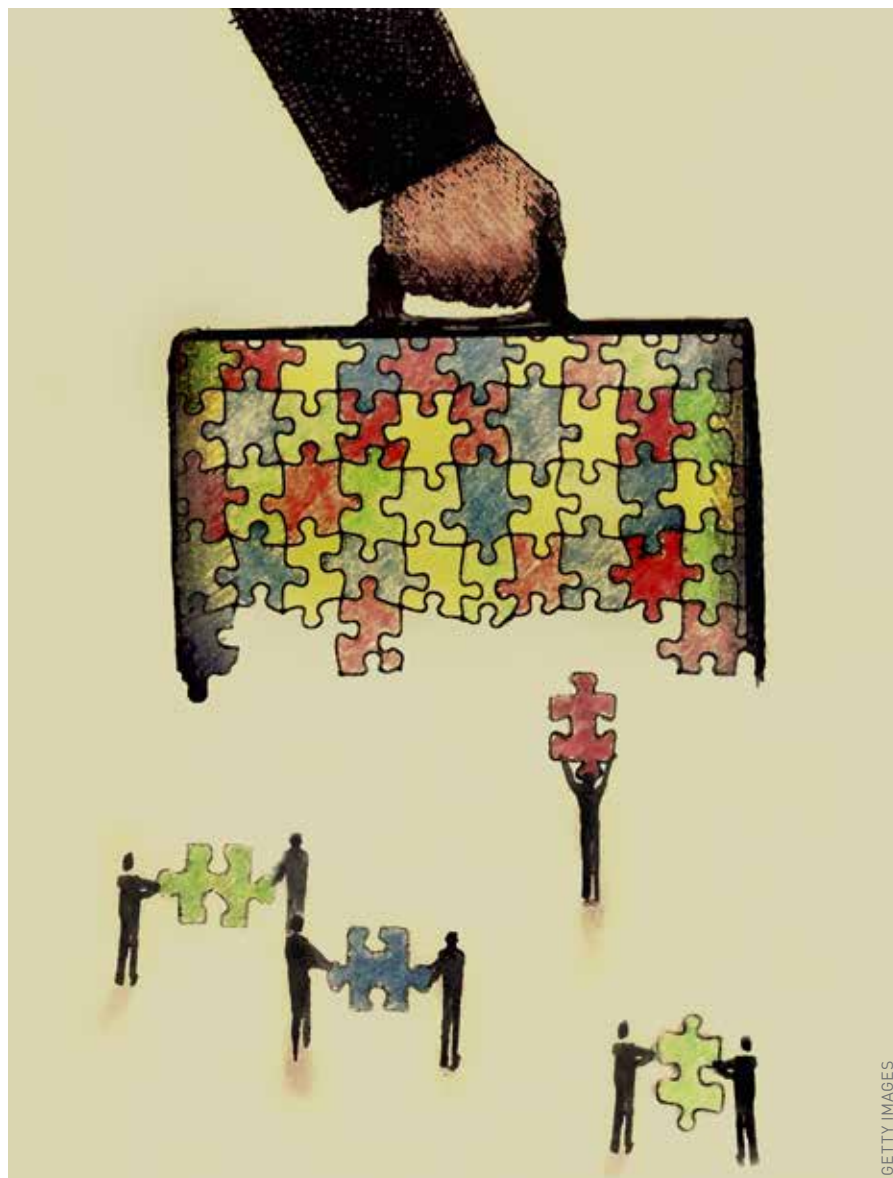
Ons valt op dat collega Konings kei- en keihard werkt, en wel van 7 uur ’s ochtends tot half 9 ’s avonds. Totaal 14,5 uur, waarvan 3 uur organisatie en 1,5 uur nascholing. Ze doet 33 consulten, 4 visites en 7 telefoontjes en verwerkt 62 brieven. Zij lijkt de drukte bij te houden door administratief werk naar achteren te verschuiven. Dat is een keuze. Ze zou er ook voor kunnen kiezen minder tijd per consult te besteden. De consultduur terugbrengen van vijf naar zes per uur is een vaardigheid die heel wat training vraagt, maar het zou haar een uur per dag aan tijdwinst opleveren. Dit hoeft zich niet te vertalen in minder werkplezier of geringere patiënttevredenheid.

Bovendien wisselt de vraag naar huisartsenzorg sterk per dag. Wij schatten dat er zo’n 5 procent drukke dagen zijn. Dat betekent dat we 95 procent rustige dagen overhouden.

Tot slot is ook het delegeren van taken belangrijk. Dat kost natuurlijk tijd, maar die win je juist terug op drukke dagen.

Voldoende POH’s

Konings beschrijft twee casussen waarin de tweedelijnsinstantie de problemen teruglegt bij de huisarts, ‘die de patiënt immers het beste kent’. Wat volgt is



Te somber

Het verslag van Konings' werkdag wordt afgesloten met een rekensom. De uitkomst stemt niet vrolijk: 14,5 uur gewerkt, zonder onderbreking, voor een bruto-inkomen van iets meer dan 500 euro (37 euro en 4 cent per uur). Zij rekent voor dat zij de maatschappij die dag 500 euro heeft gekost. Bij 220 werkdagen – 1 fte – is dat 110 duizend euro per jaar. Deze berekening is echter wat te somber. Konings verricht in haar eentje ruim 45 consulteenheden (CE), meer dan een Nederlandse normpraktijk op een gemiddelde werkdag doet – het gemiddelde, inclusief verrichtingen van assistente en POH, is 43.

Bij die 45 consulteenheden per dag past een praktijkgrootte van meer dan 2500 patiënten (15% boven de normpraktijk) en een brutopraktijkinkomen van rond de 350 duizend euro. Trekken we daar de standaardpraktijkkosten van 115 à 130 duizend euro vanaf, dan levert dat een bruto-inkomen op dat ongeveer het dubbele is van wat zij berekent (gegevens uit het laatste NZa-onderzoek).

Anticiperen

Het zijn spannende tijden voor de huisartsgeneeskunde. Dit jaar worden de gewone ggz-problemen in de tweede lijn niet meer vergoed en moeten die mensen deze zorg bij de huisartsenpraktijk halen. Ook is de toegang tot de verzorgingshuizen sterk beperkt en blijven meer ouderen thuis wonen. Oplossingen die gisteren nog goed voldeden, zijn vandaag of morgen niet meer voorhanden.

Wij vinden het vanzelfsprekend dat huisartsen beter zijn toegerust om eerstelijnsproblemen te behandelen dan andere specialismen. Het is zeker nog geen uitgemaakte zaak welke problemen uit de tweede en derde lijn daadwerkelijk bij de huisarts terecht komen. Veel zal afhangen van de bereidheid van de huisartsen te anticiperen op deze ontwikkelingen door de eigen praktijk, de eigen werkwijze en de aansluiting op de tweede lijn hierop aan te passen. Een praktijkinrichting met POH's somatiek, ouderenzorg en ggz verlicht het werk van de huis-

intensieve bemoeienis van de huisarts zelf – vrijwel dagelijks visites, vruchteloos protest aantekenen tegen het CIZ-besluit, bellen met het Riagg en de crisisdienst.

Naar ons idee is er weinig tegen als de tweede lijn eerstelijnsproblemen teruglegt naar de huisartspraktijk. Maar die moet er dan wel op zijn ingericht. En daar zijn voldoende POH's ouderenzorg, somatiek en ggz voor nodig. Verstorende visites moeten zoveel moge-

lijk voorkomen worden, maar dat lukt niet altijd. Lastig als een dementerende partner een spoedvisite vraagt voor de niet-demente partner. Als zo iets dagelijks gebeurt – en dat gebeurde bij een van ons inderdaad – zit er niets anders op dan enkele malen door de assistente terug te laten bellen en te kijken of de gezonde partner nu de telefoon wél aanneemt. Mijn assistente leerde toen ook de burens goed kennen... Samenwerken kent veel gezichten.

arts zelf in hoge mate.

Het is wel een keuze. Werken met veel competente hbo'ers in de praktijk vergt overleg en sturing. Dat moet je willen, dat moet je liggen, en als dat zo is, dan moet je dat leren.

De huisarts is in de toekomst niet onvermijdelijk gedoemd tot het bewaken van de beerput, maar kan er ook voor kiezen haar werk te doen in een goed georganiseerd team. ■

contact

ea.reynders@vumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Het artikel van Karen Konings 'Huisarts is het afvoerputje van de zorg' vindt u op de site onder dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

REACTIE KAREN KONINGS

Ik ben blij dat de auteurs houden van hun vak en dat aan aiossen overdragen. Wie mijn liefde en werkplezier niet zag, las met een overbezorgde bril.

Ik onderschrijf volmondig dat huisartsen veel zorg beter en goedkoop kunnen leveren. Mijn artikel is dan ook geen klaagzang of dreigende burn-out, maar een signalering dat 1) kwetsbare patiënten in de kou dreigen te staan doordat andere zorgorganisaties zorg afwijzen op financiële gronden én dat 2) veranderingen in zorgorganisaties sneller gaan dan de huisartsenwereld dat kan opvangen.

Ik heb ervoor gewaakt me niet normatief uit te laten over betrokken hulpverleners. Oordelen over competenties of consultduur werken ook niet echt geruststellend voor aiossen of collega's; ieder heeft zijn eigen 'comfortzone' die varieert van 5-20 minuten consulten. Een werkdag van 14,5 uur is voor niemand standaard, maar zeker geen uitzondering. Vergeet management en declaratiegedoe niet! Administratie tijdens openingstijden? Zonde, liever patiëntcontacten!

Als huisarts geniet ik unieke vrijheid: eigen baas in keuzes, agenda en omzet. Delegeren is nuttig en noodzakelijk, maar vergroot bureaucratie. Ik kies voor een klein team, superassistentes en -POH, korte lijnen.

Maar hoe overbruggen we de gaten in de veranderende zorg? Dat is een nationaal probleem! Bundel ons aller energie en gedrevenheid, zonder oordeel over onze verschillen!

dr. Karen Konings

**Lezers-
oproep**
SPECIAL

Nederdokter meets buitenland

Grenzen

Een buitenlandse patiënt op het spreekuur die niets begrijpt van hoe het bij ons gaat. Uw patiënt die zo blij was met die fijne Franse dokter die prednison gaf voor een keelontsteking. Of u zelf, hard bezig die dokter in Turkije ervan te overtuigen dat u écht niet wilt worden opgenomen voor die buikloop. Je weet pas wat typisch Nederlands aan onze zorg is, als je ziet hoe het elders gaat. Deze zomer maakt Medisch Contact de special *Grenzen*. Daarvoor willen wij uw verhaal, over hoe u in aanraking kwam met de kloof tussen de zorg hier en in de rest van de wereld.

Stuur uw verhaal (maximaal 400 woorden) voor 18 juni naar redactie@medischcontact.nl. De beste bijdragen verschijnen in Medisch Contact of op onze website.

De redactie houdt zich het recht voor bijdragen te redigeren en in te korten.