

EERSTE LIJN KNAPT OP WAAR ANDEREN NIET AAN TOEKOMEN

Huisarts is het afvoerputje van de zorg

Als huisarts Karen Konings opsomt wat er op een werkdag allemaal passeert, ontstaat het beeld van een afvoerputje. Veel taken die andere zorgverleners afwijzen schuiven zij door naar de eerste lijn.

Een nieuw jaar brengt weer allerlei wijzigingen in de zorg. Dit jaar vooral in de ouderen- en psychische zorg. Als huisarts mag ik de ontstane dilemma's oplossen: *'want huisartsen kunnen dat even goed en veel goedkoper dan de meeste andere hulpverleners'*. Ik ben de laatste die deze stelling tegensprekt, maar ik vraag me wel af hoe ik het moet bolwerken. Als voorbeeld een gewone maandag:

7.00 uur 62 patiëntberichten verwerken

8.00 uur Het ochtendspreekuur begint (twintig consulten)

8.15 uur Telefoon van verzorgingshuis: Een patiënte die vrijdagmiddag is opgenomen voor kortdurend verblijf heeft een afwijzing gekregen van het CIZ. Ze moet vandaag terug naar huis. Of ik de thuiszorg wil regelen.

Colonobstructie

Het betreft een alleenstaande 88-jarige dame met een colonobstructie. Oorspronkelijk werd voorgesteld om te opereren om een ileus te voorkomen. Mevrouw wilde daar even over nadenken. Enkele dagen later ontwikkelde ze de gevreesde ileus. Na twee dagen opname met

'klinische laxatie' is ze nu weer thuis. Ze heeft twintig keer per dag waterdunne ontlasting waarvoor ze incontinent is. De thuiszorg komt maximaal twee keer per dag. Binnen een paar dagen is ze gedehydrateerd en wordt ze opgenomen voor intraveneuze rehydratie. Mevrouw mocht na twee dagen geen dag langer blijven, want dan 'bezet ze een bed'. Vanaf thuiskomst produceerde mevrouw alleen kleine hoeveelheden heldere vloeistof. Probeer dan maar eens uit te leggen wat overloopdiarree is en haar te motiveren om door te gaan met laxans! Vrijwel dagelijkse visites en intensivering van de thuiszorg voorkomen niet dat de cyclus zich in vier maanden nog vijf keer herhaalt. Na de laatste onvermijdelijke opname hebben we een tijdelijk verblijf op de verpleegafdeling van het verzor-

gingshuis geregeld. Drie weekenddagen later volgt dus afwijzing van CIZ want: mevrouw heeft eenvoudige somatiek en is in staat om zelf de thuiszorg te bellen. Ze krijgt geen verpleegindicatie. *'De huisarts kan samen met de thuiszorg betere en goedkopere zorg verlenen'*. Ze wordt per direct uit het verzorgingshuis ontslagen.

Na veel inspanning krijg ik de indicator CIZ te spreken: 'Alleen de patiënte of haar vertegenwoordiger kan via internet protest indienen. Mevrouw kan thuis het resultaat afwachten. In afwachting hiervan kan geen overbrugging in het verzorgingshuis goedgekeurd worden. *'Als huisarts kunt u haar natuurlijk ondertussen ondersteunen – u kent haar tenslotte het beste.'*

Het spreekuur loopt verder.

Crisis

10.50 uur Dan komt er een 54-jarige vrouw op het ochtendspreekuur: 'Het Riagg kan pas in mei starten met de behandeling van mijn depressie. Ze hebben me het nummer van de crisisdienst gegeven en een folder met tips om beter om te gaan met mijn klachten. Ik mag meedoen met een onderzoek bij de universiteit naar de beleving van depressieve mensen die op een wachtlijst staan.'

Het intakeverslag vat de casus samen: As 1: vitale depressie met suïcidale gedachten, As 2: diagnose uitgesteld. Traumatische jeugd. Kwaadaardige en veeleisende vader, inadequate moeder. As

'U kent patiënte tenslotte het beste'

3: complex. Slechthorend en slechtziend sinds geboorte, toenemende motorische belemmeringen. As 4: complex. O.a. lichamelijk en geestelijk gehandicapte dochter met ernstige gedrags- en verslavingsproblemen. Mantelzorg voor terminaal zieke vader.

Direct na de intake is de vader overleden, wat desondanks rouw en ingewikkelde schuldgevoelens veroorzaakt. Als reactie heeft de dochter zich flink in de problemen gewerkt en is opgenomen in een ggz-instelling. Patiënte: 'Nu doe ik mijn vader en dochter geen schade meer als ik eruit stap'. Ze heeft het Riagg op de hoogte gebracht.

Ik bel het Riagg. De casemanager is niet aanwezig; er is geen vervanger, het aantal

personeelsleden voor tweedelijns psychische hulp is flink verminderd. Desgewenst kan ik de crisisdienst bellen óf mevrouw tijdelijk laten helpen door de POH-ggz, óf *'zelf ter overbrugging steun bieden. Ik ken haar per slot van rekening het best'*. Crisisdienst: mevrouw is niet aangemeld voor crisis en bij ons niet bekend, dus kunnen wij geen hulp inzetten.

Overigens zijn we al een jaar intensief met deze vrouw bezig, die ondanks alles tot dusver psychisch gezond was. Eerstelijns therapie door een sociaal psychiatrische verpleegkundige heeft wat overbrugging geboden. Nu er een DSM-diagnose is gesteld, mag deze geen uren meer declareren.

Gevallen

Het is tijd voor de visites.

13.00 uur Er is een visite aangevraagd door de demente echtgenoot van een 91-jarige vrouw in het verzorgingshuis. Ze is gevallen en heeft pijn in de heup. De verzorging was er nog niet geweest omdat ze niet geautoriseerd zijn om een heupfractuur vast te stellen. Mevrouw blijkt gewoon rond te lopen. Visite vindt ze onzinnig: 'Ik ben beetje blauw, een paracetamolletje is genoeg.' Dan is de verzorging alsnog bereid om te gaan kijken en de bloeddruk te meten, 'ook al is daar geen indicatie voor'. Bedoeld wordt: mevrouw heeft slechts zorgindicatie ZZP 1 (huishoudelijke ondersteuning) en is alleen bewoner dankzij haar



echtgenoot met ZZP 6 (dementie+).

13.10 uur Een hypo bij een DM-patiënt met complexe comorbiditeit en polyfarmacie in een ander verzorgingshuis. De verzorging verleent adequate hulp. Maar bij aankomst ligt patiënt in bed vol waterdunne diarree (3 uur eerder gemeld). Tijdens de visite vraagt de man: ‘Dokter, kunt u er niet voor zorgen dat ik naar mijn vrouw in de hemel ga?’

Ik wil gaan zitten voor een goed gesprek, maar kan nu niet anders dan: ‘Ik begrijp je wens, maar kan er nu niet voor gaan zitten. Dat spijt me, ik ga er graag volgende week verder op in.’ Tijdens dit onbevredigende gesprek is de verzorging eindelijk de diarree aan het opruimen.

Dan laat de man een zeer productieve wind waarbij het hele bed onderstroomt.

13.40 uur Een 67-jarige vrouw, met pas ontdekte pancoasttumor. Het beleid ligt nog helemaal bij de longarts. Ondanks bestraling en chemo ontwikkelt ze razendsnel obstructie in de hals.

Zondagnacht SEH-bezoek vanwege pijn. Er wordt een ecg, thoraxfoto, CT-scan en uitgebreid laboratoriumonderzoek gedaan (kort geleden is dat ook al verricht). Beleid: staken methadon, omzetting naar lang- en kortwerkende morfine. Dezelfde morfinedosering gaf recentelijk afschuwelijke obstipatie en ongewenste sufheid. De methadon is onlangs gestart en nog niet getitreerd. De longarts heeft aangegeven dat bij klachten ‘de huisarts gebeld kan worden. Zij zijn het best in palliatieve zorg’. Mevrouw voelt zich nu misselijk en duf, heeft nog steeds pijn, begrijpt het verschil tussen morfine retard 20 mg en morfine 5 mg z.n. niet en verwacht morfine 5 mg met bisacodyl zetpillen (de doosjes zijn inderdaad identiek). Ik beloof na het middagspreekuur terug te komen.

Telefoontolk

Middagspreekuur (dertien consulten)

14.15 uur Een Azerbeidjaanse patiënte van 39 jaar. Ze woont zeven jaar in Nederland en sinds kort in mijn stad. Ze spreekt enkele woordjes Nederlands en gebrekkig Russisch. Het dossier van de IND-arts vermeldt een ernstige PTSS. Uit

Iedereen verschuilt zich achter de huisarts

het gesprek (getolkt door mijn Russisch sprekende assistente) krijg ik de indruk van een intelligente, reële vrouw met inderdaad alle kenmerken van PTSS. Alle hulpverlening verliep in de afgelopen jaren via een telefoontolk in het Russisch. Ze heeft het gevoel dat ze zich slechts beperkt heeft kunnen uitdrukken. Sinds 1 januari heeft ook de psychotherapeut geen vergoeding meer voor een telefoontolk. Advies van de therapeut: *‘misschien kunt u haar helpen; u heeft tenminste een tolk. Dan kunnen we verder als ze Nederlands heeft geleerd.’*

Rest van spreekuur afgewikkeld.

16.30 uur Nascholing met geriater, anders voldoe ik niet aan de verplichtingen van het dbc-contract van mijn regionale zorggroep. Een hartstikke leuke en zinvolle bijeenkomst.

18.00 uur Retour praktijk: verslaglegging van visites; nog zes telefonische consulten, deels al voorbereid door de assistentes; post verwerken.

20.00 uur Terug naar mijn terminale patiënte. Samen met haar en haar echtgenoot een medicatieplan gemaakt. Privételefoonnummer gegeven.

20.30 uur Thuis. Kinderen (4, 7 en 10 jaar) liggen in bed. Fel en invoelbaar gemopper waarom mamma zo laat thuis is.

Toch leuk

Ik vind zo’n dag nog leuk ook, hoewel ik op punten faal. Ik hou van mijn patiënten en dat weten de meesten ook. Daardoor kan ik een potje breken. Mijn patiënt met voltooid leven vergeeft het me wel als ik er volgende week voor ga zitten. Maar ik moet steeds meer gaatjes van de zorgverlening vullen, ik moet steeds

meer mensen inschakelen, ik boet in aan flexibiliteit. Mijn andere patiënten krijgen minder tijd, mijn gezin lijdt eronder, mijn assistentes worden overbelast: tolken van uiterst persoonlijke problematiek, coördinatie van acute hulpvraag van cognitief beperkte patiënt, doorbreken van bureaucratische barrières, et cetera.

Ik maak me ernstig zorgen over mijn kwetsbare patiënten. Er zijn steeds meer mensen die niet aan criteria voldoen. Dit brengt de hulpverlener in een impasse: je mag op financiële gronden noodzakelijke zorg niet leveren. Het gevoel dat je tekortschiet kan ook fraude uitlokken: de teamleider van het verzorgingshuis verwijt zichzelf dat ze de eerste patiënte – met colonobstructie – niet heeft geïndiceerd met cognitieve problemen, want dan had ze wel mogen blijven. Iedereen verschuilt zich achter de huisarts, ‘die kent u het best en levert goede zorg voor de laagste kosten’. Dat klopt: 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. ■

contact

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

Geen belangenverstrengeling gemeld

Om anonimiteit van patiënten te waarborgen zijn details veranderd, maar alle feiten zijn correct weergegeven.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl/artikelen.