

DIVERSE ANDERE OORZAKEN VRAGEN OM EEN OPLOSSING

Drukte huisartsenpost ligt niet aan vergrijzing

De toenemende drukte op de haps wordt vaak verklaard door te wijzen op het stijgend aantal ouderen in de samenleving. De werkelijke oorzaken liggen elders, zegt huisarts Arina Klokke. Bijvoorbeeld bij het 'ontmenselijke' triageprotocol.

De grote toeloop bij de huisartsenposten is, als je de media moet geloven, vooral te wijten aan de vergrijzing. Ik draai inmiddels twintig jaar mee in de diensten en heb daar een iets andere kijk op. Mijns inziens zijn er meerdere ontwikkelingen die de toenemende drukte kunnen verklaren.

In de eerste plaats is er in mijn ogen een rechtstreeks verband tussen de huidige drukte op de posten en de overstap naar het Nederlands Triage Systeem (NTS). Met dit landelijke triageprotocol zijn we namelijk ons gezonde verstand gaan uitschakelen. Het protocol maakt geen onderscheid in leeftijd of persoonlijke omstandigheden. Het is eigenlijk een druk op de knop na het melden van

Het triageprotocol heeft ons gezond verstand uitgeschakeld

een gezondheidsklacht (de zogenaamde ingangsklacht). De ervaring die de assistentes hadden met het inschatten van medische klachten bij mensen, wordt hiermee volledig terzijde geschoven. Daarvoor in de plaats moeten zij een trits aan vragen stellen, wat de wachttijd aan de telefoon ook nog eens flink verlengt. Ging het daarvoor nou zo slecht en werden er veel fouten gemaakt? In onze regio hadden we een hoge effectiviteit met een gering aantal inschattingfouten. Waarom moest het dan anders?

Een andere kijk

Los van de invoering van het NTS, speelt volgens mij een belangrijke rol dat mensen een andere kijk hebben gekregen op medische klachten en de zorg die ze daarbij verwachten. 24/7 om zorg vragen, ook voor de kleinste dingen, is inmiddels de gewoonste zaak van de wereld. De oma die vroeger als ervarene in een gezin vele vraagjes en ongerustheden kon oplossen, functioneert niet meer zo in onze maatschappij. Daarvoor in de plaats is er een grote angst ontstaan bij mensen met een medische klacht, waarbij een kennis, een buurvrouw of het internet de angst

eerder aanwakkert dan tempert. Mensen zijn veel zelfbewuster tegenwoordig. Ik hoor regelmatig van de doktersassistenten dat patiënten zelf al zo bekend zijn met het triageprotocol, dat ze precies weten wat ze moeten antwoorden om uitgenodigd te worden op het spreekuur. Dat zegt ook iets over het protocol. Mensen voelen aan dat er niet echt een gesprek met hen wordt gevoerd, maar dat het een schema is waar ze doorheen geloodst worden. Er is onvoldoende persoonlijke aandacht, waardoor geruststelling niet werkt. Er zijn ook mensen die niet bereid zijn te wachten tot de volgende werkdag vanwege hun drukke werkzaamheden. Ik weet niet hoe groot die groep is. Maar naar mijn idee werken weinig mensen vijf dagen per week van acht tot vijf uur buiten de woonplaats van de eigen huisarts. Ons reguliere spreekuur begint vroeg, om 8 uur 's ochtends. Onze werkuuren buiten kantooruren zijn al disproportioneel door de vele vergaderingen, diensten, nascholingen en administratieve werkzaamheden. Wij kunnen ook geen echte reguliere curatieve zorg bieden buiten kantooruren. Onze partners in de zorg, zoals de collega's in het ziekenhuis, het laboratorium of de röntgenafdeling, werken immers ook in een dienstenstructuur buiten kantooruren en die bel je alleen in acute gevallen. Ook wordt de huisartsenpost bezocht door mensen die komen vanwege de behoefte aan een second opinion. Dit blijkt vaak pas in de spreekkamer,



Het is tegenwoordig normaal dat mensen ook voor kleine dingen naar de hap komen.

als de patiënt al is uitgenodigd.

Dan is er nog het feit dat nieuwe Nederlanders vaker een beroep doen op de huisartsenposten, omdat over het algemeen in de avond vader thuis is en dan de beslissing wordt genomen om alsnog naar de huisartsenpost te gaan.

Tot slot kunnen we ons afvragen hoe goed de eigen huisarts overdag bereikbaar is. Ik begrijp dat er nog veel huisartsenpraktijken zijn die altijd 's middags het antwoordapparaat aanzetten en alleen voor spoed bereikbaar zijn. Aan de basisvoorwaarden is dan voldaan. Maar het zou maar zo kunnen dat sommige mensen, die wat minder assertief zijn, het bandje niet helemaal afsluiten, geen keuze kunnen maken en dan maar wachten tot 17 uur, want dan is de huisartsenpost open!

Anders inrichten

Natuurlijk zijn er ook ouderen die buiten kantooruren een beroep doen op de huisartsenposten, maar dat gebeurt in mijn beleving niet vaker dan vroeger. De oude terminale patiënten worden vaak behandeld door de eigen huisarts, die in zijn vrije tijd vaak zorg levert voor deze groep. Deze patiënten belasten mijns inziens de huisartsenpost dus niet meer dan vroeger.

Maar al met al komen er nu veel meer mensen op spoedposten terecht, die er om verschillende redenen eigenlijk niet thuishoren. Een aantal klachten kan, zonder al te veel ongemakken, gewoon wachten totdat de eigen huisarts om 8 uur 's ochtends weer de zorg overneemt van de huisartsenposten. Deze huisarts kent de eigen patiënt en diens gezond-

heidssituatie beter en dat heeft veel voordelen.

Ik denk echter dat de grote stroom richting de huisartsenposten niet gemakkelijk valt terug te draaien. Het is eerder zaak dat wij zelf de zorg zo inrichten dat die voldoet aan de behoefte, zonder dat daarbij onnodige kosten worden gemaakt.

Als veel mensen op de spoedpost terechtkomen, is dat niet alleen erg duur, het maakt de zorg ook onveiliger. Het wordt voor de huisarts steeds moeilijker om het 'kaf' (deze patiënt heeft iets ernstigs en heeft directe hulp nodig) van het 'koren' (deze patiënt heeft klachten, maar kan gerustgesteld worden) te scheiden. Veel tijd gaat naar zorg voor mensen die geen acute hulp nodig hebben en dit kan ten koste gaan van de mensen

die wel acuut hulp nodig hebben. Misschien moeten wij de zorg op de huisartsenposten daarom anders inrichten.

Mogelijke oplossingen

Een drietal mogelijke oplossingen kunnen bijdragen aan minder volle haps. De eerste is: meer gebruikmaken van telefoondokters. Ik begrijp best dat het triageprotocol nodig is als veilige standaard. Maar de assistentes mogen er niet op worden afgerekend. Dat gebeurt naar mijn idee nu te veel. Er moet meer ruimte komen om de voorafkansen op ziekte te bepalen. Bijvoorbeeld door ruimte in de beslisboom voor de omstandigheden van patiënt, de leeftijd, de aanwezigheid van risicofactoren, et cetera. Om dit alles goed te interpreteren heb je uiteraard ervaren doktersassistenten nodig. Bovendien wordt op dit moment te weinig gebruikgemaakt van de huisarts als triagearts die de assistentes continu van feedback kan voorzien. Assistenten gaan meestal zelfstandig aan de slag met het protocol en vragen slechts bij uitzondering om advies. A1-ritten worden vaak besteld zonder dat de huisarts überhaupt geconsulteerd wordt.

Daarnaast is het misschien tijd om op alle spoedposten veel meer gebruik te maken van de aanwezigheid van de nurse practitioner (NP). De NP wordt nu bescheiden ingezet, slechts voor een beperkt aantal klachten, maar dit zou uitgebreid kunnen worden. Wellicht zou de NP een triagefunctie kunnen krijgen. De NP ziet dan de mensen als eerste en bepaalt wie door

Misschien moeten we een eigen bijdrage voor een bezoek aan de hap vragen

PRAKTIJKPERIKEL

GRATIS KOFFIE

Tijdens een weekenddienst op de Spoedeisende Hulp word ik als SEH-arts i.o. gebeld door de kortelijnsverpleegkundige van onze in pandige huisartsenpost. Het betreft een mannelijke patiënt met een vreemde stand van de vinger. Er is een röntgenfoto van de hand gemaakt, maar die levert geen nieuwe bevindingen op. Of ik ook even wil kijken.

Als ik de patiënt zie, blijkt hij al tweeënhalve uur op het spoedplein te verblijven en heeft hij achtereenvolgens kennisgemaakt met: de secretaresse van de huisartsenpost, de triageverpleegkundige, de kortelijnsverpleegkundige van de huisartsenpost, de röntgenlaborante, wederom de kortelijnsverpleegkundige, de secretaresse van de SEH en de verpleegkundige van de SEH. Meneer vond het allemaal wel wat lang duren, maar hij was zeer tevreden over de vriendelijkheid van het personeel en de gratis koffie in de wachtkamer.

Bij inspectie van de hand blijkt de patiënt een vastgelopen triggervinger van digitus 3 te hebben en na enige manipulatie is hij binnen een minuut van zijn klachten af. Toch fijn dat deze man in de voorliggende uren zoveel vriendelijke nieuwe mensen heeft mogen ontmoeten.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

de huisarts gezien moet worden. Zo ging dat vroeger ook in de buitengebieden in de tropen, waar er eenvoudig te weinig dokters waren om alle patiënten te zien. Deze nurse neemt weer de taak op zich van geruststellen waar het kan en doorverwijzen naar de huisarts waar het moet. De huisarts ziet dan alleen nog de ernstiger gevallen en kan zich daar voldoende op concentreren, zonder afgeleid te worden door gevallen die niet bij de huisarts thuishoren. Zo kunnen we onze kwaliteit hoog houden, veilig blijven werken, en het is nog goedkoper ook.

Een derde oplossing kan zijn om huisartsenzorg op de spoedposten te laten vallen onder het eigen risico, dan wel een eigen bijdrage te vragen voor het bezoek aan de hap. Ditzelfde zou moeten gelden voor de SEH's van het ziekenhuis, want anders krijg je weer een verschuiving naar deze duurdere spoedvoorziening. Ik denk dat er veel voor te zeggen is. Daarbij zouden dan een paar voorwaarden moeten wor-

den opgenomen: alle patiënten die zich melden worden geholpen, declaratie vindt achteraf plaats en mensen die het echt niet kunnen betalen moeten worden ontzien. Want de eigen bijdrage moet ook weer geen al te hoge drempel worden voor mensen die echt acute zorg nodig hebben. Als aan die voorwaarden wordt voldaan, zou een eigen bijdrage wel eens kunnen leiden tot een grote vermindering van het aantal huisartsenconsulten op de spoedposten. ■

contact

bongklokke@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

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