

VERENIGING

Spreekuurtijdgebrek

Dr. Saskia de Mare

Directielid NVDV

Als kind ging ik een keer naar de huisarts, en ik herinner mij dat ik blij verrast was dat hij wist wie ik was, waar ik woonde en mijn familie kende, terwijl ik nooit bij hem kwam. Hij had natuurlijk zijn patiëntenkaart goed gelezen voor ik naar binnen ging. Volgens mij nam hij ruim de tijd voor mij, al kan het geheugen mij ook bedriegen. Nu, decennia later zit ik als dermatoloog aan de andere kant van het bureau. En dat betekent een dubbele worsteling: met alle administratie én met de tijd.

Dermatologen komen niet meer uit met de gemiddelde tijd die zij tijdens het spreekuur per patiënt hebben. De meeste dermatologievakgroepen hebben tien minuten voor een nieuwe patiënt en vijf min voor een controle. De laatste jaren is dat wel iets gaan schuiven. Steeds meer vakgroepen zijn overgegaan op tien minuten voor zowel nieuw als oud. Maar ook tien minuten per patiënt is een uiterst krappe gemiddelde consulttijd. De reden dat dit niet meer lukt, hangt samen met verschillende factoren:

1. Door de vergrijzing komen meer oudere patiënten dan vroeger naar de poli (dat vergt soms veel tijd, niet alleen in verband met uit- en aankleden, maar ook vanwege multimorbiditeit en veel medicijngebruik).
2. Ook zijn er relatief meer patiënten met ernstigere en uitgebreide dermatosen. Enerzijds omdat die toenemen (huidkanker en dergelijke), anderzijds omdat de 'kleinere' huidziekten, zoals wratten, acne, verruca seborrhoeica, seborroïsch eczeem en pityriasis versicolor, meer dan vroeger in eerste of anderhalve lijn worden opgevangen. Als je vroeger een kwartier uitliep bij een patiënt kon je dat vaak later wel inhalen met een andere patiënt. Dat lukt tegenwoordig niet goed meer.
3. De administratielast is enorm toegenomen. Waar ik in het verleden in de kantlijn van het papieren dossier KK (korte kaart) of JK (jaarkaart) noteerde, moet ik nu bij elke patiënt een digitaal dossier bijhouden, DBC-, ICD-10 en verichtingencodes invoeren, en digitaal mijn recepten uitschrijven.
4. Steeds vaker zijn geneesmiddelen niet leverbaar of worden niet meer vergoed en mag ik dat weer aan de patiënt uitleggen en een alternatief verzinnen.

5. Er komen steeds meer registraties waar bovendien steeds hogere eisen aan gesteld worden. Hoewel de bedoelingen (altijd kwaliteit van de zorg verbeteren) daarachter goed zullen zijn, realiseren degenen die dit verzinnen zich onvoldoende hoeveel tijd dit steeds weer kost.
6. De verzekeraars hanteren allerlei verschillende regels met betrekking tot vergoedingen. Patiënten verwachten van de arts informatie daarover. Discussies over financiën en eigen risico worden extra ingewikkeld door de DOT-systematiek. Hoe leg je een patiënt uit dat voor een behandeling in bijvoorbeeld januari 2016 het eigen risico van 2015 ook aangesproken wordt als de DOT al in 2015 is geopend. Het overzicht wordt al helemaal lastig als het om vervolg-DOT's gaat, die over de jaargrens heenlopen. Patiënten die angstvallig hun eigen risico proberen uit te sparen door de jaarlijkse controle steeds in januari en december van hetzelfde jaar te doen en dan een jaar over slaan, komen zo bedrogen uit.
7. Ook het EPD zelf kost veel tijd. Typen kost veel babyboomers meer tijd dan schrijven en vergt meer aandacht. Aandacht die je al typend niet aan de patiënt kan geven. Bovendien is het vastleggen ook een juridische noodzaak.
8. Tijdrovend is ook de wens van VWS (en de patiënt?) om inzicht in eigen dossier/patiëntenportaal. Patiënten kunnen hun dossier (gedeeltelijk) inzien. Met name het lezen van PA-verslagen levert meer onrust dan inzicht op en patiënten bellen vaak hierover op, ook wanneer de uitslag eerder al besproken is op de poli.

Als de spreekuren te vol raken, heeft dat onherroepelijk gevolgen voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Dat zal niet direct meetbaar zijn, maar het aantal fouten neemt zeker toe. Onder stress maakt men namelijk meer fouten, vooral ook in de communicatie. Ook het *shared decision-making* waar tegenwoordig veel nadruk op wordt gelegd, komt daardoor niet goed van de grond, al heeft onze voorzitter in dit tijdschrift kritische kanttekeningen geplaatst bij deze modieuze trend.¹

Hoe kunnen we als beroepsgroep meer spreekuurtijd afdwingen?

Als we aannemelijk kunnen maken aan de hand van DBC-profielen (het aantal verrichtingen en consulten per DBC) dat onze zorg zwaarder is geworden en meer tijd vergt, dan is het ook logisch dat we



minder productie per FTE kunnen leveren. Dat moet dan ook wel zichtbaar worden in de Logex benchmark waar veel ziekenhuizen mee werken. Dat gebeurt alleen als we allemaal meer spreekuur-tijd zouden nemen en productie verminderen.

Maar ja, dan moeten we wel heel veel vertrouwen in elkaar hebben. Niet makkelijk in deze tijd van *America first*.

LITERATUUR

1. Roos K-P de. "Ach dokter, zegt u het maar, u hebt ervoor doorgeleerd". *Ned Tijdschr Dermat Venereol* 2016;10:615-6.