

De kern van het vak [4]

# Huisarts en netwerk

Joost Zaat

**Huisartsen zweven niet in het luchtledige, ze zijn afhankelijk van anderen in de zorg en maatschappij. Een van de motieven om de kernwaarden te herijken is immers de veranderde maatschappij en het gewijzigde zorglandschap. Hoe werken huisartsen met elkaar en anderen samen? Moeten huisartsen nog meer samenwerken? Moeten ze dat in grote sociaal-medische teams doen? Hoe werken ze met de tweede lijn samen?**

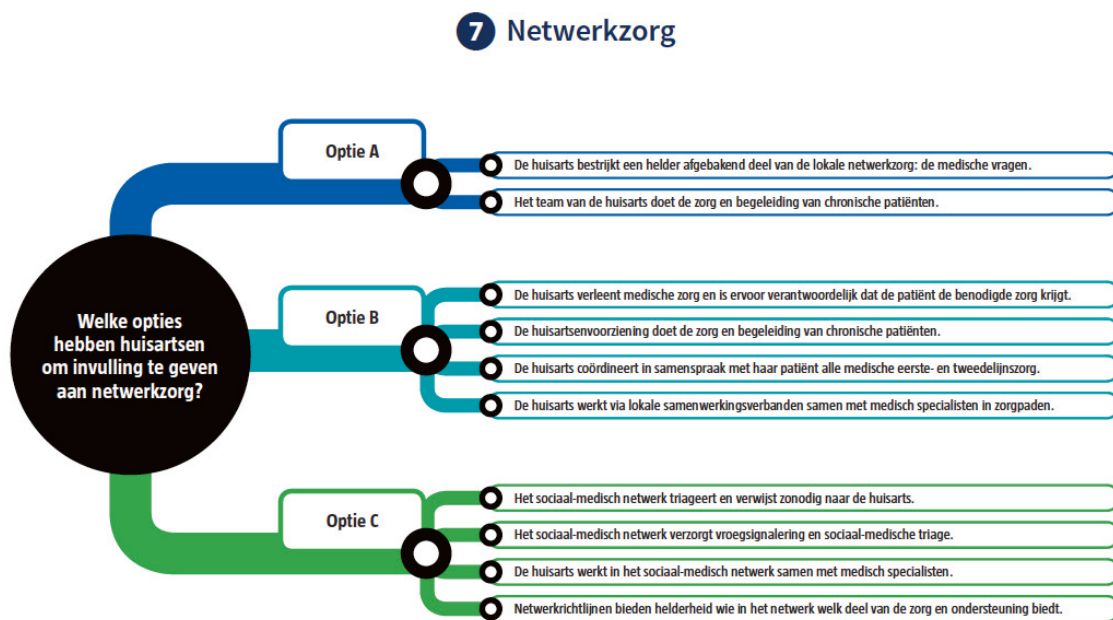
De solist die zijn goddelijke gang kon gaan is verdwenen, maar lang niet alle huisartsen krijgen warme gevoelens bij het woord ‘netwerken’. Huisartsen werken traditioneel samen met elkaar én met vanzelfsprekende partners, zoals apothekers en wijkverpleegkundigen. Met sommige meer preventief ingestelde beroepsgroepen, zoals bedrijfsartsen en jeugdartsen, lijkt die samenwerking nog niet goed te lukken. Ook over de huisarts in haar netwerk spraken de deelnemers aan de ‘denksessies’ voor de nieuwe Woudschoten-definitie. De Argumentenfabriek had drie opties: de huisarts heeft samen

Deel 1 en 2 van deze serie over het ‘nieuwe Woudschoten’ gaven inzicht in de kernwaarde ‘continuïteit’ en de persoonlijke arts-patiëntrelatie. Na meer dan zeventig ‘denksessies’ waaraan 1300 huisartsen deelnamen en een enquête onder alle huisartsen in november 2018 volgt er eind deze maand een nieuwe conferentie. Daar worden de kernwaarden voor de komende jaren vastgesteld, die vorm moeten geven aan de inrichting van de huisartsenzorg. In dit nummer van H&W deel 3 en 4 van deze korte serie: een artikel over de huisarts als generalist en een over de huisarts in haar netwerk in de wijk en in de zorg.

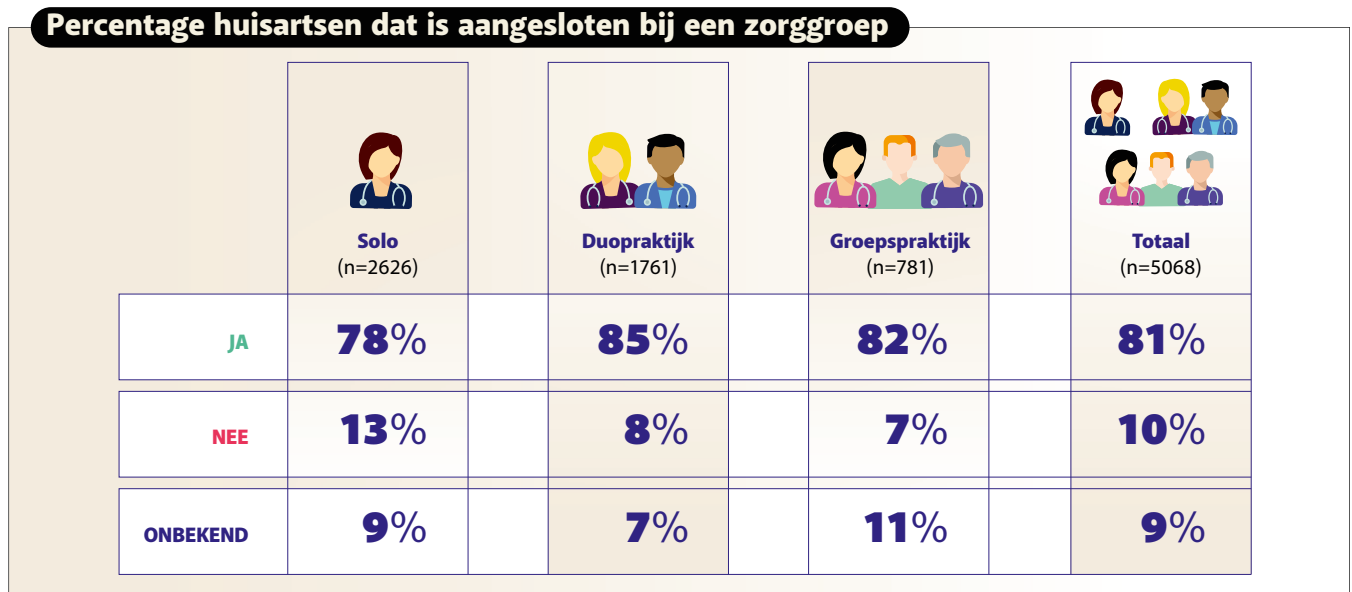
met haar team een helder afgebakend, vooral medisch terrein, de huisartsvoorziening zorgt voor de hele mens, waarbij de huisarts wel verantwoordelijk is en het sociaal-medische team is verantwoordelijk en verwijst naar de huisarts [figuur 1]. In deel 3 van deze serie in dit nummer hebt u al kunnen lezen dat

**Figuur 1**

Drie opties om invulling te geven aan netwerkzorg



**Figuur 2**



Bron: NIVEL huisartsenpraktijkregistratie, 2014. Gebaseerd op 1567 praktijken en geëxtrapoleerd en gewogen naar praktijkvorm.

de huisarts in de praktijk niet meer in haar eentje werkt. Maar hoe gaat het samenwerken buiten de muren van de praktijk?

### MET WIE WERKT DE HUISARTS SAMEN?

#### Samenwerken in de eerste lijn

Een van de twaalf deeltaken in de definitie van Woudschoten 1959 was 'integratie en coördinatie van de zorg voor zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband'. NHG-oprichter Frans Huygen schreef al in 1962 in *H&W* een artikel over de voordelen van een hometeam, een wijkteam *avant la lettre*.<sup>1</sup> In de jaren 70 en 80 van de vorige eeuw kwamen gezondheidscentra met geïntegreerde zorg op. Geïntegreerde eerstelijnsorganisaties werken voor dezelfde (wijk)populaties. Nu zijn er volgens opgave van Ineen circa 60 gezondheidscentra en 25 koepels die samen 150 centra beheren.<sup>2</sup>

## Huisartsen werken altijd al pragmatisch samen

Na de eeuwwisseling ontstonden de zorggroepen en coöperaties, van klein (alleen het eigen dorp) tot heel groot (een halve provincie). Het merendeel van de huisartsen werkt met elkaar samen in een van die 115 zorggroepen, vooral voor diabetes (99%), COPD (75%) en CVRM (55%) [figuur 2].

Twee derde van de huisartsen heeft tegenwoordig overleg met de wijkverpleging. De intensiteit van dat overleg verschilt behoorlijk en het grote aantal thuiszorginstellingen maakt het er niet makkelijker op. Huisartsen werken verder samen met

de apotheek, de fysiotherapeut en de eerstelijnspsycholoog [figuur 3]. Hoe groter, geïntegreerder de praktijkvorm, des te meer samenwerking.







Hoewel chronische zorg voor ouderen de afgelopen jaren een belangrijk deel van de zorg van huisartsen vormt, heeft 40% zelden of nooit contact met een geriater en vraagt 33% een specialist ouderengeneeskunde nooit om raad.<sup>3</sup>

Een derde van alle huisartsen heeft overleg met het wijkteam: bij een klassieke, alleen medische taakopvatting van de huisarts was dat minder dan bij praktijken die zich meer op de populatie richten. Volgens diezelfde peiling denkt een kwart van de huisartsen dat de mensen die niet met klachten bij hen komen gezond zijn en dat zij niet voor hen hoeven te zorgen. Met de GGD, de uitvoerder van de publieke gezondheidszorg, heeft maar 2% van de huisartsen regelmatig overleg.<sup>3</sup>

#### Samenwerken met de tweede lijn

Sinds 1965 zijn er meer specialisten dan huisartsen – in 2016 waren er 20.600 specialisten. Sinds de eeuwwisseling is het aantal specialisten met 74% en het aantal huisartsen met 43% gegroeid. Het aantal ziekenhuizen is van bijna driehonderd in 1970 gedaald naar zo'n tachtig. Complexe zorg wordt in een beperkt aantal ziekenhuizen gecentraliseerd, waardoor de geografische afstand tot de specialist voor veel huisartsen dus toeneemt. De ligduur neemt af, zodat huisartsen vaker dan vroeger door patiënten bij de nazorg worden betrokken. Hoewel huisartsen de tweede lijn maar voor een klein deel van de aangeboden problemen nodig hebben werkt de helft van de dokters niet structureel samen. Het tweedelijnszorglandschap is de afgelopen jaren behoorlijk ingewikkelder geworden: kleine ziekenhuizen zijn gefuseerd, binnen maatschappen hebben specialisten zich gespecialiseerd en de ziekenhuiszorg voor bijvoorbeeld oncologische patiënten is gecentraliseerd in

**Figuur 3**

Samenwerking binnen de eerste lijn in percentages				
Instelling	Overleg	> 1 maand	Meest besproken onderwerp	Toetsing van afspraken
 Andere huisartsen	55%	46%	Organisatie 76%	68%
 Thuiszorg	74%	36%	Patiënten 96%	43%
 Apotheker	64%	27%	Therapie 69%	78%
 Fysiotherapeut	48%	23%	Patiënten 90%	27%
 Ggz-psycholoog	23%	25%	Patiënten 89%	27%
 Diëtist	22%	29%	Patiënten 87%	29%

Bron: NIVEL: Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerstelijns, 2018. / cijfers eind 2017.

expertisecentra. Even snel advies vragen kan voor huisartsen dus lastig zijn.

Zorg wordt ingewikkelder en chronische patiënten worden zelden alleen door de huisarts of specialist behandeld. Al langer werken specialisten daarom in sommige delen van het land (bijvoorbeeld Noordwijk, Zuid-Limburg) in een anderhalvelijnsconstructie in de huisartsenpraktijk. Bij bijna een vijfde van de praktijken is er zo'n consultconstructie. Die samenwerking is niet altijd vanzelfsprekend. In 2017 gaven LHV en de Federatie Medisch specialisten (FMS) daarom een leidraad uit voor het opzetten van substitutie van zorg.<sup>3</sup> Huisartsen hebben wel allerlei goede voornemens om zorg uit de tweede lijn over te nemen: 81% wil dat. Volgens de LHV is er echter door de te forse werkbelasting op dit moment maar weinig enthousiasme in het veld om nieuwe projecten te starten.

Huisartsen verwijzen in circa 7% van hun contacten naar de tweede lijn. De meeste patiënten gaan naar oogheelkunde, orthopedie, kno, dermatologie en chirurgie (zie [figuur 4]). Dat waren in 2001 ook al de specialisten waarnaar huisartsen het vaakst verwezen. Het is de vraag of heel veel substitutie van de tweede naar de eerste lijn wel mogelijk is: huisartsen plaatsen geen nieuwe lenzen of heupen en ze kunnen ook geen gehoorapparaten aanmeten. In de jaren tachtig van de vorige eeuw verwezen huisartsen nog vaak naar de internist, maar die heeft inmiddels de zorg voor patiënten met diabetes aan de huisarts verloren. Slechts 11% van alle verwijzingen die een huisarts bij diabetespatiënten doet gaat nog naar een internist (<https://www.nivel.nl/nl/NZR/aandoeningen-diabetes-zorggebruik-bij-huisarts>).

### HOE GAAT HET IN DE PRAKTIJK?

David Koetsier, de huisarts in een 'bedrijfsverzamelgebouw' in Amsterdam-Noord (zie deel 3 van deze serie), gelooft in

het nut van een netwerk in de wijk. "We hebben een goed contact met de wijkverpleegkundigen omdat we met hen in een onderzoeksproject van het AMC hebben samengewerkt. Toen hadden we wekelijks een bijeenkomst en daar zijn we daarna elke maand mee doorgegaan. Zo hebben we ons eigen wijkteam opgebouwd met de drie preferente thuiszorgaanbieders, gericht op ouderen en mensen met ernstige chronische aandoeningen. We hebben een vast team en wat losse mensen in een vorm die wij fijn vinden. Ook de ggz, MEE, maatschappelijk werk en 'Welzijn op recept' doen mee. Het is mijn voornaamste netwerk." Koetsier denkt dat zijn patiënten niet gemakkelijk rechtstreeks naar het sociale wijkteam gaan. "Als ik zeg: Ga daar maar naartoe, hier om de hoek, dan gaan ze niet. Dus helpt het als ik even bel en een warme overdracht doe. De huisarts blijft een belangrijke toegang voor de zorg." Koetsier werkt in een geografisch goed begrensde omgeving met een klein ziekenhuis (BovenIJ in Amsterdam-Noord). Met dat ziekenhuis handelt hij 80% van zijn verwijzingen af. "Ik ken alle specialisten en de specialisten laten de patiënt ook weten dat ze mij kennen. Patiënten ervaren zo een continuüm." Koetsier vindt het veel lastiger om het grote ziekenhuis aan de andere kant van het IJ te bellen, waar hij de andere 20% van zijn patiënten naar verwijst. "Ik mis de korte lijnen dan. De kwaliteit van zorg is in een groot ziekenhuis wellicht beter, maar voor het netwerk en samenwerken is het ingewikkelder. Ik word ook wel eens door een specialist uit het AMC gebeld met een goede suggestie en dan vind ik dat meteen prachtig, maar ik ken die dokters niet. Voor mij voelt het ver. Het kost ook gewoon tijd, jaren, om goed met elkaar samen te werken."

Helemaal aan de rand van Nederland werkt Marjolein Bruurs. Ze is sinds twee jaar hidha in Terneuzen, waar ze ook prak-

tijkhouder gaat worden in een praktijk met drie huisartsen. Ze heeft nauwelijks contact met de nulde lijn. Terneuzen heeft veel industrie en is een mooi afgegrensd gebied. Toch is er geen contact met spelers in de sociale geneeskunde, zoals bedrijfsartsen. “Ik heb ze zelf nog nooit aan de telefoon gehad. Jammer dat er zo weinig samenwerking met bedrijfsartsen is, want de meeste mensen werken en daar moet je dus aandacht voor hebben. We zien natuurlijk wel mensen die bij de bedrijfsarts zijn geweest, maar die vertellen ons dan wat die vond en of ik ernaar wil kijken. Negen van de tien keer hebben ze geen briefje mee.” Ook met de jeugdgezondheidszorg is er nauwelijks contact. “Ik hoor nooit iets, alleen als ze iets afwijkend hebben geconstateerd. Dan worden de kinderen wel doorgestuurd, maar ze kunnen ook zelf doorverwijzen. Wat dat betreft vind ik dat die samenwerking ... er niet is. Ik mis het niet omdat ik niet weet wat ik uit de samenwerking kan halen, maar ik ben zo natuurlijk ook niet op de hoogte van wat er allemaal speelt bij elk kind.”

Bruurs ervaart ook problemen met het samenwerken met de wijkverpleging. Er zijn een paar grote spelers, “Maar elke organisatie heeft ook weer tien poppetjes die bij iemand over de vloer komen. Het is moeilijk daar korte lijnen mee te houden.” Vast overleg is afgeschaft omdat dat niet veel bijdroeg. Ze lopen nu gewoon binnen en veel overleg gaat telefonisch. “We zouden wel heel graag een vast team hebben dat aan onze praktijk verbonden is. Je weet dan wat ze in hun mars hebben.” “We hebben een ziekenhuis in de regio en een deel van de patiënten gaat naar Gent. Eens in de drie maanden komen een internist, longarts en cardioloog voor consultatie in de

praktijk. Die zien zelf dan geen patiënten, maar daar willen we wel naartoe.”

Bruurs ziet niet ineens grote netwerkorganisaties waarin de huisarts onderdeel van een sociaal-medisch team is, zeker niet als je je eigen clubje en je eigen patiënten hebt. “Ik ben huisarts geworden voor mijn eigen patiëntenpopulatie. Ik wil mensen kennen, de gezinnen, omdat ik denk dat sommige klachten verklaard kunnen worden door hoe mensen in hun gezinssituatie zich voelen. De ene week in Terneuzen en de andere week Cadzand lijkt me geen goed plan.”

Terwijl Koetsier netwerkt in zijn eigen wijk en het in Terneuzen zoals waarschijnlijk op veel plaatsen nog wat moeizaam gaat, denkt Sabine Vas Nunes, de ‘population health-dokter’ uit Den Haag (zie deel 2 en 3), in het groot. Ze vindt het netwerk van de dokter ontzettend belangrijk. Op regionaal niveau moet je afspraken maken. “Als huisarts ben je onderdeel van zo’n regio. Door samen te werken met alle andere huisartsen kun je betere afspraken maken, kun je zorgen dat die 62 thuiszorgorganisaties in onze regio ook beter met ons samenwerken en dat je dan een voor iedereen zichtbaar aanspreekpunt hebt.” Ze hoopt dat met de oprichting van de grote samenwerkingscoöperatie in de regio, *Hadoks*, een verbinding wordt gemaakt tussen de dagelijkse praktijk en een grootschalige netwerkorganisatie. In *Hadoks* gaan straks vier organisaties op: de huisartsenpost, de ketenzorggroep, de huisartsenkring Den Haag en een van de poh-ggz-organisaties in de regio. Ze vindt dat bedrijfsartsen, maar ook bijvoorbeeld de politie tot het netwerk van de huisarts horen. “Ik raad zeker twee

**Figuur 4**



Bron: NIVEL zorgregistraties & Lamberts HJ. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst 1991.

tot drie keer per dag mensen aan naar de arboarts te gaan en geef aan dat overleg welkom is. Af en toe bel ik zelf. Maar ik heb meer de neiging de politie te bellen dan de bedrijfsarts als ik in Den Haag-Zuid werk, bijvoorbeeld als de zorgvraag blijft oplopen als de echte oorzaak van het probleem bij een burenruzie ligt.”

### WAT VINDEN ANDEREN?

De huisartsenzorg wordt ook bepaald door wat de buitenwereld ervan vindt. Twee voorbeelden: de plannen van de medisch specialisten in hun toekomstnota en die van VWS. De FMS publiceerde eind 2017 haar visie op het werk van medisch specialisten in 2025.<sup>5</sup> In dat visiedocument omarmen specialisten begrippen als ‘value based healthcare’ en ‘positieve gezondheid’. De specialist moet volgens de FMS meer coach van patiënten worden en rekening houden met diens gezondheidsvaardigheden. De FMS voorspelt dat de lijnen gaan verdwijnen en dat veel werk dat vroeger alleen in het ziekenhuis plaatsvond naar buiten de muren verhuist. “Zorg in een keten werkt goed voor monomorbide patiënten, maar voor het groeiende aandeel chronische, complexe multimorbidepatiënten leent flexibele netwerkgeneeskunde zich beter.” Er komen volgens de FMS digitale en fysieke netwerken rondom patiënten, maar vooral ook tussen professionals. “Bij het verlenen van chronische en laagcomplexiteit zorg zal de medisch specialist zich samen met de patiënt continu de vraag stellen: Wie in het netwerk is het meest geschikt om deze zorg te verlenen?” Opvallend is dat de huisarts in het hele document alleen in de illustratieve verhaaltjes bij de hoofdstukken voorkomt. “Dat is een beetje ongelukkig”, zegt Peter Go, chirurg in het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein. Hij zat in de inhoudelijke werkgroep die het hoofdstuk over netwerken schreef. “Een visiedocument is vooral bedoeld om de eigen beroepsgroep op één lijn te krijgen. Het is zeker niet zo dat we de huisarts niet belangrijk vinden. Concentratie van zorg is nodig om kwalitatief goede zorg te leveren, bijvoorbeeld bij de vaat- of colonchirurgie, maar het zorgt voor minder makkelijk contact tussen individuele hulpverleners. Dat makkelijke contact verdwijnt.” Een van de oplossingen is volgens Go het werken met vaste ‘wijkconsulenten’ die in de wijk aan huisartsen consulten geven. “We zijn nog wel aan het zoeken, maar het visiedocument biedt vakgroepen in ziekenhuizen een lijn voor hun ontwikkeling.”

Niet alleen de medisch specialisten, maar ook VWS wil van het onderscheid tussen de lijnen af. Zo stuurde de minister in april 2018 de nota van de Taskforce Juiste zorg op de juiste plaats naar de Tweede Kamer.<sup>6</sup> Er moet meer consultatieve samenwerking komen. Als de huisarts de specialist om raad vraagt, is een verwijzing wellicht te voorkomen en omgekeerd, als specialisten huisartsen vaker om advies vragen, is er wellicht sprake van minder overdiagnostiek en -behandeling. De huisarts is in die visie ook niet meer de enige poortwachter. Die poortwachtersrol is dan weggelegd voor het hele eerste-lijnsteam: huisarts, wijkverpleegkundige en sociaal wijkteam. Hoe dat concreet vorm moet krijgen, staat niet in de nota.

Minister Bruins gaf in een Kamerbrief half oktober 2018 aan dat de nota een belangrijke rol had gespeeld bij de totstandkoming van de hoofdlijnenakkoorden.<sup>7</sup> Hoe verwijzen dan gaat, beschrijft die kamerbrief ook niet, maar hij stelt wel dat de netwerkvisie moet worden uitgedragen door ‘ambassadeurs’, en dat er regionale bijeenkomsten en ‘virtuele vindplaatsen’ met goede voorbeelden van peer-to-peer-netwerken komen.

### CONCLUSIE

Wat het netwerk van dokters moet zijn, hangt af van hun visie op hun rol in de zorg. De huisartsen die dicht bij ‘het medische blijven’ zullen andere contacten leggen dan dokters die de hele populatie willen bereiken. Huisartsen hebben altijd samengewerkt en ze doen dat behoorlijk pragmatisch: het moet nut hebben, je moet elkaar kennen en het mag niet te veel tijd kosten. Van buiten wordt er stevige druk op huisartsen uitgeoefend om meer taken over te nemen en meer samen te werken, hoewel die voorstellen weinig concreet zijn. Omdat veel huisartsen het gevoel hebben dat het emmertje wel vol genoeg is, denk ik dat weinig huisartsen heil zien in een huisarts die helemaal is ingebed in een netwerkorganisatie, waarbij een sociaal-medisch team haar speelruimte bepaalt. Eind van de maand weet ook de buitenwereld wat de koepelorganisaties van huisartsen echt voorstellen. In 1959 duurde het nog bijna zeven jaar voordat ‘de Woudschoten-belijdenis’ handen en voeten had gekregen. Het zal deze keer wel sneller gaan, maar ook nu zal er veel discussie blijven. Kernwaarden bepaal je immers niet met een document, die zitten in mensen. ■

### LITERATUUR

1. Huygen FJA. Het home-team. Huis Wet 1962;5:119-23.
2. Ineen. Geïntegreerde eerstelijnszorg in de wijk. Utrecht: Ineen. Geraadpleegd op 20 november 2018.
3. Federatie Medisch Specialisten. Substitutie van zorg. Huisarts en medisch specialist samen aan de slag. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2017.
4. Flinterman L, Groenewegen P, Verheij R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2018.
5. Federatie Medisch Specialisten. Medisch specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2017.
6. Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. De juiste zorg op de juiste plek. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018.
7. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de minister voor medische zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 938.

Zaat J. De kern van het vak [4]. Huisarts en netwerk. Huisarts Wet 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0390-y.  
Huisartsenmaatschappij Landauer, Purmerend: dr. J. Zaat, huisarts-publicist, joostzaat@gmail.com  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.