

Van isolement naar organisatie: samenwerken in de huisartsenpraktijk

Dit is deel 6 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijkers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.

Samenwerking was in de jaren vijftig officieel nog afkeurenswaardig. Voor de oprichters van het NHG was het juist een manier om het ideaal van continue, persoonlijke en vooral integrale huisartsenzorg te verwezenlijken. Die samenwerking gebeurde aanvankelijk vooral *binnen* de eerste lijn, waar geëxperimenteerd werd met hometeams, groepspraktijken en gezondheidscentra. In de jaren zeventig stuurde de overheid echter aan op verplaatsing van de zorg uit ziekenhuizen en werd de huisarts naar voren geschoven als 'poortwachter' van de gezondheidszorg. Wilden huisartsen daadwerkelijk taken kunnen overnemen van specialisten, met name in de chronische zorg, dan was samenwerking noodzakelijk.¹

EEN ZEER AFKEURENSWAARDIGE DAAD

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) was eind jaren veertig duidelijk geen voorstander van samenwerking tussen artsen:

*'De voornaamste bezwaren die in sommige gevallen tegen deze overeenkomsten bestaan komen voort uit strijdigheid met de waardigheid van het vrije artsberoep, strijdigheid met de vrije artskeuze en onverenigbaarheid met de optimale verhouding van arts tot patiënt.'*²

Alleen voor onderwijsdoeleinden of bij vervanging of ondersteuning wegens ziekte of naderende praktijkovername konden uit medisch-ethisch oogpunt de voordelen tegen de nadelen opwegen – dit ter beoordeling van de KNMG. Voor elke vorm van samenwerking moesten de leden toestemming vragen aan het hoofdbestuur.²

Het was niet toevallig dat de KNMG juist in de naoorlogse jaren van woningnood en wederopbouw deze oekaze uitvaardigde. Vóór de oorlog werd over samenwerking nog nauwelijks geschreven; alleen Eindhoven kende vanaf 1923 het Philips Gezondheidscentrum.³⁻⁵ Na de oorlog was er gebrek aan alles. De Amsterdamse oud-huisarts Sturkop, in 1946 de eerste voorzitter van de LHV en lid van het hoofdbestuur van de KNMG, had er begrip voor dat huisartsen samenwerkten bij het 'gemeenschappelijk aanschaffen en exploiteren van dure instrumenten, van voertuigen, apotheek en bedrijfsruimte, het gemeenschappelijk in dienst nemen van hulppersoneel en dergelijke'.⁶ Verder moest het niet gaan: elke arts moest zijn eigen patiënten zien en de samenwerking mocht niet blijken uit briefhoofden, receptpapier of advertenties: 'Uit deze ethische voorschriften kan reeds worden afgeleid, dat de associatie uit medisch oogpunt eigenlijk weinig betekenis heeft.' Waarneemdiensten waren nuttig, in noodgevallen. 'Een zeer afkeurenswaardige daad is het, wanneer de patiënt zijn arts aan de telefoon krijgt, doch door deze dan verwezen wordt naar de nacht- of Zondagsdienst.' Dat deed immers geen recht aan de vertrouwelijke, ja zelfs intieme band tussen arts en patiënt, die het 'zedelijk recht' had om 'uitsluitend door een arts zijner keuze behandeld te worden. Zowel op het spreekuur als aan het ziekbed, zowel overdag als des nachts'.^{6,7}

ZIEKE, INVALIDE EN ONAANGEPASTE MENSEN

Het sprak dus niet vanzelf dat de oprichters van het NHG in de jaren vijftig streefden naar samenwerking. De belangrijkste drijfveer was hun brede taakomschrijving van de huisarts: 'con-

tinue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen'.⁸ Al snel na de conferentie van Woudschoten (1959) concludeerde het jonge NHG dat 'de huisarts hiermede een verantwoordelijkheid aanvaardt, waaronder hij dreigt te bezwijken'. Met name de integrale zorg – waarin ook sociale, psychische en zielzorg werden begrepen – ging de deskundigheid van de huisarts te boven. Samenwerken was noodzaak. Eén van de twaalf deeltaken was dan ook 'de integratie en coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband'.⁸ In praktisch opzicht verwachtte men van samenwerking: meer tijd voor gezin, nascholing en wetenschappelijk onderzoek, en een betere regeling van de diensten. Jonge artsen konden onder verantwoordelijkheid van ouderen ervaring opdoen; het isolement van de huisarts zou worden doorbroken.⁹⁻¹³ Voorbeelden van mono- en multidisciplinaire samenwerking in Frankrijk en Groot-Brittannië kregen veel aandacht in *Huisarts en Wetenschap*.⁹

In Nederland werd de multidisciplinaire samenwerking vormgegeven langs twee lijnen. In het Philips Ge-

Overleg op straat tussen de huisdokter en de wijkverpleegster in Castricum (Katholieke Illustratie, september 1952).



NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: E.C.M. van Osselen; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf; dr. E.A.B. van Zalinge • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. De financiële middelen werden verstrekt door de SBOH.

zondheidscentrum lag de nadruk op de bedrijfsmatige kant van de zorg en waren daarbij ook bedrijfsartsen betrokken.⁴ In 1962 lanceerde Frans Huygen, huisarts te Lent, het *hometeam*, met de nadruk op de psychosociale kant. Bij gezinnen in de problemen moesten wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, priester en huisarts op basis van gelijkwaardigheid samenwerken. Huygen kreeg al snel de kritiek dat het beroepsgeheim werd doorbroken, maar hij relativeerde dit: 'In praktisch alle gevallen was er geen sprake van geheimen, maar van publiek bekende situaties – al waren deze mij, als medicus, soms ontgaan.' Bovendien hadden ook de andere teamleden een beroepsgeheim.¹⁴

In de samenwerking met medisch specialisten zorgde de oprichting van het NHG hoogstens voor een nieuw zelfbewustzijn. Men besprak in Woudschoten dat de huisarts weliswaar 'ad hoc en tijdelijk' de zorg voor een patiënt kon delegeren aan een specialist of andere deskundige, hij bleef medeverantwoordelijk. Huisarts en specialist moesten overleggen over een nazorgplan.^{8,15,16} De KNMG steunde, bij monde van de Commissie Huisarts-Specialist, in 1959 de centrale rol van de huisarts:

*'Juist omdat het beeld van de geneeskundige wereld zoveel onoverzichtelijker is geworden en meer nog omdat per individu in onze tijd zoveel meer onderzocht wordt (...) is het voor de patiënt des te noodzakelijker in deze geneeskundige wereld een vaste, vertrouwde raadgever en gids te hebben die (...) op de hoogte is van de soms zo ingewikkelde historia morbi, die hem kent in zijn eigen milieu en eigen dagelijkse vreugden en zorgen, die in staat is te beoordelen of hij zelf met de hem ten dienste staande eenvoudige middelen de patiënt kan helpen of dat ingewikkelde procedures zijn geïndiceerd.'*¹⁷

In 1960 had Huygen een heel boodschap-penlijstje met klachten over specialisten: ze wezen zonder overleg onderling door, herhaalden onnodig belastend onderzoek en hielden patiënten te lang onder controle. 'Aan schrijver dezes zijn enige dramatische voorbeelden bekend

van iatrogene invaliditeit die op deze wijze ontstond.'¹⁵

HET MEDISCHE MODEL OP DE SCHOP

Tijdens weekendconferenties en in commissies, in rapporten en voorlichtingsbrochures en in de kolommen van *Huisarts en Wetenschap* werd vervolgens druk gedebatteerd over mono- en multidisciplinaire samenwerking. Het Nederland Huisartsen Instituut (NHI) was bij veel initiatieven betrokken.^{13,18}

Bij het verschijnen van deze gids in 1984 waren er circa 100 gezondheidscentra in Nederland. Doel van de gids was initiatiefnemers met soortgelijke plannen te laten profiteren van de opgedane ervaringen.



Vanaf eind jaren zestig startten in heel Nederland groepspraktijken en gezondheidscentra; bekende voorbeelden zijn de gezondheidscentra in Rotterdam-Ommoord, Venlo en Hoensbroek.^{13,19,20} Vanuit de overheid groeide de belangstelling voor de huisartsgeneeskunde en werd de opkomst van multidisciplinaire samenwerking toegejuicht.²¹ Sommige initiatieven kregen financiële steun.^{11,18} In 1970 werkte 2% van de huisartsen in een gezondheidscentrum of groepspraktijk, in 1985 was dat rond de 10%.²²

Tegelijk kregen de pleidooien voor samenwerking een scherpere ideologische lading. De maatschappelijke bewegingen voor emancipatie en democratisering van de jaren zeventig raakten ook de gezondheidszorg.²³ Kritiek op het medische model kwam vooral van sociologen en andere gedragswetenschappers.²⁴ Vooral jonge linkse huisartsen pakten de handschoen op. Henk Lamberts, zoon van een PvdA-Tweede Kamerlid, citeerde Che Guevara:

*'Tegenwoordig heb je eindelijk het recht, zelfs de plicht, om boven alles een revolutionaire dokter te zijn, dat wil zeggen: een man die de technische kennis van zijn beroep gebruikt ten dienste van de revolutie en het volk.'*²⁵

Het medische model was in deze visie achterhaald. Lamberts verwees naar de voorvechters van de sociale psychiatrie:

*'Iemand die zich in deze onrechtvaardige en onmenselijke maatschappij niet kan handhaven behoeft niet ziek te zijn, ziek genoemd te worden of als een zieke te worden behandeld; de maatschappij zelf is ziek en maakt slachtoffers.'*²⁵

'Sociale actie' was evengoed een taak van de huisarts als de 'integrale zorg voor het gezin'. De huisarts als vrije ondernemer paste niet in dit beeld. Hinderlijk was ook dat huisartsen niet alleen een hogere status hadden, maar ook beter werden betaald dan de andere werkers in het gezondheidscentrum. De Nijmeegse hoogleraar Sociale pedagogiek en andragogie Marinus van Beugen vond dat huisartsen hun centrale rol in de eerste lijn moesten prijsgeven, en dat hinderlijke status- en inkomensverschillen tussen huisartsen en maatschappelijk werkers moesten worden beëindigd.²⁶ In 1975 werden de huisartsen in het Ommoordse gezondheidscentrum waar Lamberts werkte dan ook gemeenteambtenaren.²⁷

De ideologie was niet overal zo scherp. Wel was er veel idealisme: streven naar multidisciplinaire samenwerking, preventie, wetenschap, democratisering en

patiëntenparticipatie. In Hoensbroek-Noord kwamen de huisartsen op voor de mijnwerkers van gesloten staatsmijnen; die waren via de WAO afgekeurd en hadden zo ten onrechte een medisch stempel gekregen. De betrokkenheid en emancipatie van patiënten werd in Hoensbroek bevorderd door een patiëntenvereniging.^{13,28} Ook gezondheidscentrum Withuis te Venlo betrok patiënten actief bij het beleid, onder meer door de Withuiskrant.^{20,29-31} Men deed er onderzoek. Ook hier waren de artsen, al vanaf 1973, in loondienst. 'Daar sprak de gevestigde orde schande van', vertelt historicus Martin Bergevoet, die de geschiedenis van het Withuis optekende.^{1,20} Rond de huisartsinstituten ontstonden academische groepspraktijken waar onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg samenkwamen.^{21,32,33} In de Flevopolders stonden preventie en samenwerking centraal bij de inrichting van de gezondheidszorg in het nieuwe land.³⁴⁻³⁷

IN DE PRAKTIJK: VALLEN EN OPSTAAN

Samenwerken bleek moeilijker dan gedacht. Wederzijdse vooroordelen, grensconflicten, persoonlijke problemen en salaris- en statusverschillen leidden tot relatieproblemen tussen artsen,

verpleegkundigen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers.

*'De huisarts heeft (...) het ondraaglijk druk, heeft nergens tijd voor, is onbenaaderbaar voor de andere werkers, hij is een somaticus op huis-, tuin- en keuken-niveau. De maatschappelijk werker (...) is bijna onzichtbaar, hij doet iets vaags met arme mensen en werkt bejaarden weg. De (...) wijkverpleegkundige is gekoppeld aan de voorstelling van een oude vrijster, die, gehuld in een leren motorjas, billenwassend door de wijk gaat. De fysiotherapeut tenslotte is een masseur, een echte hulpkracht, die zich staande houdt met het zolang herhalen van een behandeling totdat het ziekenfonds het niet meer wil betalen.'*³⁸

Gedragswetenschappers moesten de groepsprocessen begeleiden.³⁸⁻⁴¹ Het gevoel moest goed zijn, maar dat lukte niet altijd. Toen in Hoensbroek-Noord de doktersassistente bijvoorbeeld gelijkwaardig ging deelnemen aan de teamvergaderingen klaagde een huisarts: 'Ik ben nu net aan het loskomen, durf mij te geven. Als er nu weer anderen bijkomen, durf ik niet meer.' Een van de huisartsen van het gezondheidscentrum, Vic Dubois, beschreef de samenwerkingsperikelen. De kern van zijn betoog was:

samenwerken is lastig, maar dat men moppert betekent nog niet dat het niet werkt.³⁹ Tijd kostte het allemaal wel.

Naast relationele strubbelingen waren er ook financiële en structurele problemen. Het gezondheidscentrum dat het NHI in Utrecht-Overvecht had willen oprichten, sneuvelde erdoor.⁴² Groepspraktijken en gezondheidscentra waren alleen al duurder doordat onbezoldigde echtgenotes werden vervangen door betaalde doktersassistentes en het praktijkhuis door een gezamenlijk gebouw.¹⁰

Twee van de vier 'huisartsvrouwen' in gezondheidscentrum Withuis: links Annemie van der Grinten, rechts Emmy Crebolder-Van der Velde. De positie van de 'huisartsvrouwen' werd in de periode 1973-1979 uitgebreid in het team besproken.



Teamvergadering gezondheidscentrum Withuis te Venlo, 1973. Vierde van links Harry Crebolder, een van de oprichters van het centrum, later hoogleraar Huisartsgeneeskunde in Maastricht.



Dit alles had voor de gezinnen van huisartsen grote gevolgen. Emmy Crebolder-van der Velde, echtgenote van één van de Withuis-oprichters, beschreef hoe bevrijdend het was. De echtgenotes van de huisartsen bleven betrokken doordat zij de wekelijkse vergaderingen in het gezondheidscentrum bijwoonden.⁴⁰ Toch bekwam sommigen van hen na verloop van tijd het gevoel 'dat er iets van hen was afgenomen'. Vooral toen nieuwe medewerkers zich hardop afvroegen waarom huisartsenvrouwen wél meevergaderden en de achterban van andere disciplines niet. Geheel in de stijl van de tijd werd dit opgelost door ook de echtgenoten van de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkster erbij te vragen.^{41,43}

Een mijlpaal was de goedkeuring in 1975 door de (toenmalige) Ziekenfondsraad van de samenwerkingsovereenkomst tussen de Stichting Gezondheidscentrum Withuis en de ziekenfondsen. Die goedkeuring gold voor een beperkte periode en is naderhand verlengd.²⁰ In feite werd daarmee het gezondheidscentrum als nieuwe voorziening geaccepteerd en voor een deel ook gefinancierd. Dat leidde tot de subsidieregelingen voor gezondheidscentra die nadien werden opgericht.

DE STRIJD VOORBIJ

De discussies over wijkgezondheidszorg en samenwerking maakten deel uit van een breder debat over de taken van de huisarts tussen 1974 en 1983. In de *Structuurnota gezondheidszorg* (1974) was de huisarts aangemerkt als spil in de eerste lijn en poortwachter van de tweede lijn.⁴⁴ Onderling waren huisartsen het echter niet eens over hun taakomschrijving. Van Herk beschrijft hoe LHV en NHG daarover tien jaar lang steggelden met elkaar en met hun achterbannen.⁴⁵ Het NHG publiceerde in 1979 *Hoe helpt de dokter*, waarin de huisarts slechts 'een der werkers' van de eerste lijn was, die mensen met psychosociale problemen snel moest verwijzen naar het maatschappelijk werk. Volgens de LHV zou dit echter de regiefunctie van de huisarts te veel ondermijnen. Uiteindelijk formuleerden de artsenorganisaties in 1983 dan toch gezamenlijk een Basistakenpakket.⁴⁶

Daarin was samenwerking niet langer omstreden.⁴⁷ Het aantal groepspraktijken en gezondheidscentra was snel gegroeid, tot respectievelijk 72 en 96 in 1981. Eén op de tien huisartsen werkte inmiddels in zo'n samenwerkingsverband.⁴⁸

Wel begon langzaam het heilige ideologische vuur te doven. Met enige opluchting schreef Ruut de Melker in 1984 dat 'het tijdperk van de samenwerkingsideologie' achter ons lijkt te liggen. 'Veel vormen van samenwerking kunnen even goed of zelfs beter vanuit de kleinschalige positie van de solohuisarts gerealiseerd worden.'¹²

SPECIALISTEN EN SCHAALVERGROTING

In de samenwerking *buiten* de eerste lijn was begin jaren tachtig nog weinig veranderd. Volgens Huygen was 'de kloof tussen huisarts en ziekenhuisgeneeskunde zelfs groter geworden'.¹² Just Buma, een andere NHG-grondlegger, noemde verwijzing van een patiënt door hem 'uit handen te geven' zonder omhaal schending van een aangegane verbintenis: 'De patiënt wordt (...) abrupt in de steek gelaten, overgeleverd aan zijn angsten en vrezen in een hem vreemde medisch-technologische wereld'.⁴⁹ En De Melker schreef dat de huisartsgeneeskunde, om beter met specialisten te kunnen samenwerken, volwassen moest worden en meer afstand moest nemen van de sociale wetenschappen.

*'Wil de huisarts een volwaardige partner naast en niet tegenover de specialist zijn, dan zal de huisarts zijn taakgebied nauwkeurig moeten aangeven.'*¹²

Het Basistakenpakket was een begrip van deze ontwikkeling, die uitmondde in de NHG-Standaarden. De ontwikkeling van deze standaarden, en later de multidisciplinaire CBO-richtlijnen, is wel beschreven als een 'relatief vredelievende manier om een territoriumstrijd te beslechten'.⁵⁰ Eén van de eerste NHG-Standaarden behandelde het verwijzen naar de tweede lijn. Zeker bij bepaalde groepen patiënten, zoals kinderen met oorpijn, leidden de NHG-Standaarden tot minder verwijzingen.^{51,52} Later volgden Landelijke Transmurale Afspraken en Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken.⁵³

In de jaren negentig kozen veel zorginstellingen in de eerste lijn, waarmee huisartsen samenwerkten, voor schaalvergroting. Lokale kruisorganisaties fuseerden tot thuiszorginstellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen deden mee. De huisarts verloor de regie over deze zorg, die voortaan werd toegewezen door een regionaal indicatieorgaan. Verloskundigen namen de zorg voor zwangeren over en ook fysiotherapeuten kregen meer armslag. In de tweede lijn fuseerden ggz-instellingen en zie-

Cahier over de samenwerking tussen huisarts en specialist, onderdeel van een serie cahiers uitgebracht naar aanleiding van het NHG- Congres 1999 *Kijk naar je eigen...! Huisartsen in gesprek over communicatie en attitude*.



kenhuizen, en werd het aantal bedden gereduceerd.⁵⁴

Voorlopers als het Utrechtse ziekenhuis Oudenrijn zochten al eind jaren zeventig de samenwerking met huisartsen, bijvoorbeeld met het Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn. Huisartsen kregen direct toegang tot specialistisch aanvullend onderzoek – in een tijd dat de diagnostische mogelijkheden van de huisarts nog zeer gering waren.⁵⁵ Ook in Hogeveen en Maastricht kwamen er dergelijke centra, gestimuleerd door de overheid.¹ In IJmuiden startte in 1996 een experimentele huisartsenkliniek na de sluiting van het Zeeweg-ziekenhuis.⁵⁶ In verscheidene regio's organiseerden huisartsen en specialisten meeloopdagen om in elkaars keuken te kijken.

In 1994 gaf de Commissie modernisering curatieve zorg – de commissie-Biesheuvel – vleugels aan de term 'transmurale zorg', die overigens rond Maastricht al eerder werd gebruikt voor de samenwerkingsexperimenten van huisartsen en specialisten.^{57,58} Vooral over het model van onderlinge consultatie van huisarts en specialist, bijvoorbeeld gezamenlijke spreekuren

of groepsconsultaties met orthopeden, cardiologen en psychiaters of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, verschenen geregeld positieve verhalen. In Limburg werd een carroussel voor consultaties opgetuigd.⁵⁹⁻⁶³ Een andere samenwerkingsvorm was de gedeelde zorg, waarin huisarts en specialist onderling afspraken maakten over elkaars rollen bij bepaalde groepen patiënten.⁵⁹

Soepel liep dat niet altijd. Annette Berendsen, werkzaam bij het Groningse huisartsinstituut, zag zoveel projecten mislukken dat ze daardoor het idee van een promotieonderzoek opvatte. Het waren vooral domeinkwesties, kortdurende projectfinanciering en botsende verwachtingen die in de weg zaten. Huisartsen en specialisten wilden elkaar graag leren kennen, maar als ze eenmaal een persoonlijke band hadden, verbleekte de animo voor tijdverslindend overleg. Huisartsen wilden hun kennis vergroten en specialisten kennis en respect voor de huisartsgeneeskunde bijbrengen. Specialist wilden huisartsen graag iets leren, maar hadden niet het idee dat zij iets van hen konden opsteken. De communicatie verliep moeizaam: specialisten klaagden dat huisartsen slecht bereikbaar waren en adviezen niet opvolgden, huisartsen mopperden dat ontslagbrieven hun verwijsvraag niet beantwoordden en bovendien te laat aankwamen.⁶⁴ Zoals eerder binnen de eerste lijn was ook deze samenwerking moeilijker dan gedacht.

Te midden van deze ontwikkelingen kwam de rol van de huisarts als poortwachter ter discussie te staan. Huisartsen benadrukten hoe belangrijk die rol was voor de kwaliteit van zorg.⁶⁵ Anderen erkenden dat deze functie altijd al hinkte op twee gedachten: het beste

voor de patiënt én kostenbesparing in de tweede lijn.⁶⁶ In de praktijk werd de poortwachterrol uitgehold. Patiënten dwongen verwijzingen simpelweg af – er was geen land waar patiënten méér invloed hadden op het verwijsbeleid van huisartsen dan Nederland.⁶⁷ Sommige artsen vonden de poortwachterstaak ook strijdig met goed hulpverlenerschap.^{68,69} Particuliere verzekeraars vroegen niet meer naar verwijsbriefjes bij de declaratie van specialistenrekeningen.⁵²

DAKEN, GROEPEN EN KETENS

Er was dus druk van buiten op de huisartsgeneeskunde, maar ook van binnenuit werden de eisen zover opgeschroefd dat de ambachtelijke organisatievorm van de huisartsenpraktijk, ‘waarin de huisarts als kleine ondernemer verantwoordelijk is voor alle zorgprocessen en alle bedrijfsprocessen, en waarin praktijk en privéleven door elkaar lopen’, niet meer volstond.⁷⁰ Substitutie van specialistische zorg, implementatie van NHG-Standaarden en zorg voor groeiende groepen chronische patiënten maakten de inzet van praktijkondersteuners nodig.⁷¹ Huisartsen werden vanuit de LHV ondersteund met Districts Huisartsen Verenigingen en vonden nieuwe samenwerkingsvormen, zoals huisartsen-onder-één-dak (HOED) en kostenmaatschappen.⁷²⁻⁷⁴ Ook voor de diensten in avond, nacht en weekend werden steeds grotere en professionelere samenwerkingsverbanden opgezet, die uitgroeiden tot een vrijwel landelijk dekkend netwerk van huisartsenposten.⁷⁵ Voor ketenzorgprogramma's rond chronische ziekten zoals diabetes en COPD richtten huisartsen zorggroepen op. Over al deze ontwikkelingen lopen de meningen uiteen.⁷⁶⁻⁷⁸

NHG-directeur Hans van der Voort als poortwachter eerste-tweede lijn. Cabaret NHG-Congres 1995 *Samenwerking huisarts en specialist te Rotterdam. Het meeste gaat vanzelf over...*



Tegenwoordig is huisartsgeneeskunde zonder intensieve samenwerking nauwelijks meer voorstelbaar. In 2012 werkte 83% van de huisartsen op een duo- of groepslocatie en ruim driekwart van de huisartsen neemt deel aan een zorggroep.^{77,79} De solopraktijk waar het allemaal mee begon, wordt misschien wel geschiedenis. ■

Esther van Osselen, Ron Helsloot, Ger van der Werf, Emma van Zalinge

DANKBETUIGING

Met dank aan Martin Bergevoet, die voor dit artikel zijn onderzoeksmateriaal ter beschikking stelde.

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.