

WOUDSCHOTENCONFERENTIE HOUDT BASIS VAN HET VAK TEGEN HET LICHT

‘Huisarts mag best grenzen stellen’

Zestig jaar nadat dat voor het eerst gebeurde, hebben de huisartsen opnieuw de kerntaken en kernwaarden van hun vak vastgelegd. ‘Voor generalisten is nee zeggen niet vanzelfsprekend, maar wel noodzakelijk als we de huisartsenzorg overeind willen houden.’

Tijdstip en plaats gelden als de bakermat van de huisartsgeneeskunde: 23 en 24 januari 1959, hotel Woudschoten te Zeist. Daar en toen werd tijdens de inmiddels legendarische Woudschotenconferentie de functie van de huisarts als volgt geformuleerd: ‘Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen.’ Nader gedefinieerd als ‘het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (een drievoudige taak: curatief, revaliderend en preventief)’. Fraai Nederlands is het niet, maar het is duidelijk wat er wordt bedoeld. Waarbij overigens later de term integrale zorg werd vervangen door generalistische zorg. Sindsdien is er behoorlijk wat veranderd. De huisartsen kregen een eigen opleiding, er kwamen hoogleraren en vakgroepen huisartsgeneeskunde, de huisarts ontwikkelde zich tot een specialist met kennis van ziektes in een ongeselecteerde populatie en de heilzame effecten van generalistische en continue geneeskunde zijn inmiddels empirisch goed onderbouwd.

Denksessies

Dus was het zestig jaar na dato tijd voor een herijking van de huisartsgeneeskundige kernwaarden en kerntaken; voor een nieuwe ‘Woudschotenconferentie’. Die vond afgelopen maandag plaats – bijna dezelfde datum (21 januari), zelfde locatie. In de

aanloop daarnaartoe bracht een commissie van tien huisartsen met verschillende achtergronden de bestaande kwesties in kaart. De commissie stond onder leiding van Henriëtte van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde (Amsterdam UMC, locatie VUmc) en werd begeleid door De Argumentenfabriek. Tijdens zeventig zogeheten ‘denksessies’ gingen op verschillende plaatsen in het land in totaal 1300 huisartsen en huisartsen in opleiding in debat over vraagstukken als de ANW-zorg, preventie en palliatieve zorg. Dat was een groot succes, volgens Rob Dijkstra, bestuursvoorzitter van het NHG; hij constateert ‘groot enthousiasme en veel energie’ onder de deelnemers. De verslagen van die denksessies vormden de basis voor een enquête (zie *kader Enquête*). Uit die verslagen en de resultaten van de enquête destilleerde de commissie vervolgens de kernwaarden en een reeks kerntaken. Die zijn weer besproken met de stuurgroep van dit hele traject en met een klankbordgroep van stakeholders, zoals VWS, patiëntenfederatie, de inspectie, de verzekeraars en andere medische professionals. Het definitieve overzicht daarvan werd afgelopen maandag gepresenteerd.

Toekomstvisie

Maar is deze hele exercitie niet wat merkwaardig? In 2012 presenteerden de huisartsen immers een ‘Toekomstvisie’ voor het jaar 2022. De LHV, het NHG en het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) formuleerden daarin een reeks ambities. Om er een paar te noemen: iedere patiënt heeft naast zijn eigen huisarts slechts één tweede huisarts. Om de continuïteit te waarborgen zullen huisartsen minimaal drie dagen per week op de praktijk aanwezig zijn, tenminste als patiënten op hun naam staan ingeschreven: voor waarnemers en hidha’s geldt dit niet automatisch.

Effecten van generalistische en continue geneeskunde zijn inmiddels goed onderbouwd



GETTY IMAGES

De grenzen van de huisartsgeneeskundige zorg zijn op de Woudschotenconferentie opnieuw besproken.

ENQUÊTE

Dertig vragen en stellingen kregen alle huisartsen en aiossen huisartsgeneeskunde eind oktober 2018 per mail toegestuurd. 3500 van hen reageerden. Die groep was representatief voor de verschillende categorieën huisartsen (huisartsen in dienst, praktijkhouders, waarnemers), al waren de aiossen iets ondervertegenwoordigd.

Algemene conclusie: tussen de antwoorden van de verschillende categorieën op de diverse vragen en stellingen zat relatief weinig variatie: de overeenstemming was dus groot.

Een paar voorbeelden:

Acute spoedzorg leveren tijdens kantooruren: 91-93 procent van alle categorieën huisartsen, inclusief de aiossen, wil dat doen. Ook tijdens avonden, nachten en weekenden wil 96 procent van de respondenten huisartsgeneeskundige spoedzorg leveren: dat wil zeggen dat 'huisartsenzorg beschikbaar is voor vragen die vanuit medisch perspectief niet tot de volgende werkdag kunnen wachten'. Variatie tussen de categorieën (inclusief aiossen): 92-97 procent. Op de stelling 'Ik wil me meerjarig verbinden aan mijn patiëntenpopulatie' zei 96 procent van de respondenten ja.

Alleen de groep waarnemers op wisselende plekken scoorde lager, maar ook van hen wilde altijd nog 79 procent zich meerjarig verbinden aan hun patiëntenpopulatie.

Op de stelling 'Ik wil dat patiënten met een of twee vaste huisartsen een langdurige arts-patiëntrelatie kunnen opbouwen' zei 95 procent ja. Variatie: 88-96 procent.

Op de stelling 'Ik wil verantwoordelijk zijn voor de primaire (universele) preventieactiviteiten voor de populatie in mijn wijk of dorp' zei 87 procent van alle respondenten nee. Variatie: 82-90 procent.

Huisartsenpraktijken zullen flexibele openingstijden kennen, en dus bijvoorbeeld 's middags een paar uur dicht zijn en 's avonds een paar uur open.

Was er ondanks die toekomstvisie na zeven jaar opnieuw bezinning nodig? Ja, zegt zowel Rob Dijkstra als Henriëtte van der Horst. Zeker, de drie kernwaarden van het 'oude' Woudschoten en van die visie – generalistische, persoonsgerichte en continue zorg – staan nog altijd overeind. Maar, zeggen beiden ook, sinds 2012 hebben huisartsen te maken gekregen met de gevolgen van drie grote stelselwijzigingen: in de jeugdzorg, de ggz en de ouderenzorg. Er is daardoor nog meer op hun bordje terechtgekomen. Van der Horst: 'Bovendien is de beroepsgroep sterk aan het veranderen. Kijk alleen maar naar de manier waarop huisartsen hun werkweek willen inrichten en naar het dalende aantal solisten en praktijken. En de substitutie naar de eerste lijn is intussen gewoon doorgegaan.'

Extra kernwaarde

Denksessies en enquête hebben in het licht daarvan geleid tot een paar amendementen op de kernwaarden en het bestaande kerntakenpakket en ze hebben een extra kernwaarde opgeleverd. Zo heet 'generalistische zorg' voortaan nadrukkelijk 'medisch-generalistische zorg'. De huisarts wil bij alle psychosociale kwesties waarover hij wordt geconsulteerd toch vooral dokter blijven. Van der Horst: 'Als iemand slecht slaapt omdat hij schulden heeft, dan kun je dat als huisarts vaststellen, maar de oplossing van dat schuldenprobleem ligt niet op jouw terrein.' Huisartsen moeten in dat opzicht grenzen stellen en nee durven zeggen. En juist voor generalisten is nee zeggen niet vanzelfsprekend, maar dit is wel noodzakelijk als we de huisartsenzorg inclusief onderdelen als palliatieve zorg en ANW-zorg overeind willen houden.' Daarom ook is het trio kernwaarden een kwartet geworden: toegevoegd is de waarde 'gezamenlijk'. Rob Dijkstra: 'Met alle

lichamelijke en psychische klachten kun je bij de huisarts terecht, maar als het gaat om het behandelen en begeleiden van patiënten, dan kan er sprake zijn van bredere sociale problematiek die daar grote invloed op heeft. Daarvoor moet je wijzen op andere zorg- en hulpverleners en is samenwerken met het sociale domein, met de GGD, de gemeente, enzovoort belangrijk. Maar ook binnen de huisartsenzorg is het van groot belang dat we het samen doen.' In het algemeen geldt daarbij: de huisarts voelt zich er verantwoordelijk voor dat zorg goed wordt gecoördineerd, maar dat betekent niet dat hij alles zelf moet doen. Van der Horst geeft een voorbeeld: 'Op het moment dat er in een ziekenhuis een groot aantal specialisten zorg verleent aan jouw patiënt en die coördinatie ontbreekt kun je ze als huisarts erop aanspreken dat één van hen die taak op zich moet nemen.' Ze voegt daaraan toe: 'Als continuïteit van zorg een waarde is – en daar is iedereen het over eens – dan moeten we dit onderwerp 'zorgcoördinatie' ook in de opleiding laten terugkomen.'

ANW-diensten

Samenwerking is ook randvoorwaarde bij het aanscherpen van de ANW-diensten. Een systeem dat nu 'piept en kraakt', aldus Van der Horst. De huisartsen zijn bereid zorg in de ANW-diensten te blijven leveren, maar alleen als het om echte huisartsgeneeskundige, spoedeisende zorg gaat. De enquête-uitslag is wat dat betreft kraakhelder: met de stelling dat reguliere huisartsenzorg in de ANW-uren alleen beschikbaar moet zijn voor vragen die vanuit medisch perspectief niet tot de volgende werkdag kunnen wachten, is maar liefst 96 procent het eens. 'Dat gaat alleen maar werken als we goede afspraken kunnen maken met andere partijen zoals de SEH en bijvoorbeeld de wijkverpleging', zegt Van der Horst.

De enquête laat verder zien dat de overgrote meerderheid van de huisartsen vindt dat primaire preventie niet in hun takenpakket thuishoort. Dijkstra: 'We gaan ons werk meer beperken tot geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele, op de populatie gerichte preventie behoort niet tot ons terrein.'

Bijzondere prestatie

Van der Horst vindt het nieuwe Woudschoten-document 'een bijzondere prestatie'. Al was het maar omdat alle betrokken organisaties (zie *kader Woudschotenconferentie*) zich aan de formulering van kernwaarden en -taken verbonden hebben. Zestig jaar geleden was het een stuk makkelijker: toen zette slechts een klein groepje mannelijke huisartsen de essentialia van hun vak op papier. Van der Horst: 'Nu moesten allerlei soorten huisartsen tot overeenstemming komen: jong en oud, mannen en vrouwen, aiossen, hidha's, waarnemers, praktijkhouders. We verwachtten dan ook dat bijvoorbeeld de kwestie van de ANW-diensten splitsing zou kunnen zijn, maar dat bleek niet het geval. Zolang we het kunnen beperken tot echte spoedeisende vragen, blijkt vrijwel iedereen het erover eens dat dit onze taak is. Huisartsen zijn en blijven trots op hun vak.'

Maar papier is geduldig, weet Van der Horst. 'Het komende jaar

WOUDSCHOTENCONFERENTIE

De nieuwe Woudschotenconferentie is een gezamenlijk initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging LHV (inclusief LHV-Wadi: voor de specifieke aandachtspunten vanuit niet-gevestigde huisartsen), InEen (vereniging van de georganiseerde eerste lijn), het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH), de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH), het actiecomité 'Het roer moet om', de Landelijke Huisartsen Opleiders Vereniging (LHOV) en de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH).

Het nieuwe Woudschoten-document is te vinden op: toekomsthuisartsenzorg.nl.

moeten we met elkaar en met andere partijen in het veld gaan praten over de wijze waarop we het nieuwe Woudschoten-document concreet handen en voeten kunnen geven, zeker waar het gaat om de aanscherping van de ANW-diensten en de invulling van de kernwaarde 'gezamenlijk'. Welke afspraken moeten we maken? Waar gaat het in de praktijk schuren? Dat wordt pas echt lastig.' ■

REACTIES

'POSITIEF EN SAAMHORIG'

We zijn trots op ons vak, er is professioneel en respectvol gedebatteerd, goed ook dat er veel jonge dokters waren – 'Het was geen grijs mannengezelschap van usual suspects', aldus Hans van Santen, huisarts te Velp – maar er zijn wel een paar issues die we moeten regelen. Dat was de teneur van de reacties na afloop van 'Woudschoten 2.0'.

Patricia Pulles, huisarts in Beuningen, kwalificeert de bijeenkomst als 'positief en saamhorig'. Ze noemt het 'uniek en bijzonder' dat alle huisartsenorganisaties hebben samengewerkt bij de totstandkoming van de kernwaarden: 'Als je als beroepsgroep breed duidelijk maakt waar je voor staat, dan is het als individuele huisarts makkelijker om te zeggen waar je niet over gaat. Het doet bovendien goed om te zien dat je er niet alleen voor staat. En het doet een beroepsgroep die soms moe is en overvraagd wordt ook goed dat die wordt gewaardeerd door de patiënten, zoals bleek uit gepresenteerd onderzoek.'

Anneke Kramer, huisarts te Utrecht en hoofd van de huisartsenopleiding LUMC, denkt aan het vervolgtraject: 'We hebben nu bepaald waar we staan, en dus ben ik benieuwd hoe andere partners in de zorg, zoals de medisch specialisten, daarnaar kijken. De vraag is verder hoe we de zorg duurzaam houden met dubbele vergrijzing en gezondheidsachterstanden bij mensen met een lage sociaaleconomische status. Een goede eerste lijn is dan belangrijk: moet de specialist ouderengeneeskunde daar bijvoorbeeld bij?'

Aan dat vervolg denkt ook Hans van Santen: 'We moeten grenzen stellen aan wat er op ons bordje komt. Dus moeten we met andere partijen om tafel. Kijk naar wat er vanuit de ggz op ons af komt. Waarbij je je wel afvraagt: is dat tij nog te keren?'

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE HUISARTS



JOS VAN BEMMEL is praktijkhouder in Amersfoort

Pillenmaffia

Bert Wagendorp heeft gelijk in zijn column van 11 januari in de Volkskrant. De farmaceutische industrie is 'tuig van de richel'. Door leugens over oxycodon heeft Purdue Pharma waarschijnlijk meer verslavingsdoden op zijn naam staan dan Pablo Escobar. De farmaceutische wereld barst van de boeven. Kijk maar eens op healthwatch.eu/nl/top-30-farmaceutische-fraude-veroordelingen-en-boetes. Een deel van hen houdt zich de laatste jaren bezig met weesmedicijnen, middelen tegen zeldzame ziekten. Om fabrikanten aan te zetten dit soort medicijnen te ontwikkelen, heeft de overheid zeer gunstige regelingen getroffen. Omdat er geen concurrentie is, kan de fabrikant vragen wat hij wil. Zo vroeg Vertex 170 duizend euro per patiënt per jaar voor Orkambi, een medicijn tegen cystic fibrosis. De overheid moet wel dokken, zeker als er op de televisie een doodziek kind verschijnt dat zal overlijden zonder het peperdure medicijn. Voor farmaceuten is het zeer lucratief om hun pillen

als weesmedicijnen te laten aanmerken. Zo is bijvoorbeeld Lutathera zes keer zo duur geworden nu het van gewoon medicijn de status van weesmedicijn heeft gekregen. Wagendorp

DE FARMACEUTISCHE WERELD BARST VAN DE BOEVEN

wil dat de politiek de strijd aangaat met deze nietsontziende boeven. Gelijk heeft hij. Maak hun pillen – zeker de weesmedicijnen – na, zoals de Haagse apotheker Paul Lebbink al doet. Doe wat Japan deed in de jaren zestig en zeventig. Hoezo patent? Maak na. En probeer ze juridisch te grijpen. Pas de wet aan. Zoek steun in Europa. Maak dit soort inhumain gedrag strafbaar. Daarnaast moet de politiek wel gaan accepteren dat de gezondheidszorg geen markt is. De beschikbaarheid en prijs van medicijnen behoort als onderdeel van deze zorg dan ook geen markt te zijn. De adviesraad voor de regering stelt in de Volkskrant van 17 januari dat de staatsbank moet terugkeren. Het bankwezen en de farmaceutische industrie zijn vergelijkbare graaiculturen. Doe mij dan ook maar een farmaceutisch staatsbedrijf. Veel te verliezen hebben we niet.