

‘DIT DOET DE HUISARTS IN IEDER GEVAL WÉL’

Wat is de kern van het huisartsenvak? In een recent verschenen document – het resultaat van een grondig proces met veel betrokkenen – zijn de kerntaken nader omschreven en afgebakend. ‘We hebben nog meer helder willen krijgen waar iedere patiënt bij iedere huisarts op kan rekenen.’

TEKST: BERBER BIJMA // FOTOGRAFIE: ROB TER BEKKE

Jenny Heering, huisarts en beleidsmedewerker bij de LHV, was nauw betrokken bij de totstandkoming van Kerntaken in de praktijk, dat eind september werd vastgesteld door de LHV-Ledenraad.

Vanwaar deze nadere uitwerking?

‘Op de Woudschotenconferentie werd duidelijk dat huisartsen het eens zijn over kernwaarden en kerntaken, maar was er tegelijk behoefte om die taken nader te definiëren: wat is medisch-generalistische zorg dan precies wel en niet, wat houdt zorgcoördinatie in? LHV, NHG, VPH en InEen hebben daarom besloten de kerntaken concreet uit te werken. We hebben met het document dat nu is verschenen, geprobeerd nog meer helder te krijgen waar iedere patiënt van iedere huisarts op kan rekenen. Uiteraard is het niet verboden om als huisarts méér dan dat te doen, maar daar kan ieder een eigen weg in kiezen.’

Hoe is de uitwerking tot stand gekomen?

‘Na de Woudschotenconferentie zijn er werkgroepen gemaakt – waar huisartsen zich voor konden aanmelden – die de vijf kerntaken verder hebben uitgewerkt. In die werkgroepen kwamen allerlei ideeën samen, van een strikte taakopvatting tot een wat lossere lijn. Dat zorgde soms voor pittige discussies, maar uiteindelijk ook voor een gedragen document.’

Focusgroepen van meelezende huisartsen zorgden vervolgens voor een aanscherping van de tekst. Daarnaast hebben we externe meelezers gehad, uit de huisartsenorganisaties die het initiatief hadden genomen, maar ook van externe partijen als ziekenhuizen en patiëntenorganisaties. Niet om de tekst te beïnvloeden, maar om te kijken of we het helder hadden verwoord. Met name van patiëntenorganisaties kregen we waardevolle input.’

Wat waren hete hangijzers?

‘Een terugkerende vraag was: in hoeverre wil je keihard grenzen stellen aan de taken van de huisarts? Het resultaat is een document waarin staat wat we als huisartsen in ieder geval wél doen. Dit zijn de dingen waar wij goed in zijn en waar onze meerwaarde als huisarts ligt. Voor het overige staat het uiteraard iedere huisarts vrij om, bijvoorbeeld op basis van eigen interesse en tijd, daarnaast ook andere dingen te doen.’

Ook inhoudelijke onderwerpen als preventie of de zorg voor bijzondere groepen, zijn stevig bediscussieerd. De uitkomst is dat we ons als huisartsen verantwoordelijk voelen voor de huisartsenzorg. Voor andere hulp kunnen anderen worden ingeroepen, die daar vaak beter in zijn dan wij.’

De recent verschenen LHV Aanbodwijzer laat toch ook zien wat wel of geen taak voor de huisarts is?

‘Klopt. De Aanbodwijzer is een instrument van alleen de LHV dat in de vorm van een stroomschema laat zien welke taak je als huisarts wel of niet op je hoeft te nemen – ook daarvoor geldt: het mág uiteraard wel. De vorm en de totstandkoming verschillen, maar in de kern gaan de Aanbodwijzer en het document Kerntaken in de praktijk over hetzelfde. Er is ook wel enigszins een raakvlak met het lopende ANW-project, al gaat dat meer over de organisatie van de ANW-zorg en het kerntakendocument over de inhoud van de zorg.’

Wat heeft de huisarts aan dit document?

‘Helderheid over wat wel of niet bij het basisaanbod van huisartsen hoort, helpt bijvoorbeeld bij het nadenken over de teamsamenstelling: hoe groot wil je het team laten worden, welke taken moet daar sowieso in onderbrengen en hoe ver wil je gaan met aanvullend en bijzonder aanbod? Daarnaast helpt het document om in gesprekken met andere partijen te verwoorden wat ze wel en niet van de huisarts mogen verwachten.’

‘Kerntaken in de praktijk’

Het document Kerntaken in de praktijk is de uitkomst van een proces dat al begon voorafgaand aan de Woudschotenconferentie van 2019. Daar werden de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg opnieuw vastgesteld. De partijen achter het

document gaan hierna aan de slag met herziening van de toekomstvisie op de huisartsenzorg; de huidige Toekomstvisie Huisartsenzorg beslaat de periode tot 2022.

www.toekomsthuisartsenzorg.nl



**FREDERIEKE DE BEVER,
HUISARTS IN EINDHOVEN
'Door dit proces
kan ik mijn grenzen
beter aangeven'**

Frederieke de Bever, huisarts in Eindhoven, dacht al voor de Woudschotenconferentie mee over de formulering van kerntaken en kernwaarden. 'Dit onderwerp gaat me aan het hart. Ik ben sinds 2003 huisarts en zie dat de zorg verandert. De huisarts staat onder druk. Veel vragen komen bij ons terecht, soms is dat onterecht. We leveren prima zorg, maar hoe houden we dat ook de komende jaren behapbaar? We moeten er met z'n allen voor zorgen dat ons prachtige vak prachtig blijft. Een breed gedragen proces om onze kerntaken te formuleren, vind ik daar goed in passen.'

'Ik was betrokken bij de focusgroep die het begrip "medisch-generalistisch" verder uitwerkte. Heel felle discussies waren er niet. We konden ons allemaal goed vinden in de toevoeging "medisch". Het staat patiënten natuurlijk vrij om alle vragen aan ons te stellen, maar we blijven wel in

de eerste plaats dokters. Hetzelfde zie je terug in de discussies die er over preventie zijn gevoerd: aan preventie werken wij in overleg wel mee, bijvoorbeeld via vaccinaties en bevolkingsonderzoeken, maar op populatieniveau is preventie niet de verantwoordelijkheid van huisartsen. Van de persoonlijke preventie zijn we daarentegen wél, bijvoorbeeld door gesprekken te voeren die gericht zijn op het voorkomen van hart- en vaatproblemen en diabetes. En voor die individuele patiënten mag je in groepsverband natuurlijk best meer doen, zoals beweegprogramma's, maar het hoeft niet.'

'Inmiddels weet ik, door mijn ervaring en door mijn betrokkenheid bij dit proces, vrij goed wat op mijn bord hoort en wat niet. We krijgen als huisartsen regelmatig oneigenlijke vragen: even een verklaring tekenen, op verzoek van een

werkgever een hepatitis B-injectie geven, iets regelen in het sociaal domein. Nu onze taken afgekaderd zijn, helpt dat mij om in voorkomende gevallen te zeggen: dit is niet voor mij. Ik kan mijn grenzen beter aangeven. Andersom geldt dus ook: ik weet nu ook goed wat wél bij de huisarts thuishoort en wat ik dus hoor op te pakken.'

'Duidelijkheid betekent overigens niet altijd dat er ook een oplossing is. Van sommige problemen weet ik heel goed dat ze bij de GGZ terecht horen, maar vanwege de lange wachttijden blijven patiënten soms toch nog een tijd bij ons. Een afbakening van onze taken helpt dan in ieder geval om op landelijk niveau ons hard te maken voor verbetering van andere domeinen, zodat problemen niet onterecht bij ons blijven. Op bestuurlijk niveau is dit document daarom ook heel bruikbaar.' ¶

Kankermedicatie van de toekomst wordt vandaag getest



Kijk of jij in aanmerking komt
voor deelname aan klinisch
onderzoek op heyleys.nl

Heyleys



MARLOUS
KONINGSVELD,
HUISARTS IN UTRECHT

**‘Duidelijkheid over
de basis helpt om
keuzes te maken
over extra’s’**

Het is goed dat we met z'n allen hebben nagedacht over wat we willen en wat we kunnen waarmaken', zegt Marlou Koningsveld, huisarts in Utrecht. 'Wij kennen als huisartsen onze patiënten goed en zijn daarom bereidwillig ze te helpen. Maar er komen veel extra taken op ons af en als we goed willen blijven in wat we doen en willen dat anderen ons daarin serieus nemen, moeten we ook onszelf serieus nemen en keuzes maken.' 'Deze herijking helpt om onszelf de vraag te stellen of wij wel altijd de aangewezen en de beste persoon zijn om iemand te helpen. In de praktijk merk ik dat regelmatig vragen krijg die naar mijn idee lang niet altijd op het bord van de huisarts horen. Zoals een verzoek voor een verwijzing voor een IQ-test, omdat op de site van de organisatie staat dat het met een verwijzing van de huisarts wordt vergoed.'

'Helemaal eensgezind over wat onze taak als huisarts niet is, zullen we volgens mij niet worden; gelukkig maar, want dat houdt de discussie en dus ook continue herijking in stand. Daarmee blijft ons vak en onze rol altijd actueel. Het viel me in de werkgroep en de focusgroep op dat we het eerder eens zijn over wat wél onze taak is. Dit document laat voor mij ook zien: we willen en kunnen veel en vinden kiezen best lastig. Ik vind het belangrijk dat we een gezamenlijke visie hebben op wat basishuisartsenzorg is. Over die basis zijn we het eens. Dat helpt om een bewuste keuze te maken in wat je eventueel extra wilt doen.'

'In de praktijk vind ik dat afbakenen overigens nog best lastig. Wij hebben een nieuwe praktijk en dus allemaal patiënten die bij een andere huisarts vandaan komen. Dat maakt 'nee'

zeggens soms wel lastiger: mensen denken dat wij per definitie hetzelfde doen als hun vorige huisarts.'

'Ik zie dit visiedocument als een startpunt. Het zou mooi zijn als er een nog meer concrete en gedetailleerde uitwerking komt die in de dagelijkse praktijk houvast biedt. In het overleg met andere professionals vind ik dit document heel belangrijk: we kunnen teruggrijpen op een behoorlijk heldere afbakening van wat bij de huisarts thuishoort. Dit document is daarmee een mooie basis om lokaal afspraken te maken over samenwerking en het helder krijgen van verantwoordelijkheden. En wellicht helpt het ook voor het maken van afspraken met verzekeraars.'¶

VAN DER SCHOOT ARCHITECTEN bv BNA SCHIJNDEL



ONTWERP • ARCHITECTUUR
INTERIEUR • DIRECTIEVOERING
BOUWMANAGEMENT • HAALBAARHEID

WWW.VANDERSHOOTARCHITECTEN.NL

U zorgt voor anderen, wij voor u!

Wilt u starten als waarnemend huisarts? Bent u bezig met een praktijkovername of kunt u wel wat advies gebruiken bij het maken van de juiste beslissingen voor uw praktijk? Countus helpt bij iedere fase van uw carrière. Dus heeft u fiscale, financiële of juridische vragen? Zakelijk of privé? Wij zijn er voor u.

Countus

088 56 57 475

zorgenwelzijn@countus.nl

Countus
daar reken je op

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Akliel 50 microgram/g, crème. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Eén gram crème bevat 50 microgram trifarotene. Hulpstof met bekend effect: Eén gram crème bevat 300 milligram propyleenglycol (E1520). Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1 van de SKP. **FARMACEUTISCHE VORM:** Crème. Witte, homogene crème. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Akliel is geïndiceerd voor de cutane behandeling van acne vulgaris in het gezicht en/of op de romp bij patiënten van 12 jaar en ouder wanneer een grote hoeveelheid comedonen, papels en pustels aanwezig is. **DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING:** Dosering: Breng eenmaal daags 's avonds een dunne laag Akliel crème aan op de aangedane plaatsen in het gezicht en/of op de romp, op een schone en droge huid. Het wordt aanbevolen dat de arts de voortdurende verbetering van de acne van de patiënt na drie maanden behandeling beoordeelt. **Speciale groepen, Ouderen:** De veiligheid en werkzaamheid van Akliel bij geriatrische patiënten van 65 jaar en ouder zijn niet vastgesteld. **Nier- en leverinsufficiëntie:** Er is geen onderzoek verricht naar Akliel bij patiënten met nier- en leverinsufficiëntie. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van Akliel bij kinderen jonger dan 12 jaar zijn niet vastgesteld. **Wijze van toediening:** Uitsluitend voor cutaan gebruik. **Vóór het eerste gebruik** moet u de pomp voorbereiden door er een aantal keer op te drukken totdat er een kleine hoeveelheid geneesmiddel uit komt (maximaal 10 keer). Dan is de pomp klaar voor gebruik. Breng eenmaal daags 's avonds een dunne laag Akliel crème aan op de aangetaste plaatsen in het gezicht (voorhoofd, neus, kin, linker- en rechterwang) en op alle aangetaste plaatsen op de romp, op een schone en droge huid: Eén keer pompen zou voldoende moeten zijn voor het gezicht (d.w.z. voorhoofd, wangen, neus en kin). Twee keer pompen zou voldoende moeten zijn voor het bovenste deel van de romp (d.w.z. bereikbare bovenrug, schouders en borst). Er kan nog één keer extra worden gepompt voor de midden- en onderrug indien hier acne aanwezig is. De patiënt moet aangeraden worden om contact met de ogen, oogleden, lippen en slijmvliezen te vermijden en de handen te wassen na het aanbrengen van het geneesmiddel. Aanbevolen wordt om vanaf het begin van de behandeling naar behoefte een hydraterend product te gebruiken, waarbij de huid vóór en na het aanbrengen van Akliel crème voldoende tijd moet krijgen om te drogen. **CONTRA-INDICATIES:** Zwangerschap (zie rubriek 4.6 van de SKP); vrouwen die zwanger willen worden; overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de in rubriek 6.1 van de SKP vermelde hulpstoffen. **BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** Bij het gebruik van Akliel crème kunnen erythem, schilferen, droogheid en een prikkend/brandend gevoel worden ervaren (zie rubriek 4.8 van de SKP). Om het risico op dergelijke reacties te beperken, moet de patiënt aangeraden worden om vanaf het begin van de behandeling een hydraterend product te gebruiken en, indien nodig, de aanbrengfrequentie van Akliel crème te verlagen of tijdelijk te stoppen met het gebruik ervan. Indien zich ondanks risicobeperkende maatregelen ernstige reacties blijven voordoen, kan de behandeling worden stopgezet. Het middel mag niet worden aangebracht op slijwonden, schaafwonden, eczematuze of door de zon verbrande huid. Niet zoals bij andere retinoiden dient "waxen" te worden vermeden als methode voor ontharing van huid die met Akliel wordt behandeld. Indien zich een reactie voordoet die gevoeligheid voor een van de bestanddelen van de formule doet vermoeden, dient met het gebruik van Akliel te worden gestopt. Voorzichtigheid is geboden indien tegelijk met het geneesmiddel cosmetica of acnemedicatie met een desquamatie, irriterend of uitdrogend effect worden gebruikt, aangezien zij bijkomende irriterende effecten kunnen veroorzaken. Akliel mag niet in contact komen met de ogen, oogleden, lippen of slijmvliezen. Indien het middel in het oog terechtkomt, dient het oog meteen te worden gespoeld met een overvloedige hoeveelheid warm water. Gedurende de behandeling dient overmatige blootstelling aan zonlicht, met inbegrip van zonnebanklampen of lichttherapie, te worden vermeden. Wanneer blootstelling niet kan worden vermeden, wordt aanbevolen om op de behandelde plaatsen een breedwerkende, waterproof zonnebrandcrème met beschermingsfactor (Sun Protection Factor, SPF) 30 of hoger te gebruiken en de behandelde huid met kleding te bedekken. Dit middel bevat propyleenglycol (E1520), dat huidirritatie kan veroorzaken. **BIJWERKINGEN:** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel:** Lokale huidreacties zoals erythem, schilferen, droogheid en een prikkend/brandend gevoel werden los van andere bijwerkingen verzameld als maatstaf voor lokale tolerantie. Deze huidreacties kwamen zeer veel voor en zijn in het gezicht licht, matig ernstig en ernstig bij respectievelijk 39%, 29,7% en 6,2% van de patiënten. Op de romp ervoer 32,9%, 18,9% en 5,2% van de patiënten respectievelijk lichte, matig ernstige en ernstige reacties. De maximale ernst deed zich in het gezicht doorgaans voor in week 1 en op de romp in week 2 tot 4, en nam af bij voortzetting van het gebruik van het geneesmiddel. De maximale ernst deed zich in het gezicht matig ernstig en ernstig bij 1,2% van de patiënten. De maximale ernst deed zich op de plaatsen van aanbrengen, pruritus en zonnbrand op de plaatsen van aanbrengen, die voorkwamen bij 1,2% tot 6,5% van de patiënten die in klinische onderzoeken werden behandeld met Akliel crème. **Overzicht van bijwerkingen:** de bijwerkingen zoals gemeld in de 12-weekse vehiculumecontroleerde fase 3-onderzoeken bij 1220 patiënten behandeld met Akliel crème (en waarvoor het percentage voor Akliel crème hoger is dan voor vehiculumecontroleerd) worden ingedeeld naar systeem/orgaanklasse en frequentie volgens de volgende conventie: zeer vaak ($\geq 1/10$), vaak ($\geq 1/100$ tot $< 1/100$), soms ($\geq 1/1.000$ tot $< 1/1.000$), zeer zelden ($\geq 1/10.000$ tot $< 1/10.000$), niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Algemene aandoeningen en Toedieningsplaats-toxisis:** vaak: irritatie op de plaats van aanbrengen, pruritus op de plaats van aanbrengen; soms: pijn op de plaats van aanbrengen, droogheid op de plaats van aanbrengen, verkleuring op de plaats van aanbrengen, erosie op de plaats van aanbrengen, uitslag op de plaats van aanbrengen, zwelling op de plaats van aanbrengen; zelden: erythem op de plaats van aanbrengen, urticaria op de plaats van aanbrengen, blaasjes op de plaats van aanbrengen; **Letsels, intoxicaties en verichtingscomplicaties:** vaak: verbranding door de zon; **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** soms: huidirritatie, acne, allergische dermatitis, erythem; zelden: asteatotisch eczeem, seborrheische dermatitis; branderig gevoel van de huid, huidfissuren, hyperpigmentatie van de huid; **Oogaandoeningen:** zelden: afschilfering van de ooglidhuid, ooglidrootheid; **Maagdarmstelselaandoeningen:** zelden: chelitis; **Bloedvataandoeningen:** zelden: blozen. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Galderma Benelux B.V., Gravinven van Nassauboulevard 91, 4811 BN Breda, Nederland. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** BE554142 (pomp)/RVG 124058. **AFLEVERINGSWIJZE:** op medisch voorschrift/UR. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 02/2020

Referenties:

1. Tan J. et al. Randomized Phase 3 Evaluation of Trifarotene 50 µg/g Cream Treatment of Moderate Facial and Truncal Acne. J Am Acad Dermatol. 2019 Jun;80(6):1691-1699.
2. Blume-Peytavi U. et al. Long-term Safety and Efficacy of Trifarotene 50 µg/g Cream, a First-In-Class RAR-γ Selective Topical Retinoid, in Patients With Moderate Facial and Truncal Acne. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2020 Jan;34(1):166-173.

Galderma Benelux B.V.
Gravinven van Nassauboulevard 91 • 4811 BN Breda • Nederland
Tel: +31 (0) 182 69 19 19 • info.nl@galderma.com • www.galdermabenelux.com

BNL/RX/0171/0720b
opgesteld op 07/20
Galderma Benelux B.V.

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Soolantra 10 mg/g crème **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Eén gram crème bevat 10 mg ivermectine. **Hulpstoffen met bekend effect:** Eén gram crème bevat 35 mg cetyl alcohol, 25 mg stearyl alcohol, 2 mg methylparahydroxybenzoesaat (E218), 1 mg propylparahydroxybenzoesaat (E216) en 20 mg propyleenglycol. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1 van de SKP. **FARMACEUTISCHE VORM:** Crème. Witte tot lichtgele, hydrofiële crème. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** topische behandeling van inflammatoire laesies als gevolg van rosacea (papulopustuleus) bij volwassen patiënten. **DOSERING:** Eenmaal daags aanbrengen gedurende 4 maanden. Soolantra dient gedurende de behandelingskuur dagelijks te worden aangebracht. De behandelingskuur mag worden herhaald. Indien er na 3 maanden geen verbetering is, dient de behandeling te worden gestopt. Een hoeveelheid geneesmiddel ter grootte van een erwt cutaan aanbrengen op elk van de vijf gebieden van het gezicht: voorhoofd, kin, neus en elke wang. Het geneesmiddel dient in een dunne laag te worden uitgesmeerd over het hele gezicht waarbij de ogen, lippen en slijmvliezen vermeden dienen te worden. Cosmetica mogen worden aangebracht nadat het geneesmiddel is opgedroogd. **Leverinsufficiëntie:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een ernstige leverinsufficiëntie. **Pediatrische patiënten:** De veiligheid en werkzaamheid van Soolantra bij kinderen en adolescenten in de leeftijd jonger dan 18 jaar zijn niet vastgesteld. **CONTRA-INDICATIES:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen. **BIJWERKINGEN:** De vaakst gemelde bijwerkingen zijn branderig gevoel van de huid, huidirritatie, pruritus, droge huid, erythem. Deze kwamen voor bij 1% of minder van de patiënten die in klinisch onderzoek met het geneesmiddel werden behandeld. Deze bijwerkingen waren doorgaans licht tot matig ernstig van aard en verminderden doorgaans bij voortzetting van de behandeling. Er werden geen betekenisvolle verschillen waargenomen in de veiligheidsprofielen tussen proefpersonen in de leeftijd van 18 tot 65 jaar en proefpersonen vanaf 65 jaar. Hierbij vindt u de bijwerkingen die verband houden met de behandeling, geproëpeerd naar systeem/orgaanklasse en absolute frequentie. **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** vaak ($\geq 1/100$, $< 1/100$): branderig gevoel van de huid; soms ($\geq 1/1000$, $< 1/100$): huidirritatie, pruritus, droge huid, verergering van rosacea; niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald): erythem, contactdermatitis (allergisch of irriterend), gezwollen gezicht. **Onderzoeken:** niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald): toename van transaminasen. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Galderma Benelux B.V., Gravinven van Nassauboulevard 91, 4811 BN Breda, Nederland. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** RVG 115310. **AFLEVERINGSWIJZE:** op medisch voorschrift. **DATUM VAN GOEDKEURING VAN DE TEKST:** 03/2019

Referenties:

1. Taieb A. Ee al, Br J Derma tol.2015Apr;172(4):1103-10. 2. Webster G. et al, J Dermatol Treat. 2017 Aug;28(5):469-474.

Galderma Benelux B.V.

Gravinven van Nassauboulevard 91, 4811 BN Breda, Nederland. Tel: +31 (0) 182 69 19 19, Fax: +31 (0) 183 69 19 18, info.nl@galderma.com • www.galdermabenelux.com

BNL/SOO/0073/0319(1)
Opge maakt op 08/19

PIM KEURLINGS,
HUISARTS IN NIJMEGEN

**‘We moeten goed
voor patiënten
zorgen, maar ook
voor elkaar’**



Pim Keurlings rondde enkele jaren geleden zijn opleiding als huisarts af en werkt nu in Nijmegen. Hij ziet veel jonge collega's 'worstelen met verantwoordelijkheden en twifelen of ze wel in het huisartsvak thuis horen'. Voor hem was dat aanleiding zich bezig te houden met de kernwaarden en kerntaken, van de eerste denksessies in 2018 tot en met de focusgroepen van dit voorjaar. 'In de geneeskunde en in de samenleving zijn we als huisartsen een soort achtervang. "U kunt het altijd nog even bespreken met uw huisarts" – hoe vaak wordt dat niet gezegd? Wij krijgen een grote variatie aan hulpvragen en noodkreten voorgelegd. Dat is inherent aan ons vak, maar het is wel fijn dat deze herijking een kader geeft aan wat wel en niet bij ons hoort. Ik denk dat de beroepsgroep daarmee ook een stap zet om collega's niet te verliezen. Want als huisartsen moeten we

natuurlijk goed voor patiënten zorgen, maar ook voor onszelf en elkaar.'

'Met dit document zijn we er nog niet. Wij kunnen wel vaststellen wat onze grenzen zijn, maar daarmee is nog niet altijd vanzelfsprekend dat een patiënt elders wél terecht kan, bijvoorbeeld omdat de GGZ lange wachtlijsten heeft. In de focusgroep over terminaal-palliatieve zorg hoorde ik dat de thuiszorg in sommige regio's niet in staat is goede terminale zorg bij patiënten thuis te regelen en dat patiënten puur om die reden soms naar een hospice gaan. Kortom: wij kunnen wel zeggen waar onze grenzen liggen, maar dat blijven holle uitspraken als de zorg achter die grenzen niet goed is geregeld. Daarom hoop ik dat dit document zorgt voor landelijke vervolgstappen op politiek-bestuurlijk vlak, zodat de zorg van andere partijen beter wordt georganiseerd. Voor de GGZ hebben we al treeknormen,

wellicht kunnen die er ook komen voor sociale wijkteams, gemeenten, leefstijlprogramma's of andere hulp waar je mensen snel naartoe wilt kunnen verwijzen. Anders blijven mensen bij ons aankloppen en komen we alsnog niet toe aan de vastgestelde kerntaken.'

'In iedere discussie in de focusgroep kwamen we terug bij de kernvraag: zou iedere Nederlandse huisarts dit moeten doen? Sommige huisartsen hebben goede ervaringen met preventie-activiteiten zoals een wandelclub, of ze hechten aan 24-uurs beschikbaarheid voor terminale patiënten. Maar zou iedereen het móeten doen? Nee.' 'In mijn dagelijks werk merk ik dat ik nu meer houvast heb om soms beargumenteerd te zeggen dat "wij als huisartsen dit niet doen". Maar ik blijf ermee worstelen dat het vervolgens niet altijd lukt iemand anders aan te wijzen die die taak wél doet, en goed.' ¶