



HECHTINGEN VAN DE  
SPECIALIST VERWIJDEREN:

‘Dat doet  
de huisarts

NIET

Steeds meer zorg gaat van de tweede lijn naar de huisarts. Dat zorgt al voor meer werk(druk) maar de huisarts krijgt daar bovenop ook nog steeds veel oneigenlijke taken in de schoenen geschoven. Verwijzingen, briefjes, herhaalmedicatie – iedere huisarts heeft wel voorbeelden van anderen die zeggen: ‘Dat doet de huisarts wel’. Weigeren kost vaak meer tijd dan het toch maar even doen. Toch is weigeren op de lange termijn het enige dat helpt om als huisarts het echte huisartsenwerk te kunnen blijven doen: ‘Nee zeggen om weer ja te kunnen zeggen’, zoals het werd genoemd in de Ja/Nee-campagne die de LHV afgelopen voorjaar organiseerde. Ook op de landelijke actiedag van 1 juli was er aandacht voor de taken die bij de huisarts worden geparkeerd, maar daar niet horen. Drie huisartsen vertellen hoe zij omgaan met oneigenlijke verzoeken en wat zij zien als oplossing voor de langere termijn.

TEKST: BERBER BIJMA

## ‘Onze werkdruk is afgenomen, misschien wel mede door consequent “nee” te zeggen’

In de Culemborgse praktijk waar Marieke van Lankveld als huisarts werkt, steekt het hele team er sinds drie jaar energie in om alle verzoeken die niet bij de huisarts horen, te weigeren. ‘Hechtingen verwijderen die volgens het DBC in het ziekenhuis eruit gehaald moeten worden, is iets wat bij ons regelmatig voorkomt. Zo zag ik tussen Kerst en Oudjaar een patiënt bij wie de hechtingen er al twee weken inzaten en bij wie de wond één grote, broeierige boel was geworden. De patiënt zei dat hij de instructie had gekregen de hechtingen er bij de huisarts uit te laten halen. Het bleek dat hij een langer traject had gehad met meerdere ingrepen. In zo’n geval hoort de specialist echt zelf te zien hoe die wond zich ontwikkelt. En natuurlijk al helemaal omdat dat in het DBC staat. Als wij de hechtingen eruit halen, betaalt de zorgverzekeraar dubbel. In ongeveer de helft van de gevallen ontstaat discussie. Voor de patiënt heel vervelend, want die krijgt de instructie om naar de huisarts te gaan, maar krijgt vervolgens de kous op de kop. Wij

hebben onze assistenten echter strak geïnstrueerd en ze houden zich eraan: een handeling die in het ziekenhuis hoort te gebeuren, doen wij niet. Ik denk dat je bestaande afspraken ook beter ICT-matig kunt ondersteunen: als het uithalen van hechtingen in het DBC staat, dan moet het ICT-systeem toch niet de vrijheid geven om dat niet te doen? Wij zijn er nu zo’n drie jaar mee bezig om consequent niet te doen wat wij niet horen te doen. Het is lastig om te zeggen of dat inmiddels echt effect heeft. Er blijven dingen komen, maar misschien hadden we het nog veel drukker gehad als we er geen werk van hadden gemaakt. Onze werkdruk is de afgelopen jaren afgenomen. Dat komt deels doordat we over zijn op consulten van vijftien minuten, maar het kan goed dat het weigeren van werk dat niet bij ons hoort, ook bijdraagt aan een lagere werkdruk. Een recent voorbeeld was dat we van de wijkverpleging hoorden dat er een briefje van de huisarts moest komen voor een aantrekhulp voor steunkou-

sen. Reuze handig, zo’n ding, maar in feite niets anders dan een Arbo-maatregel voor wijkverpleegkundigen. Het is absurd dat de zorgverzekeraar daarvoor een briefje van de huisarts wil. Er is vaak geen opzet bij andere zorgverleners of in de tweede lijn, maar er wordt simpelweg niet procesmatig gedacht. Als een andere partij niet precies weet hoe het moet, moet er maar een krabbel van de huisarts onder. Wij hebben onze assistentes heel duidelijk geïnstrueerd: briefjes gaan altijd via ons. En als praktijk schrijven wij ze vervolgens alleen als dat onze taak is. Zo ook met hechtingen: wij halen ze er alleen uit als dat bij ons hoort. Ik vroeg een van de assistentes onlangs nog of ze dat nog steeds een fijne afspraak vindt. “Zéker sta ik daarachter”, zei ze. Het geeft op een bepaalde manier geremoedsrust en een gevoel van controle als je bewust omgaat met wat je wel en niet doet, in plaats van het over je heen te laten komen. Een patiënt die postoperatief Oxycodon nodig heeft, moet dat niet aan ons vragen, maar aan de specialist. We herhalen geen psychofarmaca als er geen brief van de specialist is met verzoek tot overname van de zorg. Het terugsturen van verzoeken die niet bij ons horen kost energie, maar wij staan er als team achter en het verhoogt ons werkplezier. Overigens: wij hebben een fijne patiëntenpopulatie, die vertrouwen in ons heeft. Dat draagt er ongetwijfeld aan bij dat we deze aanpak kunnen volhouden.’

# Let's Talk Doctor's Bags.

vanAker



Een dokterstas hoeft niet standaard te zijn. Als huisarts ben je toch ook niet standaard? Bij VanVeer maken we gepersonaliseerde dokterstassen voor medisch professionals. Je ontwerpt je eigen dokterstas, die past bij jouw persoonlijkheid.

Met onze 3D Design Tool kies je zelf de kleuren en prints van het leer en voegt vakken toe naar keuze. Het resultaat:

Een dokterstas die 100% jou is!

Laat je inspireren door onze Instagram @vanveerbags en ontwerp je toekomstige tas op [vanveer.com](http://vanveer.com)

## VAN DER SCHOOT ARCHITECTEN bv BNA SCHIJNDEL



ONTWERP • ARCHITECTUUR  
INTERIEUR • DIRECTIEVOERING  
BOUWMANAGEMENT • HAALBAARHEID

[WWW.VANDERSCHOOTARCHITECTEN.NL](http://WWW.VANDERSCHOOTARCHITECTEN.NL)



FOTO: ANNELIEN NIJLAND

## Dat doet de huisarts

NIET

### 'Het is geen onwil vanuit het ziekenhuis, eerder onwetendheid'

**S**ofieke Wijers voltooide de hele opleiding tot cardioloog en besloot toen om toch huisarts te worden. Ze werkt sinds een halfjaar als huisarts in opleiding in een huisartsenpraktijk in Maarssen. Ze kent de eerste én de tweede lijn dus van binnenuit, hoewel ze benadrukt in huisartsenland nog maar kort mee te lopen. 'Ik realiseer me nu dat het best lastig is om inzicht in elkaars werk en werkwijze te hebben. Pas nu ik zelf in de huisartsenpraktijk werk, kom ik erachter wat

een huisarts precies doet en hoe. Huisartsen kunnen talrijke voorbeelden geven van zaken die bij het ziekenhuis horen, maar die bij de huisarts terecht komen. Verwijzingen bijvoorbeeld. Ik heb al een aantal keer meegemaakt dat de patiënt vraagt om een nieuwe verwijzing naar een specialist. De laatste afspraak bij diezelfde specialist was meer dan een jaar geleden en dan is er volgens de secretaresse van de polikliniek een nieuwe verwijzing nodig. Dat is een hardnekkige misvatting, maar wel

eentje die vrij gemakkelijk ondervangen kan worden met meer aandacht voor de bestaande afspraken hierover. Nu bel ik in mijn "enthousiasme" nog naar de betreffende polikliniek om die afspraken uit te leggen, maar laten we eerlijk zijn: een nieuw verwijsbriefje is sneller geschreven.

Ook bij de zorg na ontslag als iemand in het ziekenhuis opgenomen is geweest, merk ik dat het vaak nodig is om als huisarts de patiënt bij te staan. Als een patiënt na ontslag vragen heeft of opnieuw klachten krijgt, lukt het de patiënt zelf vaak niet om met een arts in contact te komen. Voelen specialisten dezelfde urgentie voor dit soort problematiek als de huisartsen? Dat vraag ik me af.

Het is denk ik geen onwil, maar vooral ook onwetendheid. De specialist is vaak niet direct bij deze interacties betrokken. Wie heeft overzicht over hoe vaak dit misloopt op alle verschillende afdelingen in het ziekenhuis en wie wijst alle betrokkenen daarop?

Vanwege dat gebrek aan coördinatie denk ik dat we hier niet alleen als individuele huisartsen werk van moeten maken. Er moet lokaal en regionaal actie ondernomen worden. Per ziekenhuis zou iemand verantwoordelijk moeten zijn voor de coördinatie van de overdracht van en naar huisartsen. Met deze mensen kunnen we als huisartsen in gesprek gaan. Gewoon een praktisch overleg over hoe we dit soort zaken het beste kunnen organiseren en hoe we bestaande afspraken meer bekendheid kunnen geven.

Voor de langere termijn zou het ook uitmaken als er in de opleiding gelegenheid is voor een inkijkje in elkaars wereld. Dat geeft meer inzicht in de mogelijkheden en onmogelijkheden en vergroot tegelijkertijd het wederzijdse begrip.'

PROMEDICO®



Een HIS waar jij centraal staat, je behoeften worden begrepen én waar het moeilijke makkelijk wordt gemaakt.



Wij maken het mogelijk. Meer weten?

Scan met je telefoon of ga naar [omnihis.nl](http://omnihis.nl)



Dat doet  
de huisarts

NIET

## ‘Dit probleem moeten we landelijk en regionaal aanpakken’

**M**arius Hartel, huisarts in Delft, vindt dat huisartsen er gezamenlijk werk van moeten maken dat ze geen taken in de schoot geworpen krijgen die niet bij hen thuishoren. ‘We hebben hele goede afspraken in het kader van Ontregel de zorg. Het is alleen heel moeilijk om als individuele huisarts ervoor te zorgen dat anderen zich eraan houden. Dat moeten we regionaal en landelijk doen. Wat mij betreft gaat het dan vooral om administratieve zaken

die op ons bord komen. Een psycholoog of orthoptist kan bijvoorbeeld zelf verwijzen, maar weet dat vaak niet en stuurt de patiënt naar de huisarts voor een verwijzing. We moeten ook de hand in eigen boezem steken: veel huisartsen kennen de afspraken ook niet precies. Bovendien: weigeren kost vaak meer tijd en energie dan het toch maar even doen. Maar als wij met z’n allen geen nee zeggen, verandert het niet. In mijn regio zetten de zorggroep en de

huisartsencoöperatie een project op voor vermindering van administratieve lasten. Er worden de komende tijd op bestuurlijk niveau afspraken gemaakt, ketenpartners gaan er allemaal in hun eigen organisatie mee aan de slag. Wat nu al gebeurt, is dat in het bulletin van de zorggroep wekelijks één afspraak vanuit Ontregel de zorg wordt toegelicht. Bedoeling is dat huisartsen en andere zorgverleners zo gaandeweg kennis en bewustzijn krijgen over wat je wel en niet aan de huisarts kunt vragen. Nu de werkdruk voor huisartsen zo in het nieuws is, is dit het ideale moment om dit op te pakken.

In mijn praktijk loop ik bijvoorbeeld aan tegen die verwijzingen van een psycholoog, die vindt dat een patiënt ergens anders verder behandeld moet worden. Collega-ggz-organisaties accepteren soms alleen een verwijzing van de huisarts, terwijl toch echt is afgesproken dat ggz instanties onderling naar elkaar door kunnen verwijzen.

‘Dat doet de huisarts wel’ is niet alleen iets dat je hoort over andere zorgverleners. Het zijn ook gemeenten, scholen en zelfs golfclubs die dat tegen mensen zeggen. Scholen willen bijvoorbeeld een intelligentie-onderzoek, de golfclub wil een verklaring van de huisarts dat iemand niet mobiel is, voordat ze een golfkarretje ter beschikking stellen. Voor dit soort gevallen heb ik een standaardbriefje van de KNMG waarin staat dat de huisarts zulke verklaringen niet afgeeft. Als ik twijfel of ik iets wel of niet moet doen, kijk ik op Ontregel de zorg, ordz.nl.

Problemen met opdrachten en verzoeken van specialisten hebben we helaas in onze regio ook. We proberen hier

## ‘Als de ene partij wijst naar de andere, probeer ik ze samen aan de lijn te krijgen’

zo veel mogelijk via het transmuraal overleg aandacht voor te vragen. Een goed idee kwam onlangs van een internist uit ons lokale ziekenhuis; zij stelde voor alle nieuwe aios en anios interne geneeskunde als onderdeel van hun introductie een dag met de huisarts mee te laten lopen. Wij kunnen dan de bestaande afspraken toelichten en ze uitleggen dat ze bijvoorbeeld labonderzoek na ontslag zelf moeten regelen. Onze hagro gaat binnenkort beginnen met deze samenwerking. Wat moeilijk uit te roeien bleek te zijn, was de vraag van psychiaters aan huisartsen om een ECG te maken voor patiënten die op bepaalde medicatie ingesteld moesten worden. Als ik zei dat de psychiater dit zelf moest regelen door bijvoorbeeld de patiënt naar de poli cardiologie te verwijzen, werd er gezegd dat de patiënt de kosten hiervan zelf zou moeten betalen; als het via de huisarts liep, zou het geen extra kosten met zich meebrengen. Het bleek dat er helemaal geen afspraken gemaakt waren tussen de ggz en het ziekenhuis over het factureren. Omdat ze het via de huisarts ook voor elkaar kregen, werden die afspraken ook niet gemaakt. Door de zorgverzekeraar – die dubbel financierde, via de

DBC en een ECG bij de huisarts – erbij te betrekken, zijn er inmiddels wel afspraken tussen het ziekenhuis en de ggz gemaakt. Wij krijgen dit verzoek nu niet meer.

Ik probeer zoveel mogelijk dingen die niet op mijn bord horen te liggen, niet te doen. Als de ene partij wijst naar de andere, probeer ik ze samen aan de lijn te krijgen. Maar het is natuurlijk helemaal niet efficiënt dat ik als individuele huisarts tegen dit probleem vecht. We moeten het regionaal oppakken. En vooral ook: allemaal sámen als huisartsen dingen niet doen. Ik krijg soms te horen: ‘U bent de enige die moeilijk doet’.

Als wij het als huisartsen lastig vinden om nee te zeggen, maken anderen daar misbruik van. Het werkt alleen als we allemaal weigeren én op een hoger niveau dan dat van de individuele huisarts werk maken van de bekendheid van bestaande afspraken.

Er is al veel in gang gezet om goede onderlinge afspraken te maken en met de recente acties en berichten over werkdruk vindt iedereen de huisarts zo langzamerhand ook wel een beetje zelig, dus dit is het moment om door te pakken en op onze strepen te gaan staan.’

## Zuid-Holland Noord: regelmatig overleg tussen huisartsen en ziekenhuizen

**I**n de regio Zuid-Holland Noord weten ziekenhuizen en huisartsen elkaar al een tijd te vinden voor laagdrempelig overleg, vertelt Suzanne Schmeink. Zij is contactpersoon voor de huisartsen in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). ‘We hebben al sinds 2015 afspraken over de samenwerking in de ketenzorg. Dat gaat goed, maar er is natuurlijk ook veel andere zorg. Daarover is overleg op verschillende niveaus, van bestuurlijk tot praktisch operationeel.’

‘Het gaat zeker nog weleens mis, bijvoorbeeld met taken die in het ziekenhuis horen, maar tussen de regels door naar huisartsen gaan, bijvoorbeeld een verzoek voor een nieuwe verwijzing. Er blijken daarnaast nog steeds wel processen te bestaan waar geen precieze afspraken over zijn. Zowel huisartsen als specialisten kunnen daarover bij ons aan de bel trekken; de meeste signalen komen van huisartsen. Zo hadden we onlangs een casus van iemand die gezwachteld moest worden en daarvoor is teruggestuurd naar de huisarts. Dit soort signalen is voor ons aanleiding geweest om een regionaal overleg te organiseren met gemandateerde specialisten en huisartsen over een betere onderlinge afbakening van taken. Dat overleg vindt binnenkort plaats.’

In diverse werkgroepen van kaderhuisartsen en medisch specialisten worden praktische afspraken gemaakt, vertelt Schmeink. ‘Binnenkort is er in zo’n werkgroep bijvoorbeeld overleg over patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat en patiënten met osteoporose. Over patiënten met hartfalen en atriumfibrilleren hebben we onlangs afspraken gemaakt. Daarvoor kunnen nu meer patiënten terecht in de eerste lijn. De huisarts is dan hoofdbehandelaar, krijgt daarvoor ook scholing en uiteraard een vergoeding.’

De winst van de afgelopen jaren is niet dat alles perfect verloopt, zegt Schmeink, maar wel dat huisartsen en specialisten elkaar goed weten te vinden via de contactpersoon huisartsen. ‘Grote voordeel is dat we elkaar weten te vinden en dat zowel huisartsen als de ziekenhuizen nu een duidelijk loket hebben om concrete casussen in te brengen. Huisartsen laten ons ook expliciet weten dat ze het fijn vinden dat we in de afgelopen jaren een route hebben gevonden voor feedback. De samenwerking blijft complex, maar die bespreekbaarheid helpt enorm.’