



nederlands huisartsen  
genootschap

# NHG-STANDPUNT KERNWAARDEN HUISARTSGENEESKUNDE

## GENERALISTISCH, PERSOONSGERICHT EN CONTINU

*VASTGESTELD IN DE ALGEMENE LEDENVERGADERING VAN HET NHG OP 9 JUNI 2011*

### Voorwoord

Huisartsgeneeskunde is generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. Deze kernwaarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De kwaliteit van de huisartsgeneeskunde kan alleen worden beschreven door deze kernwaarden in hun onderlinge samenhang te beschouwen.

Het handelen van de huisarts in de praktijk is gefundeerd op deze kernwaarden.

De huisarts richt zich op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte van alle mensen. Dit generalistisch uitgangspunt is nauw verbonden met het persoonsgerichte karakter van en met continuïteit in de zorg. De huisarts past zijn medische kennis en vaardigheden toe en combineert deze met kennis van de levensloop en medische voorgeschiedenis van de patiënt in diens leef- en werkomgeving en sociale context. Bovendien is de huisarts gedurende langere tijd de constante factor in de medische zorg voor de patiënt, in periodes van gezondheid en ziekte.

De kernwaarden huisartsgeneeskunde zijn niet nieuw en liggen reeds lang aan de basis van de huisartsenzorg. De context waarin deze kernwaarden door huisartsen in praktijk worden gebracht is wel voortdurend aan veranderingen onderhevig. Zowel de context van de zorgvraag als de context van het zorgaanbod kennen hun eigen dynamiek. Was de huisarts van oudsher gezinsarts met een homogene patiëntenpopulatie, tegenwoordig heeft hij<sup>1</sup> te maken met een grote diversiteit in de patiëntenpopulatie, met vergrijzing en met veel verschillen tussen en wisselingen in gezinnen en samenlevingsverbanden. De etnische diversiteit is de afgelopen jaren toegenomen. Twintig procent van de Nederlandse bevolking is van niet-Nederlandse afkomst. Ook de houding van patiënten verandert. Zij verzamelen zelf kennis over hun klacht en willen vaak actief meedenken over de behandeling van hun aandoening. Een deel van de bevolking – voornamelijk hoogopgeleiden – is bewuster bezig met gezond leven. Door toenemende technologische ontwikkelingen groeien de verwachtingen ten aanzien van behandelingsmogelijkheden en preventie. Als gevolg van het toenemende marktdenken in de samenleving en de 24-uurs economie heeft de gezondheidszorg te maken met verzakelijking en veranderende verwachtingen ten aanzien van service en beschikbaarheid.

Door substitutie van taken van de tweede naar de eerste lijn en het bekorten van de opnameduur in het ziekenhuis, heeft de huisarts daarnaast te maken met uitbreiding van het takenpakket.

Ook de context van de beroepsgroep zelf is anders dan enkele decennia geleden. Steeds meer huisartsen werken parttime en in grotere samenwerkingsverbanden. Binnen de huisartsenpraktijk vindt meer taakdelegatie en taakdifferentiatie plaats. Deze ontwikkelingen hebben met elkaar gemeen dat de patiënt bij een bezoek aan de praktijk niet altijd door zijn eigen huisarts wordt gezien.

De huisartsgeneeskunde heeft een groot adaptief vermogen en past zich voortdurend aan deze veranderingen aan. De uitdaging van het vak is de kernwaarden generalistisch, persoonsgericht en continu in deze dynamische context onverminderd in praktijk te brengen. Dit Standpunt beoogt hieraan bij te dragen als eerste stap in de ontwikkeling van de Toekomstvisie 2022.

## INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Kernwaarden huisartsgeneeskunde</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Huisartsgeneeskunde is generalistisch</b>	<b>6</b>
3.1	Voor alle klachten, problemen en vragen	6
3.2	Voor alle mensen	9
3.3	Scholing, nascholing en kwaliteitsbeleid	9
3.4	De kernwaarde 'generalistisch' in onderdelen van de huisartsenzorg	10
3.5	De kernwaarde 'generalistisch' in de praktijk	11
<b>4.</b>	<b>Huisartsgeneeskunde is persoonsgericht</b>	<b>12</b>
4.1	Persoonsgericht	12
4.2	Contextgericht	12
4.3	Populatiegericht	13
4.4	De kernwaarde 'persoonsgericht' in onderdelen van de huisartsenzorg	14
4.5	De kernwaarde 'persoonsgericht' in de praktijk	14
<b>5.</b>	<b>Huisartsgeneeskunde is continu</b>	<b>15</b>
5.1	Toegankelijkheid en beschikbaarheid	15
5.2	Persoonlijke continuïteit	15
5.3.	Teamcontinuïteit	16
5.4	Samenhangende zorg	16
5.5	De kernwaarde 'continu' in onderdelen van de huisartsenzorg	17
5.6	De kernwaarde 'continu' in de praktijk	18
<b>6.</b>	<b>Overzicht van de kernwaarden in de praktijk</b>	<b>19</b>
<b>Bijlage 1.</b>	<b>Overzicht Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en uitwerking daarvan in Standpunten</b>	<b>21</b>
<b>Bijlage 2.</b>	<b>Europese definitie van de huisartsgeneeskunde</b>	<b>22</b>
<b>Bijlage 3.</b>	<b>Totstandkoming</b>	<b>23</b>
<b>Noten</b>		<b>24</b>

## 1. INLEIDING

De geschiedenis van de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde gaat terug tot de Woudschoten-conferentie in 1959. Daar is de huisartsgeneeskunde omschreven als ‘het aanvaarden van continue, integrale en persoonlijke zorg voor het individu en het gezin.’<sup>2</sup> Sinds die tijd zijn deze uitgangspunten in het wezen van de huisarts verankerd.

Vele decennia later werd voor het eerst een toekomstvisie voor de middellange termijn uitgebracht. Generalistisch, persoongericht en continu lagen als kernwaarden aan de basis van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en de concretisering daarvan in Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening.<sup>3,4</sup> Deze kernwaarden zijn eveneens terug te vinden in de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde.<sup>5</sup>

De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 is de afgelopen jaren richtsnoer geweest voor de innovatie in de praktijk, voor de belangenbehartiging, en voor de beleids- en productontwikkeling van LHV en NHG. De Toekomstvisie fungeert ook als kompas voor de huisartsopleiding en het kwaliteitsbeleid.

Om de Toekomstvisie handen en voeten te geven zijn door NHG en LHV Standpunten en Handreikingen uitgebracht over patiëntenzorg en over de organisatie van de zorg. Hierin is de visie op diverse onderdelen van de huisartsenzorg uitgewerkt en onderbouwd en van aanbevelingen voor de praktijk voorzien. Het gaat hierbij onder meer over de huisartsenzorg voor ouderen, jeugd, de zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening en palliatieve zorg.

### *Het Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde en de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022*

Dit Standpunt vormt een verbinding tussen de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en de Toekomstvisie 2022, die door NHG en LHV eind 2011 zal worden vastgesteld. Het standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde beschrijft enerzijds het fundament onder de innovaties in patiëntenzorg en praktijkorganisatie (op basis van standpunten en handreikingen) die vorm hebben gegeven aan de Toekomstvisie 2012. Anderzijds vormt het Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde ook het uitgangspunt voor de Toekomstvisie 2022. Het Standpunt kernwaarden huisartsgeneeskunde beschrijft de wezenskenmerken van de huisartsgeneeskunde. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 geeft aan hoe deze kernwaarden de komende jaren in de huisartsenzorg in praktijk kunnen worden gebracht.

De modernisering van de huisartsenzorg kan niet los worden gezien van ontwikkelingen in samenleving en gezondheidszorg en de (financiële) randvoorwaardelijke context waarbinnen de huisartsenzorg functioneert. In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 komt deze context van de huisartsgeneeskunde (c.q. de kernwaarden) aan bod met aandacht voor onder meer de ontwikkeling van het zorgaanbod, de samenwerking met andere zorgverleners en de consequenties voor praktijkorganisatie, onderwijs en onderzoek.

### *Leeswijzer*

De kernwaarden huisartsgeneeskunde generalistisch, persoonsgericht en continu worden in drie hoofdstukken toegelicht. Een puntsgewijs overzicht van de wijze waarop de kernwaarden in de praktijk tot uiting komen is te vinden in hoofdstuk 6. Een compleet overzicht van de eerder uitgebrachte standpunten en handreikingen naar aanleiding van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 is opgenomen in bijlage 1. De Europese definitie van de huisartsgeneeskunde is te vinden in bijlage 2. Het Standpunt is voorbereid door een werkgroep. De samenstelling hiervan en het proces van totstandkoming is beschreven in bijlage 3.

## 2. KERNWAARDEN HUISARTSGENEESKUNDE

Huisartsgeneeskunde is generalistische, persoonsgerichte en continue zorg.

### **Generalistisch**

Huisartsgeneeskundige zorg is generalistische zorg. Generalistisch betekent dat de huisarts open staat voor alle mogelijke klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid van alle mensen van jong tot oud. De huisarts beschikt over de kennis en vaardigheid om deze adequaat in te schatten en op grond daarvan zelf te handelen, respectievelijk te adviseren of te verwijzen waarbij hij onder meer rekening houdt met het natuurlijk beloop van ziekten.

### **Persoonsgericht**

Huisartsgeneeskundige zorg is persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we de levensloop, en de leef- en werkomgeving van de patiënt. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.

### **Continu**

Huisartsgeneeskundige zorg is continue zorg. Dit betekent dat de huisarts voor de patiënt de constante factor is in de gezondheidszorg. Hij zorgt voor continuïteit van zorg tijdens ziekte-episodes en gedurende de levensloop. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg.

De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde worden in de volgende hoofdstukken afzonderlijk nader beschreven, maar zijn in de praktijk onlosmakelijk met elkaar verbonden.

### 3. HUISARTSGENEESKUNDE IS GENERALISTISCH

**Huisartsgeneeskundige zorg is generalistische zorg. Generalistisch betekent dat de huisarts open staat voor alle mogelijke klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid van alle mensen van jong tot oud. De huisarts beschikt over de kennis en vaardigheid om deze adequaat in te schatten en op grond daarvan zelf te handelen, respectievelijk te adviseren of te verwijzen waarbij hij onder meer rekening houdt met het natuurlijk beloop van ziekten.**

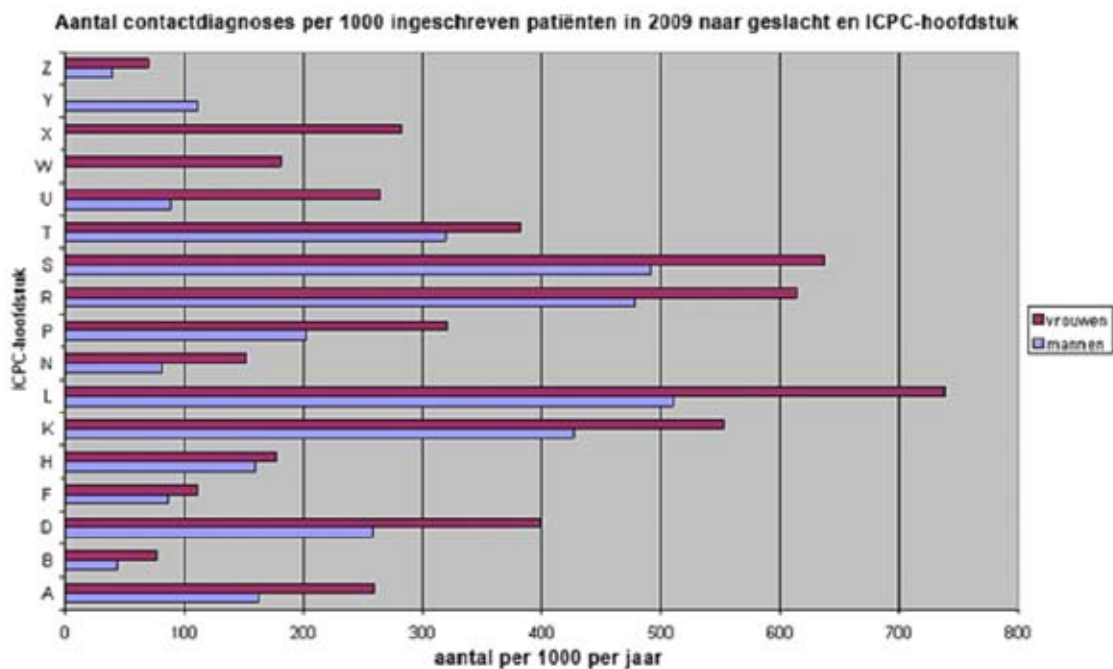
Iedereen kan bij de huisarts terecht met al zijn gezondheidsproblemen, klachten en vragen. Huisartsgeneeskunde is complex, omdat de huisarts te maken heeft met allerlei soorten mensen en alle mogelijke gezondheidsproblemen die gelijktijdig kunnen voorkomen.<sup>6</sup> In zijn manier van werken hanteert hij een orgaanoverstijgende benadering waarbij de persoonlijke situatie en achtergrond van de patiënt mee in beschouwing worden genomen (zie hoofdstuk 4, toelichting kernwaarde persoonsgericht). Kenmerkend voor het werk van de huisarts is dat hij te maken heeft met alle soorten klachten, in alle fasen van een ziekteproces. In het contact met de patiënt is vooral diens hulpvraag het uitgangspunt.

Het verhelderen van de hulpvraag behoort tot de kernkwaliteiten van de huisarts.

De huisarts heeft vaak te maken met patiënten met ongedifferentieerde klachten. Achter deze klachten kan een veelheid aan aandoeningen schuilgaan. De huisarts onderscheidt zich in dit opzicht van andere medische specialisten, die te maken hebben met geselecteerde c.q. verwezen patiënten en die gericht zijn op een specifiek onderdeel van het menselijk functioneren. De generalistische werkwijze is holistisch in die zin dat de huisarts werkt aan 'onderdelen met aandacht voor het geheel!'<sup>7</sup>

#### 3.1 Voor alle klachten, problemen en vragen

De huisarts heeft als eerste aanspreekpunt te maken met allerlei vragen, veelvoorkomende en zeldzame klachten en gezondheidsproblemen die zowel acuut als chronisch van aard kunnen zijn. De volgende figuur illustreert de brede range aan klachten en aandoeningen waarmee de huisarts te maken heeft.



Op de y-as van deze tabel zijn met letters de 17 categorieën (“orgaansystemen”) aangegeven waarmee klachten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk volgens de ICPC worden geregistreerd.<sup>8</sup>

Op de x-as zijn het aantal diagnoses in deze verschillende categorieën aangegeven. Deze tabel laat zien dat patiënten de huisarts consulteren voor klachten en aandoeningen uit alle orgaansystemen en onderstreept het generalistische karakter van de huisartsgeneeskundige zorg.<sup>9</sup>

### *Brede medische kennis*

Tot huisartsgeneeskundige zorg behoort de diagnostiek en de behandeling van veelvoorkomende klachten en aandoeningen.<sup>10</sup> Als indicatie voor ‘veelvoorkomend’ wordt een prevalentie van > 2/1000 ingeschreven patiënten gehanteerd. De huisarts heeft de kennis en vaardigheden om bij de 400 meest voorkomende aandoeningen en de 80 meest voorkomende klachten een diagnose te stellen en om patiënten met veelvoorkomende klachten en aandoeningen zelf te begeleiden en zo nodig te behandelen zonder te verwijzen naar andere zorgverleners. Hij baseert zijn handelen zoveel mogelijk op de principes van evidence based medicine. Waar evidence ontbreekt, is het handelen van de huisarts gebaseerd op professionele ervaring en inzicht. Hij kent de klachten en symptomen van weinig voorkomende aandoeningen, zodat hij ook deze tijdig kan herkennen. Van veelvoorkomende en complexe gezondheidsproblemen kent hij de therapie, zeker voor zover deze beschreven zijn in de NHG-Standaarden. Hij beschikt over een uitgebreid behandelarsenaal variërend van afwachtend beleid, evidence-based farmacotherapie, gesprekstechnieken tot (kleine) chirurgische interventies.

### *Diagnostiek*

De patiënt raadpleegt de huisarts vaak in een vroeg stadium als alleen de eerste symptomen zich aandienen en de patiënt zich zorgen maakt. Het is soms moeilijk om in zo’n vroeg stadium een diagnose te stellen. De huisarts heeft kennis over en ervaring met het opstellen van een differentiële diagnose op basis van epidemiologische kennis in combinatie met de beoordeling van de situatie van de individuele patiënt. De aanknopingspunten voor een diagnose zijn voor een belangrijk deel in het persoonlijk verhaal van de patiënt te vinden.<sup>11</sup> Dit illustreert de samenhang tussen de kernwaarden generalistisch en persoonsgericht (zie ook hoofdstuk 4, toelichting kernwaarde persoonsgericht). Naast het stellen van een diagnose is de huisarts meestal in staat om de patiënt een adequate prognose te kunnen geven over zijn gezondheidsprobleem. Ook dit is van grote waarde voor de patiënt.

### *De factor tijd in de diagnostiek*

Soms, als een zekere diagnose (nog) niet te stellen is, zal de huisarts een symptoomdiagnose stellen en daarbij vooral acute ernstige aandoeningen uitsluiten. Het advies aan de patiënt kan dan zijn om het beloop voorlopig af te wachten en om zondig (op grond van aanwijzingen van de huisarts, bijvoorbeeld als de klacht verer-

gert of aanhoudt) later de klachten en symptomen opnieuw door de huisarts te laten beoordelen ('watchful waiting'). Watchful waiting is een essentieel onderdeel van het huisartsgeneeskundig handelen. Een langdurige, persoonlijke huisarts-patiëntrelatie gebaseerd op wederzijds vertrouwen maakt het gemakkelijker in het voorkomend geval een beleid van 'watchful waiting' te volgen en de patiënt gerust te stellen.

#### *Risico-inschatting*

Risico-inschatting behoort tot de kerncompetenties van de huisarts. Dat geldt ook voor het afwegen van voor- en nadelen van preventie en van medische interventies.<sup>12</sup> Sommige keuzes, zoals het afzien van diagnostiek waaraan risico's vastzitten, zijn soms moeilijk uit te leggen. Patiënten hebben dikwijls hoge verwachtingen van diagnostische en therapeutische mogelijkheden. De huisarts probeert in deze situaties iatrogene schade zoveel mogelijk te voorkomen door, vertaald naar de situatie van de individuele patiënt, wetenschappelijk onderbouwd te adviseren en handelen.

#### *Preventie*

Preventie van ziekten is een kerntaak van de huisartsgeneeskunde voor zover deze voldoende wetenschappelijk is onderbouwd. Door de langdurige relatie met de patiënt en zijn kennis van de patiëntenpopulatie is de huisarts bij uitstek in de positie om bij te dragen aan preventie op zowel individueel niveau als op het niveau van de praktijkpopulatie.<sup>13</sup> Driekwart van alle ingeschreven patiënten komt immers ten minste een keer per jaar in de huisartsenpraktijk. De rol van de huisarts bij preventie is onder meer beschreven in diverse standaarden en de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement. De NHG-Standaard PreventieConsult biedt de methodiek voor de vroegtijdige opsporing en behandeling van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico in de eerste lijn. De eerste module Cardiometabool is gericht op de opsporing van mensen met risico's op hart- en vaatziekten, diabetes en nierschade. Deze NHG-Standaarden bieden mogelijkheden om wetenschappelijk onderbouwde preventieve activiteiten in de huisartsenpraktijk, ook met inzet van andere zorgverleners, uit te voeren.<sup>14</sup>

Bij screeningsactiviteiten zijn de criteria van Wilson en Jungner uitgangspunt.<sup>15</sup> Betrokkenheid van de huisarts bij programmatische preventie leidt tot een hoge deelname, zoals bij de screening op baarmoederhalskanker en de griepvaccinatie.<sup>16</sup>

#### *Waarde om niet te schaden*

In de huisartsgeneeskunde vormt het *primum non nocere* (de waarde om niet te schaden) een belangrijk uitgangspunt. Dit wordt gehanteerd tegen de achtergrond van het hele functioneren van de patiënt. Als norm geldt dat alleen die interventies worden toegepast, waarvan het nut is aangetoond.<sup>17</sup> De huisarts maakt hiervoor in zijn werk gebruik van de kennis zoals neergelegd in NHG-Standaarden, farmacotherapeutische richtlijnen andere (multidisciplinaire) richtlijnen en de door de beroepsgroep opgebouwde expertise op het terrein van veelvoorkomende klachten en aandoeningen.<sup>18</sup> Het medicamenteus beleid is gebaseerd op bestaande evidence. De grondregel is dat de voorkeur uitgaat naar effectief en kostenbewust voorschrijven van beproefde geneesmiddelen met zo weinig mogelijk bijwerkingen.<sup>19</sup>

#### *Aanvullende kennis en ervaring*

Functiedifferentiatie houdt in dat huisartsen aanvullende kennis en ervaring in dienst stellen van collega-huisartsen onder andere door het verzorgen van (na)scholing, geven van consultatie, advies en de ontwikkeling van de praktijkorganisatie of regionale zorgprojecten. Het betreft huisartsen die, in aanvulling op de generalistische kennis en vaardigheden, over een grotere deskundigheid beschikken op een (klinisch) deelgebied, doordat zij een kaderopleiding hebben gevolgd en veel ervaring hebben opgedaan met een specifieke patiëntengroep of aandoening. Deze huisartsen met extra deskundigheid en ervaring geven een impuls aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en dragen er aan bij dat iedere huisarts via collega-huisartsen toegang heeft tot diepgaande kennis over de volle breedte van de huisartsgeneeskunde.



### 3.2 Voor alle mensen

De huisarts verleent zorg aan iedereen: van jong tot oud en met verschillende culturele, etnische en sociaal-maatschappelijke achtergrond. De verscheidenheid van patiënten heeft door verschillen in epidemiologie en genetische factoren consequenties voor het huisartsgeneeskundig handelen.

Voor chronische en alledaagse ziekten is de sociaaleconomische status (SES) een belangrijke voorspeller van ziektebeloop en prognose en effectiviteit van interventies. Er bestaan in Nederland grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen.<sup>20</sup> Onder de laagst opgeleiden is het aantal chronische aandoeningen 50% hoger dan in de groep met het hoogste opleidingsniveau. Laag opgeleide Nederlanders overlijden gemiddeld zes tot zeven jaar jonger dan hoogopgeleide Nederlanders. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen hoog- en laaggeschoolden bedraagt veertien jaar.<sup>21</sup> (Zie voor maatschappelijke dimensie van het werk van de huisarts, paragraaf 4.3 populatiegericht.)

Ons land kent ruim 3,3 miljoen mensen die zelf of van wie ten minste een ouder in het buitenland geboren is (de zogenaamde allochtonen), van wie 1,8 miljoen mensen van niet westerse afkomst zijn.<sup>22</sup> Volgens demografische ramingen zal in 2050 een derde van de inwoners van Nederland van niet westerse afkomst zijn.<sup>23</sup> Allochtonen voelen zich minder gezond dan andere Nederlanders en hebben meer chronische ziekten.<sup>24</sup> Verschillen in ziektebeleving en verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg compliceren de geneeskundige zorg.<sup>25</sup> Allochtone patiënten bezoeken vaker de huisarts, vergeleken met autochtone Nederlanders met dezelfde leeftijd, opleiding, SES of ervaren gezondheid.<sup>26</sup> Zij maken daarentegen minder gebruik van fysiotherapie en thuiszorg. De verschillen in het gebruik van zorg variëren per etnische groep.<sup>27</sup> De NHG-Standaarden besteden in toenemende mate aandacht aan etnisch-culturele diversiteit.

Bepaalde groepen, zoals allochtonen, ouderen en kinderen vragen speciale aandacht in de communicatie. Bij allochtone patiënten houdt de huisarts rekening met taalproblemen en culturele verschillen die de communicatie beïnvloeden. Veel oudere migranten of nieuwkomers beheersen onvoldoende Nederlands voor een goed begrip van een consult: 90% van de allochtone 55-plussers heeft taalhulp nodig bij een huisartsenconsult.<sup>28</sup> Aangezien de huisarts volgens de WGBO verantwoordelijk is voor de randvoorwaarden voor een goede communicatie, schakelt hij zo nodig en indien mogelijk een professionele tolk in.<sup>29</sup>

Bij ouderen houdt de huisarts rekening met eventuele verminderde cognitieve en zintuiglijke functies.<sup>30</sup> Kinderen worden door de huisarts tijdens het consult direct bij de communicatie betrokken waarbij rekening wordt gehouden met hun mogelijkheden en ontwikkeling.<sup>31</sup>

### 3.3 Scholing, nascholing en kwaliteitsbeleid

De basis voor de brede medische deskundigheid wordt gelegd tijdens de huisartsopleiding met de ontwikkeling van onder meer competenties op het terrein van het vakinhoudelijk handelen. Een belangrijk element in de ontwikkeling van de generalist is het opdoen van ervaring met de verschijningsvormen van een zeer grote verscheidenheid aan klachten en aandoeningen in zijn patiëntenpopulatie. De vele contacten met patiënten met een verscheidenheid aan klachten en aandoeningen leiden tot een snelle herkenning van patronen en dus een afwijkend en eventueel ernstig beloop. Om kennis en ervaring in de volle breedte van het vak op te doen en te onderhouden is het van groot belang dat de huisarts met veel verschillende patiënten contact heeft. De huisarts dient daarom, evenals vanuit het oogpunt van de waarborging van de persoonsgerichte benadering (zie ook hoofdstuk 4, persoonsgericht) laagdrempelig toegankelijk te zijn voor alle mogelijke gezondheidsvragen van patiënten. De huisarts houdt hier rekening mee en zorgt dat hij zijn brede inhoudelijke deskundigheid onderhoudt en ontwikkelt door uitgebreide praktijkervaring en kwalitatief hoogwaardige en praktijkgerichte nascholing.<sup>32</sup>

Naast de medische deskundigheid zijn de professionele attitude en vaardigheden op het terrein van communicatie, samenwerking en consultvoering onmisbaar om de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde in praktijk

te kunnen brengen. Hieronder valt ook de vaardigheid om de patiënt waar mogelijk actief te betrekken bij de besluitvorming over (mogelijke) behandeling ('shared decision making') en vaardigheid de patiënt te ondersteunen bij het zelfstandig kunnen omgaan met (de gevolgen van) ziekte. Ook hiervoor wordt de basis gelegd tijdens de huisartsopleiding. Intervisie en supervisie zijn voor praktiserende huisartsen goede methoden om vraagstukken, waar zij in de praktijk in het eigen functioneren tegenaan lopen, te bespreken en om feedback te krijgen van collega's. Dat is niet alleen steunend, maar draagt ook bij aan de verdere ontwikkeling van competenties op het terrein van communicatie, samenwerken en de professionele attitude.<sup>33</sup>

Met het oog op het kwaliteitsbeleid wordt aanbevolen dat de veelzijdigheid en het specifieke karakter van de huisartsgeneeskundige zorg (generalistisch, persoonsgericht en continu) tot uiting komt in de kwaliteitscriteria voor de NHG-Praktijkaccreditering.

### **3.4 De kernwaarde 'generalistisch' in onderdelen van de huisartsenzorg**

De huisarts levert een essentiële bijdrage aan de acute zorg.<sup>34</sup> Hij is in staat te beoordelen of een lichamelijke of psychische aandoening al dan niet een spoedeisend karakter heeft en zijn handelen daarop af te stemmen. De praktijk wijst uit dat dit tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten op een goede, doelmatige en kosteneffectieve zorg in de huisartsenposten gebeurt.<sup>35</sup>

Regelmatig gaan psychische en sociale problemen schuil achter somatische klachten en vragen, terwijl chronische somatische aandoeningen de kans op psychische klachten verhogen. De huisarts is alert op psychische problematiek en begeleidt, behandelt of verwijst patiënten hiervoor afhankelijk van de ernst.<sup>36</sup>

De zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening, zoals diabetes mellitus, astma en COPD, heeft zich ontwikkeld tot hoogwaardige programmatische eerstelijns zorg, waardoor deze patiënten nauwelijks meer een beroep hoeven te doen op tweedelijnsvoorzieningen.<sup>37</sup> Praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen spelen hierbij een belangrijke rol.<sup>38,39</sup>

Tweederde van alle 65-plussers heeft twee of meer chronische aandoeningen.<sup>40</sup> Deze groep neemt door de dubbele vergrijzing de komende jaren sterk toe: van 1 miljoen op dit moment tot 1,5 miljoen in 2020. De zorg voor deze patiënten is door de complexiteit en door de wisselende combinaties van aandoeningen en beperkingen moeilijk te protocolleren. Reeds aanwezige multimorbiditeit kan de diagnostiek van een nieuwe (chronische) aandoening bemoeilijken.<sup>41</sup> De (medicamenteuze) behandeling van de ene ziekte kan interfereren met die van een andere ziekte.<sup>42</sup> Ten aanzien van het farmacotherapiebeleid zijn samenwerkingsafspraken met de apotheker van belang. De meerwaarde van de generalistische benadering van de huisarts komt bij uitstek naar voren bij het behandelen van oudere patiënten bij wie sprake is van multimorbiditeit en polyfarmacie. De generalistische benadering betekent in deze gevallen dat de huisarts in overleg met de patiënt prioriteiten in het behandelplan stelt, rekening houdend met interacties en bijwerkingen van medicijnen, therapietrouw, en de consequenties die (de behandeling van) de verschillende aandoeningen hebben voor de patiënt.<sup>43</sup> Indien behandeling niet goed meer mogelijk blijkt, zal het accent verschuiven naar behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en ervaren kwaliteit van leven.<sup>44</sup>

### 3.5 De kernwaarde 'generalistisch' in de praktijk

1. De huisarts beschikt over de kennis om bij de 400 meest voorkomende aandoeningen en de 80 meest voorkomende klachten de diagnose te stellen.
2. De huisarts herkent ook de klachten en symptomen van weinig voorkomende aandoeningen.
3. Door zijn kennis van de context van de patiënten is hij in staat de voorspellende waarde van klachten en symptomen te wegen en vroege symptomen met een mogelijk ernstige achtergrond te herkennen, dan wel de angst van de patiënt daarvoor te onderkennen.
4. De huisarts werkt orgaanoverstijgend en baseert zijn handelen zoveel mogelijk op de principes van evidence based medicine. Hij beschikt over een uitgebreid behandelarsenaal variërend van afwachtend beleid, evidence-based farmacotherapie, gesprekstechnieken tot (kleine) chirurgische interventies.
5. Van de veelvoorkomende en complexe gezondheidsproblemen kent de huisarts de therapie, zeker voor zover deze beschreven zijn in de NHG-Standaarden.
6. De huisarts is in staat om de patiënt over de meeste aandoeningen voorlichting te geven over het te verwachten beloop, te adviseren en zo nodig een afwachtend beleid voor te stellen bij 'self-limiting' aandoeningen.
7. De huisarts past preventie toe op individueel niveau door beïnvloeding van risicofactoren op basis van de beschikbare richtlijnen. Daarnaast is hij betrokken bij vaccinaties en vroegdiagnostiek in het kader van bevolkingsonderzoek.
8. De huisarts is in staat om te gaan met patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie. Hij betreft de patiënt bij het stellen van prioriteiten in diagnostiek en behandeling, rekening houdend met de consequenties in termen van te verwachten opbrengst en bijwerkingen.
9. De huisarts beschikt over de attitude en communicatieve vaardigheden om respectvol en adequaat met de patiënt te communiceren, ongeacht leeftijd, sekse, sociaal-culturele achtergrond en cognitieve en zintuiglijke beperkingen.
10. De huisarts onderhoudt zijn generalistische kennis en vaardigheden door veelzijdige nascholing.
11. De huisarts besteedt aandacht aan de ontwikkeling van eigen functioneren op het terrein van persoonlijke professionaliteit, communicatie en samenwerken door deelname aan intervisie, supervisie of coaching.

## 4. HUISARTSGENEESKUNDE IS PERSOONSGERICHT

**Huisartsgeneeskundige zorg is persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Met context wordt de levensloop en de leef- en werkomgeving van de patiënt bedoeld. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.**

De huisarts houdt in de zorg voor de patiënt rekening met diens persoonlijke eigenschappen, leeftijd, sekse en wensen en opvattingen. Hij houdt rekening met de leefomgeving, de sociale en maatschappelijke context van de patiënt. De huisarts beziet somatische, psychische en sociale dimensies van de zorgvraag in onderlinge samenhang en handelt daarnaar.<sup>45</sup> Contextkennis kan de huisarts aanleiding geven tot proactief handelen. Bijvoorbeeld met het oog op het voorkomen van medische problemen bij ouderen<sup>46</sup> en wanneer sprake is van signalen die kunnen duiden op psychosociale problemen in gezinnen en de negatieve gevolgen daarvan voor kinderen.<sup>47</sup> De effectiviteit van de huisartsgeneeskundige zorg is voor een belangrijk deel terug te voeren op deze integrale benadering.<sup>48</sup>

### 4.1 Persoonsgericht

De huisarts biedt de patiënt zorg op maat waarbij hij rekening houdt met zijn sekse, persoonskenmerken, voorkeuren en levensloop. Het gaat hierbij niet alleen om de medische voorgeschiedenis, maar ook om de wijze waarop de patiënt met gezondheid en ziekte omgaat. De huisarts is in staat om de patiënt in alle fasen van gezondheid en ziekte te begeleiden en zijn werkwijze daarbij af te stemmen op de behoefte van de patiënt.<sup>49</sup>

De huisarts heeft de verantwoordelijkheid om te zorgen dat adequate hulp wordt geboden aan mensen die onvoldoende in staat zijn daar zelf om te vragen zoals hoogbejaarden, mensen met psychiatrische problemen of een cognitieve beperking, kinderen en mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Deze mensen beschikken vaak minder dan anderen over gezondheidsvaardigheden die nodig zijn om goed met gezondheid en ziekte om te kunnen gaan.

Ondanks de toegenomen beschikbaarheid van informatie en keuzemogelijkheden zijn ook gezondheidsvaardige patiënten lang niet in alle omstandigheden goed in staat om zelf keuzes te maken.<sup>50</sup> Vaak overschaduwen emoties de rationaliteit als patiënten zich niet goed voelen. Door de persoonsgerichte benadering is de huisarts in staat om als gids en vertrouwenspersoon de patiënt te begeleiden bij het maken van keuzes en in samenspraak met de patiënt te komen tot de zorg die het best bij hem past. De persoonsgerichte benadering van de huisarts draagt in deze situaties bij aan een doeltreffend gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen en voorkomt iatrogene schade en medicalisering.<sup>51</sup>

### 4.2 Contextgericht

#### *Gezin/leefverband*

De huisarts heeft meer dan vroeger te maken met een grote variëteit in samenlevingsvormen (gezinnen, eenpersoonshuishoudens, samengestelde en eenoudergezinnen) en binnen die variëteit treden vaker wisselingen op. De rol van de huisarts als gezinsarts is hierdoor minder eenduidig.

Binnen het gezin/samenlevingsverband bestaan normen, waarden en verwachtingen, ook over het omgaan met ziekte en gezondheid. Dit komt tot uitdrukking in de frequentie van het consulteren van de huisarts en in

gezinskenmerkend ziektegedrag, zoals het omgaan met stress. De kans op ziekte is vaak familiair bepaald. De wijze waarop mensen omgaan met klachten wordt overgedragen binnen families.<sup>52</sup> Optreden, beloop en prognose van de meeste aandoeningen worden in belangrijke mate bepaald door een interactie tussen genetische (familiaire) en omgevingsfactoren.

#### *Werk*

Het werk, of het ontbreken daarvan, kan leiden tot fysieke en/of psychische klachten of aandoeningen en vormt een belangrijk deel van de context van de patiënt. Het is dan ook van belang dat de huisarts weet wat voor soort werk de patiënt doet en alert is op een mogelijke wisselwerking tussen werk en gezondheid. Verzuimende werknemers zien graag een prominentere rol van de huisarts bij de begeleiding tijdens ziekteverzuim.<sup>53</sup> Werknemers verwachten dat hun huisarts, net als hun bedrijfsarts, een bijdrage levert aan hun herstel en terugkeer naar werk. Tijdens verzuim hechten patiënten in hun relatie met de huisarts vooral aan vertrouwen, onafhankelijkheid en communicatie. Van oudsher is de huisarts de medische vertrouwenspersoon bij uitstek, die handelt zonder belang van derden, zoals van werkgever of verzekeraar. Werknemers kloppen vaker en eerder bij hun huisarts aan voor werkgerelateerde gezondheidsproblemen dan bij de bedrijfsarts.<sup>54</sup> De huisarts heeft dan ook een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt waar nodig samen met de bedrijfsarts. In de praktijk blijken huisartsen deze taak nog onvoldoende te vervullen. In het belang van de zorg voor de patiënt is het zaak dat de huisarts zich structureel afvraagt of de patiënt een probleem heeft op het gebied van arbeid en gezondheid, of er na probleemverheldering/- beoordeling nog informatie ontbreekt en of er afstemming van zijn inzicht en/of afstemming van zijn advies nodig is met de bedrijfsarts.<sup>55</sup> Indien de huisarts sterke aanwijzingen heeft dat er bij een werkgever sprake is van structurele ziekmakende omstandigheden, neemt hij hierover contact op met de verantwoordelijke bedrijfsarts.

Met het oog op de persoonsgerichte benadering en het gebruik van relevante persoonlijke gegevens voor de zorg legt de huisarts naast medische gegevens ook relevante contextinformatie vast over het gezin/samenlevingsverband, leefsituatie en het werk van zijn patiënten. Aanbevolen wordt om een 'familie-informatielijst' te ontwikkelen voor het huisartsinformatiesysteem (HIS) om relevante, objectieve gegevens vast te leggen over het gezin/samenlevingsverband en het in de familie voorkomen van erfelijke en chronische aandoeningen.<sup>56</sup>

### **4.3 Populatiegericht**

De leefomgeving maakt een belangrijk deel uit van de context van de patiënten. Verschillen in gezondheid zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op de sociaaleconomische omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, wonen en werken.<sup>57</sup>

De huisarts heeft een signalerende functie wat betreft gezondheidsbedreigende factoren in de wijk. Dit betekent niet dat de huisarts hier zelf altijd veel invloed op kan uitoefenen, maar wel dat hij risico's signaleert en deze doorgeeft aan de verantwoordelijke instanties. Voorbeelden zijn het wijzen op gezondheidsrisico's van het ontbreken van speelruimte en sportvoorzieningen in de wijk. Door de veelvuldige contacten met patiënten in de buurt heeft de huisarts ook zicht op gezondheidsbedreigende situaties van kwetsbare groepen in de wijk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan eenzame ouderen, werkloze jongeren en mensen met armoedeproblematiek. De wijze waarop de huisartsenzorg is georganiseerd en gelokaliseerd – kleinschalig in de wijk – maakt het mogelijk om de zorg af te stemmen op de specifieke gezondheidssituatie van de ingeschreven populatie. Samenwerking met de gemeente en andere partijen vergroten de mogelijkheden van de huisarts om gericht aan preventie te werken. De informatie van de GG&GD over de gezondheid van de populatie in de wijk levert hiervoor een goed aanknopingspunt.<sup>58</sup>

Huisartsen kunnen een zinvolle bijdrage leveren aan preventie door patiënten voor preventieve activiteiten te motiveren en hen daarnaar te verwijzen. Denk hierbij onder meer aan activiteiten op het gebied van het bevorderen van een gezonde leefstijl en bewegen.<sup>59</sup>

Samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn (zoals fysiotherapeuten en de wijkverpleging) en gemeentelijke instanties (zoals de GGD en buurtcentra) zijn hiervoor een onmisbare voorwaarde.

De huisarts houdt naast de individuele zorgvragen ook rekening met de maatschappelijke dimensie van de gezondheidszorg. De huisarts is mede verantwoordelijk voor de optimalisering van het gebruik van de zorgvoorzieningen en zorgt ervoor – in samenwerking met andere disciplines in de gezondheidszorg – dat degenen met de grootste behoefte ook de meeste zorg ontvangen ('equity': het egaliteitsprincipe).<sup>60</sup>

#### 4.4 De kernwaarde 'persoonsgericht' in onderdelen van de huisartsenzorg

Driekwart van de kinderen gaat minstens één keer per jaar naar de huisarts. Vijftien procent van de patiënten contacten bestaat uit contacten met kinderen. Deze contacten bieden bij uitstek de gelegenheid om de rol als gezinsarts in te vullen. De kracht van de huisarts is dat hij behalve medische kennis van het kind, ook kennis heeft van familie en leefomgeving. En het kind kan bij dezelfde huisarts terecht als het de volwassen leeftijd heeft bereikt.<sup>61</sup> In het Standpunt Huisartsenzorg en jeugd wordt ingegaan op de rol die de huisarts vervult in de zorg voor kind en gezin, met aandacht voor onder meer de samenwerking met jeugdartsen en jeugdzorg.<sup>62</sup>

Ouderen hebben meer dan gemiddeld contact met de huisarts, die hen ook steeds vaker thuis bezoekt. Contextkennis speelt in deze zorg een grote rol. Het Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen gaat hier nader op in.<sup>63</sup>

Persoonsgerichte zorg is essentieel in de palliatieve zorg. Ieder sterven is een uniek proces. De huisarts houdt in de palliatieve en terminale fase rekening met somatische, psychische, sociale en spirituele zorgbehoeftes van de patiënt.<sup>64</sup>

In de zorg voor patiënten met een chronische aandoening is de persoonsgerichte benadering een cruciale factor met het oog op (lange termijn) behandeling en begeleiding. De huisarts is gericht op herstel/behoud van functioneren, zelfredzaamheid en de ervaren kwaliteit van leven.<sup>65</sup>

#### 4.5 De kernwaarde 'persoonsgericht' in de praktijk

1. De huisarts houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context, zoals de leef- en werkomgeving en de familieomstandigheden.
2. Hij legt relevante objectieve gegevens over het gezin/samenlevingsverband en het in de familie voorkomen van erfelijke en chronische aandoeningen vast in een nog te ontwikkelen 'familie-informatielijst'.
3. De huisarts heeft de verantwoordelijkheid om te zorgen dat er adequate hulp wordt geboden aan mensen die onvoldoende in staat zijn om zelf om deze hulp te vragen.
4. De huisarts wijst de patiënten op het belang dat leden van het gezin/samenlevingsverband zijn ingeschreven bij dezelfde huisarts(praktijk).
5. Informatie over de context van de patiënt is toegankelijk voor waarnemende collega's van de huisarts.
6. De huisarts heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts.
7. De huisarts houdt rekening met het egaliteitsprincipe: hij streeft er naar dat de meeste zorg gaat naar hen die de meeste behoefte aan zorg hebben.
8. De huisarts signaleert gezondheidsbedreigende situaties voor zijn patiëntenpopulatie in de wijk en maakt deze kenbaar bij de hiervoor verantwoordelijke instanties zoals de gemeente.
9. De huisarts heeft zicht op gezondheidsbedreigende situaties van kwetsbare groepen in de wijk, zoals eenzame ouderen en werkloze jongeren.
10. De huisarts staat open voor samenwerking bij preventieprogramma's in de wijk.

## 5. HUISARTSGENEESKUNDE IS CONTINU

**Huisartsgeneeskundige zorg is continue zorg. Dit betekent dat de huisarts voor de patiënt de constante factor is in de gezondheidszorg. Hij zorgt voor continuïteit van zorg tijdens ziekte-episodes en gedurende de levensloop. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg.**

Continuïteit van huisartsgeneeskundige zorg wordt zeven dagen in de week gedurende 24 uur gewaarborgd. In de huisartsenpraktijk is zoveel mogelijk sprake van persoonlijke continuïteit, waarbij sprake is van een vaste huisarts-patiënt relatie door de tijd heen. De verantwoordelijke huisarts zorgt voor samenhang in de zorg indien meerdere zorgverleners bij de patiënt betrokken zijn. Hierbij spelen samenwerkingsafspraken en het beheer van het elektronisch patiëntendossier een belangrijke rol.

### 5.1 Toegankelijkheid en beschikbaarheid

Om eerste opvang bij gezondheidsproblemen te kunnen bieden, is een directe toegang tot de huisarts essentieel. Dit betekent dat de huisarts zich bevindt in de geografische nabijheid van de patiënt, financieel drempelloos en zonder verwijzing van derden toegankelijk en goed bereikbaar is.<sup>66</sup> De huisartsenpraktijk is op werkdagen tussen 8.00 en 17.00 uur geopend en telefonisch bereikbaar.<sup>67</sup> Buiten openingstijden is de zorgverlening gericht op patiënten met acute klachten of aandoeningen.<sup>68</sup> Het is van belang de patiënt duidelijkheid te geven over de openingstijden en werkwijze van de praktijk overdag en tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. De organisatie van de huisartsenzorg en de triage zijn hierop afgestemd ter waarborging van de continuïteit van zorg.

### 5.2 Persoonlijke continuïteit

Een essentiële voorwaarde voor persoonlijke continuïteit is de inschrijving op naam en dat één huisarts expliciet verantwoordelijkheid draagt voor de zorg voor individuele patiënten. De doeltreffendheid van de huisartsenzorg is immers in belangrijke mate terug te voeren op de persoonlijke dimensie van de 'eigen' dokter. Kennis en ervaring uit de voorafgaande contacten tussen huisarts en patiënt spelen door in volgende episodes van ziekte of klachten. Door die herhaalde contacten kunnen schijnbaar los van elkaar staande klachten in hun samenhang bezien, betekenis krijgen. Elk contact tussen de patiënt en huisarts is als het ware een nieuwe 'aflevering' van een 'vervolgverhaal'. Door de persoonlijke band vertrouwt de patiënt de huisarts zaken toe die anders onbesproken blijven. Persoonlijke continuïteit draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt in zijn huisarts. Hierdoor hebben patiënten positievere verwachtingen van het effect van de behandeling. De mogelijkheden voor de huisarts om te kunnen anticiperen en te werken aan preventie nemen toe.<sup>70,71</sup> Persoonlijke continuïteit wordt door patiënten gewaardeerd. Dat geldt bij uitstek voor ouderen, patiënten met een chronische ziekte en ernstig zieke patiënten.<sup>72,73</sup> De relatie die de huisarts door de jaren heen met zijn patiënt heeft opgebouwd, stelt hem in staat om zorg op maat te bieden bij complexe problematiek en tijdens de palliatieve fase.<sup>74,75</sup> De langdurige relatie tussen huisarts en patiënt heeft therapeutische waarde. Bij veelvuldige wisselingen van huisarts gaat dit aspect verloren, ook bij goede elektronische verslaglegging, en ook als het principe van één episode - één huisarts wordt gehanteerd.

### 5.3. Teamcontinuïteit

Uiteraard is persoonlijke continuïteit niet altijd haalbaar of kiest de patiënt daar zelf niet voor. In die gevallen waarborgt het team in de huisartsenpraktijk te allen tijde de continuïteit van zorg. Heldere communicatie over aan- en afwezigheid verduidelijkt wat de patiënt ten aanzien van de beschikbaarheid van zijn eigen huisarts kan verwachten. De moderne digitale communicatiemiddelen bieden goede mogelijkheden om persoonlijke continuïteit zoveel mogelijk te waarborgen, ook bij beperkte aanwezigheid in de praktijk. De huisartsenpraktijk zorgt voor zo min mogelijk fragmentatie in de zorg. Dit houdt in dat de patiënt naast zijn eigen huisarts, bij diens afwezigheid, met een beperkt aantal collega-huisartsen te maken heeft.

Essentieel voor het leveren van continuïteit in de zorg door het team van de huisartsenvoorziening (teamcontinuïteit) is onderlinge overeenstemming over het te voeren beleid en een goed gebruik en beheer van het patiëntendossier door alle leden van het team van de huisartsenvoorziening. De huisarts zorgt er voor dat collega's de zorg kunnen overnemen door verslaglegging op basis van de NHG-Richtlijn 'Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD)'. Naast medische gegevens worden ook relevante achtergrondgegevens van de patiënt vastgelegd.

De huisarts zorgt, na instemming van de patiënt, voor een goede overdracht van het patiëntendossier in het geval een patiënt zich inschrijft bij een andere huisarts(enpraktijk).

#### *Taakdelegatie*

Huisartsen delegeren steeds meer zorgtaken naar de andere leden van het team van de huisartsenpraktijk. De praktijkassistente voert eenvoudige medisch-technische, goed te protocolleren handelingen uit. Praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen zorgen voor de geprotocolleerde monitoring, begeleiding, voorlichting en educatie bij specifieke groepen patiënten, nadat vraagverheldering en diagnostiek heeft plaatsgevonden door de huisarts.<sup>76</sup> Hierdoor blijft huisartsgeneeskundige zorg toegankelijk voor alle mensen, ook bij een veranderende en groeiende zorgvraag. De groeiende zorgvraag is met name het gevolg van de toename van het aantal patiënten met een chronische aandoening. Taakdelegatie gaat ten koste van de persoonlijke continuïteit met de eigen huisarts. Toch is per saldo de continuïteit van zorg binnen de huisartsenpraktijk hierdoor sterk toegenomen. Met name doordat de patiënt met een veelvoorkomende chronische aandoening zoals diabetes mellitus, astma en COPD voor deze zorg bij zijn eigen huisartsenpraktijk kan blijven en niet meer naar het ziekenhuis hoeft. De eindverantwoordelijkheid voor de gedelegeerde zorg ligt bij de huisarts.

### 5.4 Samenhangende zorg

De huisarts beschikt over het meest complete patiëntendossier in de zorg. Hierdoor beschikt hij over alle informatie over de patiënt, die nodig is om de spilfunctie in de zorg te vervullen. Bovendien heeft hij overzicht over alle gebieden van de gezondheidszorg, waardoor hij de patiënt gericht kan verwijzen. Voor alle specialisten en paramedici is de huisarts de belangrijkste verwijzer. Het gaat hierbij om verwijzingen naar een grote verscheidenheid aan paramedici, specialisten en subspecialisten.<sup>77</sup>

De huisarts bewaakt en bevordert het bieden van gepaste en samenhangende zorg. Hij integreert en coördineert het totaal aan medische zorg rond de patiënt en heeft de verantwoordelijkheid voor een samenhangend geheel. Deze functie wordt belangrijker naarmate er meer verschillende zorgverleners bij een patiënt zijn betrokken. Door de toenemende specialisatie en subspecialisatie is hiervan steeds meer sprake. Dit leidt tot (verhoogde) risico's op overbehandeling en onveilige situaties en een toename van de kosten. Een consistente, samenhangende en op de patiënt gerichte benadering van alle bij de zorgverlening betrokken zorgverleners leidt niet alleen tot grotere patiënttevredenheid en hogere therapietrouw, maar ook doelmatiger zorg (onder andere minder laboratoriumonderzoek, consulttijd, ziekenhuisopname).<sup>78,79</sup> Met het oog op samenhangende zorg maakt de huisarts waar nodig samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners. De huisarts is mede-



verantwoordelijk voor samenhangende zorg in een multidisciplinair team (zoals bijvoorbeeld het geval is bij de zorg voor oudere patiënten met complexe problematiek).<sup>80</sup>

Huisartsenzorg en tweedelijns specialistische zorg vullen elkaar aan. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt terecht kan bij de huisartsenpraktijk in de buurt als het kan en verwezen wordt naar het ziekenhuis als het moet. De patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat de huisarts, specialist en andere zorgverleners duidelijk met elkaar communiceren en goed samenwerken. Gezien zijn positie en verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg investeert de huisarts in relaties met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Persoonlijke bekendheid bevordert de samenwerking tussen huisarts en andere zorgverleners.<sup>81</sup>

Goede samenwerking betekent het maken van duidelijke afspraken over verwijzing, overdracht van (medicatie)gegevens, en terugverwijzing. De multidisciplinaire richtlijnen, Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) en Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's), die zijn gebaseerd op landelijke richtlijnen en multidisciplinaire richtlijnen, bieden een handreiking voor het maken van samenwerkingsafspraken op lokaal niveau.

De samenwerking tussen huisarts en specialist in het ziekenhuis kan worden versterkt door onderlinge afstemming van de richtlijnen van huisartsen en specialisten en het maken van afspraken over het over en weer consulteren en adviseren, telefonisch of met behulp van moderne elektronische communicatie-middelen. De huisartsenpraktijk dient daartoe goed (telefonisch en/ of digitaal) bereikbaar te zijn voor overleg met collega's.

De huisarts heeft een centrale rol in de coördinatie van de zorg en informatievoorziening. Hij zorgt hierbij voor relevante patiëntgegevens en een adequaat gegevensbeheer in het elektronisch patiëntendossier. Relevante zorgepisodes van de patiënt bij andere zorgverleners worden vastgelegd met behulp van de door hen aangeleverde medische informatie. De kwaliteit van het elektronisch huisartsendossier staat of valt met wederkerigheid. De huisarts informeert andere zorgverleners, zij informeren op hun beurt de huisarts tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg. Regionaal worden hierover afspraken gemaakt, op basis van landelijke richtlijnen.<sup>82</sup> De huisarts stelt een selectie van relevante informatie uit elektronisch huisartsendossier beschikbaar aan collega-huisartsen en triage-assistenten ten behoeve van diensten.

## **5.5 De kernwaarde 'continu' in onderdelen van de huisartsenzorg**

Er zijn situaties waarbij het belang van persoonlijke continuïteit extra telt. Dit geldt vooral bij palliatieve zorg.<sup>83</sup> De huisarts streeft naar een zo groot mogelijke persoonlijke continuïteit, zeker in de terminale fase. De huisarts zorgt voor een adequate en tijdige overdracht naar de huisartsenpost voor het geval hij en zijn collega's in zijn praktijk (huisartsen onder een dak, HOED) of huisartsengroep (HAGRO) onverhoopt niet beschikbaar zijn.

De zorg voor veelvoorkomende chronische aandoeningen vindt tegenwoordig hoofdzakelijk plaats binnen de huisartsenzorg. De inbedding van de chronische zorg in de huisartsgeneeskundige zorg komt de samenhang en continuïteit van zorg ten goede. De huisarts blijft de patiënt met een chronische aandoening tenminste één keer per jaar zien onder andere voor een evaluatie van het langdurig gebruik van de geneesmiddelen.<sup>84</sup> De praktijk wijst uit dat de huisarts deze patiënten vaak ook ziet voor niet aan de specifieke aandoening gerelateerde zorgvragen.<sup>85</sup>

Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD) is onmisbaar voor continuïteit van zorg. Het Standpunt Het elektronisch huisartsendossier gaat nader in op de gegevensverzameling en gegevensbeheer met onmisbare richtlijnen voor dossiervorming en gegevensuitwisseling.<sup>86</sup>

## 5.6 De kernwaarde 'continu' in de praktijk

1. Patiënten zijn op naam bij een huisarts in de huisartsenpraktijk ingeschreven. De huisarts voelt zich verantwoordelijk voor zijn patiënten.
2. De huisarts zet zich in voor persoonlijke continuïteit. Dit houdt in dat hij tenminste op drie werkdagen per week voor patiëntzorg aanwezig is in de praktijk en hierover helderheid geeft aan zijn patiënten. De praktijkassistentes houden bij de planning van de afspraken hier zoveel mogelijk rekening mee.
3. De huisarts maakt gebruik van elektronische communicatiemiddelen om persoonlijke continuïteit te realiseren.
4. Het verdient aanbeveling dat een patiënt binnen een huisartsenpraktijk met maximaal twee verschillende huisartsen te maken heeft.
5. Als persoonlijke continuïteit niet haalbaar is, zorgt het team van de huisartsenpraktijk voor continuïteit van zorg. Hiervoor zijn onderlinge overeenstemming over het te voeren beleid en een goed gebruik en beheer van het patiëntendossier door alle leden van het team van de huisartsenvoorziening onmisbare voorwaarden.
6. De huisarts evalueert tijdens de controleconsulten minimaal één keer per jaar in een persoonlijk contact het langdurig gebruik van geneesmiddelen.
7. De huisarts integreert en coördineert het totaal aan medische en paramedische zorg rond de patiënt en heeft zo de regie over samenhangende zorg. De huisarts houdt die regie wanneer hij de patiënt in een fase voor zorg overdraagt aan een medisch specialist in het ziekenhuis.
8. De huisarts is medeverantwoordelijk voor samenhangende zorg in een multidisciplinair team zoals het geval is bij de zorg voor oudere patiënten met complexe problematiek. Vanuit zijn overzicht vervult de huisarts hierbinnen een medisch inhoudelijke regierol.
9. De huisarts spant zich extra in voor persoonlijke continuïteit als het gaat om patiënten in een palliatieve of terminale fase.
10. De huisartsenpraktijk is tijdens werkdagen in ieder geval geopend van 8.00 tot 17.00 uur en telefonisch bereikbaar.
11. De huisartsenpraktijk informeert de patiënt over openingstijden en werkwijze overdag en tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.
12. De huisarts stelt ten behoeve van de zorg tijdens diensten een selectie van relevante informatie uit het H-EPD 24 uur per dag beschikbaar aan collega-huisartsen (diensten) en aan de meldkamer, ambulancedienst en spoedeisende hulp (SEH). Regionale samenwerkingsafspraken binnen de spoedzorg zijn daarbij voorwaarde.<sup>87</sup>
13. De huisarts investeert in de relatie met andere zorgverleners en maakt lokale samenwerkingsafspraken waarbij gebruik kan worden gemaakt van de landelijke eerstelijns of transmurale samenwerkingsafspraken.

## 6. OVERZICHT VAN DE KERNWAARDEN IN DE PRAKTIJK

### De kernwaarde 'generalisme' in de praktijk

1. De huisarts beschikt over de kennis om bij de 400 meest voorkomende aandoeningen en de 80 meest voorkomende klachten de diagnose te stellen.
2. De huisarts herkent ook de klachten en symptomen van weinig voorkomende aandoeningen.
3. Door zijn kennis van de context van de patiënten is hij in staat de voorspellende waarde van klachten en symptomen te wegen en vroege symptomen met een mogelijk ernstige achtergrond te herkennen, danwel de angst van de patiënt daarvoor te onderkennen.
4. De huisarts werkt orgaanoverstijgend en baseert zijn handelen zoveel mogelijk op de principes van evidence based medicine. Hij beschikt over een uitgebreid behandelarsenaal variërend van afwachtend beleid, evidence-based farmacotherapie, gesprekstechnieken tot (kleine) chirurgische interventies.
5. Van de veelvoorkomende en complexe gezondheidsproblemen kent de huisarts de therapie, zeker voor zover deze beschreven zijn in de NHG-Standaarden.
6. De huisarts is in staat om de patiënt over de meeste aandoeningen voorlichting te geven over het te verwachten beloop, te adviseren en zo nodig een afwachtend beleid voor te stellen bij 'self-limiting' aandoeningen.
7. De huisarts past preventie toe op individueel niveau door beïnvloeding van risicofactoren op basis van de beschikbare richtlijnen. Daarnaast is hij betrokken bij vaccinaties en vroegdiagnostiek in het kader van bevolkingsonderzoek.
8. De huisarts is in staat om te gaan met patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie. Hij betreft de patiënt bij het stellen van prioriteiten in diagnostiek en behandeling, rekening houdend met de consequenties in termen van te verwachten opbrengst en bijwerkingen.
9. De huisarts beschikt over de attitude en communicatieve vaardigheden om respectvol en adequaat met de patiënt te communiceren, ongeacht leeftijd, sekse, sociaal-culturele achtergrond en cognitieve en zintuiglijke beperkingen.
10. De huisarts onderhoudt zijn generalistische kennis en vaardigheden door veelzijdige nascholing.
11. De huisarts besteedt aandacht aan de ontwikkeling van eigen functioneren op het terrein van persoonlijke professionaliteit, communicatie en samenwerken door deelname aan intervisie, supervisie of coaching.

### De kernwaarde 'persoonsgericht' in de praktijk

1. De huisarts houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context, zoals de leef- en werkomgeving en de familieomstandigheden.
2. Hij legt relevante objectieve gegevens over het gezin/samenlevingsverband en het in de familie voorkomen van erfelijke en chronische aandoeningen vast in een nog te ontwikkelen 'familie-informatielijst'.
3. De huisarts heeft de verantwoordelijkheid om te zorgen dat er adequate hulp wordt geboden aan mensen die onvoldoende in staat zijn om zelf om deze hulp te vragen.
4. De huisarts wijst de patiënten op het belang dat leden van het gezin/samenlevingsverband zijn ingeschreven bij dezelfde huisarts(praktijk).
5. Informatie over de context van de patiënt is toegankelijk voor waarnemende collega's van de huisarts.
6. De huisarts heeft een signalerende taak ten aanzien van (dreigende) arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen en werkt zo nodig samen met de bedrijfsarts.
7. De huisarts houdt rekening met het egaliteitsprincipe: hij streeft er naar dat de meeste zorg gaat naar hen die de meeste behoefte aan zorg hebben.
8. De huisarts signaleert gezondheidsbedreigende situaties voor zijn patiëntenpopulatie in de wijk en maakt deze kenbaar bij de hiervoor verantwoordelijke instanties zoals de gemeente.
9. De huisarts heeft zicht op gezondheidsbedreigende situaties van kwetsbare groepen in de wijk, zoals eenzame ouderen en werkloze jongeren.
10. De huisarts staat open voor samenwerking bij preventieprogramma's in de wijk.

### **De kernwaarde 'continu' in de praktijk**

1. Patiënten zijn op naam bij een huisarts in de huisartsenpraktijk ingeschreven. De huisarts voelt zich verantwoordelijk voor zijn patiënten.
2. De huisarts zet zich in voor persoonlijke continuïteit. Dit houdt in dat hij tenminste op drie werkdagen per week voor patiëntzorg aanwezig is in de praktijk en hierover helderheid geeft aan zijn patiënten. De praktijkassistenten houden bij de planning van de afspraken hier zoveel mogelijk rekening mee.
3. De huisarts maakt gebruik van elektronische communicatiemiddelen om persoonlijke continuïteit te realiseren.
4. Het verdient aanbeveling dat een patiënt binnen een huisartsenpraktijk met maximaal twee verschillende huisartsen te maken heeft.
5. Als persoonlijke continuïteit niet haalbaar is, zorgt het team van de huisartsenpraktijk voor continuïteit van zorg. Hiervoor zijn onderlinge overeenstemming over het te voeren beleid en een goed gebruik en beheer van het patiëntendossier door alle leden van het team van de huisartsenvoorziening onmisbare voorwaarden.
6. De huisarts evalueert tijdens de controleconsulten minimaal één keer per jaar in een persoonlijk contact het langdurig gebruik van geneesmiddelen.
7. De huisarts integreert en coördineert het totaal aan medische en paramedische zorg rond de patiënt en heeft zo de regie over samenhangende zorg. De huisarts houdt die regie wanneer hij de patiënt in een fase voor zorg overdraagt aan een medisch specialist in het ziekenhuis.
8. De huisarts is medeverantwoordelijk voor samenhangende zorg in een multidisciplinair team zoals het geval is bij de zorg voor oudere patiënten met complexe problematiek. Vanuit zijn overzicht vervult de huisarts hierbinnen een medisch inhoudelijke regierol.
9. De huisarts spant zich extra in voor persoonlijke continuïteit als het gaat om patiënten in een palliatieve of terminale fase.
10. De huisartsenpraktijk is tijdens werkdagen in ieder geval geopend van 8.00 tot 17.00 uur en telefonisch bereikbaar.
11. De huisartsenpraktijk informeert de patiënt over openingstijden en werkwijze overdag en tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.
12. De huisarts stelt ten behoeve van de zorg tijdens diensten een selectie van relevante informatie uit het H-EPD 24 uur per dag beschikbaar aan collega-huisartsen (diensten) en aan de meldkamer, ambulance-dienst en spoedeisende hulp (SEH). Regionale samenwerkingsafspraken binnen de spoedzorg zijn daarbij voorwaarde.
13. De huisarts investeert in de relatie met andere zorgverleners en maakt lokale samenwerkingsafspraken waarbij gebruik kan worden gemaakt van de landelijke eerstelijns of transmurale samenwerkingsafspraken.

## BIJLAGE 1. OVERZICHT TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG 2012 EN UITWERKING DAARVAN IN STANDPUNTEN



## BIJLAGE 2. EUROPESE DEFINITIE VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

- Huisartsenzorg is normaliter het eerste medische aanspreekpunt in de gezondheidszorg met een vrije en onbegrensde toegang en biedt een eerste opvang voor alle gezondheidsproblemen ongeacht leeftijd, sekse of enige andere eigenschap van de persoon in kwestie.
- Huisartsenzorg stimuleert efficiënt gebruik van de financiële middelen voor de gezondheidszorg door de zorg te coördineren, door met de andere professionals in de eerste lijn samen te werken, door in relatie met andere specialismen een spilfunctie te vervullen en daarbij, waar nodig, de rol van vertrouwenspersoon voor de patiënt op zich te nemen.
- Huisartsenzorg hanteert een persoonsgerichte benadering, gericht op het individu, zijn/haar familie en de leefomgeving.
- Huisartsenzorg maakt gebruik van een unieke consultvoering, gericht op de opbouw van een langdurige relatie dankzij een effectieve arts-patiënt communicatie.
- Huisartsenzorg garandeert continuïteit van zorg gedurende de gehele levensloop, aansluitend bij de behoeften van de patiënt.
- Huisartsenzorg past eigen besliskundige procedures toe op geleide van prevalentie en incidentie van ziekten in de bevolking.
- Huisartsenzorg pakt zowel acute als chronische gezondheidsproblemen aan van individuele patiënten.
- Huisartsenzorg omvat de behandeling van aandoeningen die zich op een ongedifferentieerde manier in een vroeg stadium van hun ontwikkeling presenteren en die directe interventie kunnen vereisen.
- Huisartsenzorg bevordert gezondheid en welzijn door zowel adequate als effectieve interventies.
- Huisartsenzorg heeft een specifieke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de gemeenschap.
- Huisartsenzorg houdt rekening met alle fysieke, psychische, sociale en culturele dimensies van gezondheidsproblemen, inclusief de manier waarop mensen zin geven aan leven, ziekte en overlijden.

## BIJLAGE 3. TOTSTANDKOMING

In februari 2010 is een werkgroep van start gegaan met de ontwikkeling van dit Standpunt Kernwaarden van de huisartsgeneeskunde (voorheen Generalistische Zorg). De werkgroep is 10 keer bij elkaar gekomen. Deze werkgroep bestond uit:

- Prof.dr. F.G. Schellevis, hoogleraar afdeling Huisartsgeneeskunde VU Medisch Centrum Amsterdam/hoofd onderzoeksafdeling NIVEL, *voorzitter*
- Prof.dr. P. Bindels, huisarts, hoogleraar afdeling Huisartsgeneeskunde Erasmus MC, Rotterdam, voorzitter NHG-Verenigingsraad
- Mw. C.M.M. Emaus, huisarts/ Generation Next, lid NHG-Verenigingsraad
- Dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts, hoofd huisartsgeneeskunde basiscurriculum, UvA
- Mw. A.C. Littooi, huisarts, De Vrije Huisarts
- Mw. drs. M. de Meij, huisarts, lid NHG-Verenigingsraad
- Mw. dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts, eerstelijns geneeskunde UMC St Radboud Nijmegen
- C.F.H. Rosmalen, huisarts, hoofd Afdeling Beleid & Ontwikkeling LHV
- Dr. H.J. Schers, huisarts, eerstelijns geneeskunde MC St Radboud Nijmegen
- Mw. drs. A. ter Brugge, senior-beleidsmedewerker NHG, secretaris
- Mw. mr. C.C.S. Festen, senior-beleidsmedewerker NHG, secretaris

### Totstandkoming

De werkgroep heeft tijdens de voorbereiding gebruik maakt van externe inbreng die is geleverd tijdens verschillende bijeenkomsten. Op 1 april 2010 zijn de uitgangspunten voor het Standpunt tijdens de IOH-dagen besproken met de hoogleraren huisartsgeneeskunde, hoofden en stafleden van de huisartsopleidingen. Op 10 juni 2010 stond de voorbereiding van het Standpunt centraal tijdens het NHG symposium De meerwaarde van de generalist.

De NHG-Verenigingsraad heeft op 3 maart 2011 commentaar gegeven op een concept-versie van het Standpunt. Een conceptversie van het Standpunt is in april 2011 aan de achterban voorgelegd in een commentaarronde. De werkgroep heeft 30 commentaren ontvangen, waarvan dankbaar gebruik is gemaakt voor het vaststellen van de definitieve tekst. Commentaren zijn onder meer ontvangen van de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH), de universitaire huisartsinstituten, de Vereniging van Praktijkhoudende Huisartsen (VPH), leden van expertgroepen, leden van voormalige werkgroepen die eerdere Standpunten hebben voorbereid en individuele NHG-leden.

## NOTEN

1. Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen 'hij/zij' en 'hem/haar' in dit document vermeden. Waar dit van toepassing is, worden met 'hij' en 'hem' beide geslachten bedoeld. 4. Randvoorwaarden
2. Huygen FJA. De huisarts en de wetenschap. Medisch Contact 1956;11:730-9.
3. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
4. Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.
5. Voor de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde wordt verwezen naar de bijlage I.
6. Katerndahl DMD, Wood RPH, Jaén CR. Family medicine outpatient encounters are more complex than those of cardiology and psychiatry. J Am Board Fam Med 2011;24:6-15.
7. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. Int J Qual Health Care 2002;14(4):267-8.
8. Het ICPC-classificatiesysteem brengt klachten en aandoeningen onder in de volgende hoofdstukken: A= algemeen en niet gespecificeerd, B= bloed en bloedvormende organen, D= spijsverteringsorganen, F= oog, H= oor, K= hartvaatstelsel, L= bewegingsapparaat, N=zenuwstelsel, P=psychische problemen, R=luchtwegen, S= huid en subcutis, T= endocriene klieren/metabolisme/voeding, U= urinewegen, W= zwangerschap/bevalling/anticonceptie, X=geslachtsorganen en borsten vrouw, Y = geslachtsorganen en borsten man, Z= sociale problemen.
9. Verheij RA, Van Dijk CE, Stirbu-Wagner I, Visscher S, Abrahamse H, Davids R, Braspenning J, Van Althuis T, Korevaar JC. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009, [www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=14023], bezocht op 20 februari 2011.
10. Basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg. Utrecht:LHV, 2009.
11. Peterson MC, Holbrook JH, Hales DV et al. Contributions of the history, of physical examination, and of laboratory investigation in making medical diagnosis. Western Journal of Medicine 199;156:163-5.
12. Kenmerken van de discipline Huisartsgeneeskunde, Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.
13. Drenthen AJM, Assendelft JJ, Van der Velden J. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging! Huisarts Wet 2008;1:38-41.
14. Voor meer informatie: [www.nhg.org/PreventieConsult](http://www.nhg.org/PreventieConsult).
15. Screening tussen hoop en hype. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008. Zie ook het NHG-Standpunt over medische check-ups bij mensen zonder medische klachten, 2008.
16. De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AWF, Spijker WWJ. Opkomst bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned. Tijdschr Geneesk 2005;149:2339-43.  
Tacken M. Opkomst baarmoederhalskankerscreening: huisartsen organiseren het goed. Huisarts Wet 2002;45:109.
17. Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. NHG/LHV, 2004.
18. Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Verheij ThJM, redactie. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier, 2007 (vijfde geheel herziene druk).
19. Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2006.
20. Mackenbach, JP. Ziekte in Nederland. Amsterdam, Elsevier Gezondheidszorg, 2010.
21. Lucht van der F, Polder J Van gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomstverkenning. 2010, Bilthoven, RIVM, 2010.
22. CBS statline 22-12-2010.
23. CBS statline, allochtonenprognose 2007-2050.



24. Kunst A, Mackenbach J, Lamkaddem M, Rademakers J, Devillé W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Studie in opdracht van ZonMw. 2008.
25. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care, *Qual Health Care* 2001;10:90-95. Uiters E, Primary health care among ethnic minorities in the Netherlands, A comparative study [Dissertatie] Nivel, 2007.
26. Devillee 2008 Walter L.J.M. Devillé , Ellen Uiters, Gert P. Westert, Peter P. Groenewegen Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: Dutch general practice on stage: morbidity, performance and quality in an international scene. Westert GP, Jabaaïj L, Schellevis FG(eds). Radcliffe, Oxford, 2006.
27. Uiters E. Alloctonen en de Nederlandse gezondheidszorg. Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands [Proefschrift]. Utrecht: NIVEL, 2007.
28. Schellingerhout R. Gezondheid en welzijn van alloctone ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
29. Inspectie voor de gezondheid: kortschrift tolken in de gezondheidszorg, 2003.
30. NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
31. NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG, 2008.
32. In dit licht zou een jaarlijkse toets gericht op generalistische kennis en vaardigheden behulpzaam kunnen zijn, zodat de huisarts zijn nascholing kan richten op geconstateerde lacunes.
33. NHG en LHV werken samen met IQ Health aan een systeem voor educatieve evaluatie van het individueel functioneren van de huisarts. In deze methode wordt onder meer gebruik gemaakt van zelfevaluatie en een 360 graden feedbackronde onder collega's en patiënten .
34. Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. NHG, 2005.
35. Giesbers S, Smits M, Giesen P. Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. *Medisch Contact* 2011;10:587-9.
36. NHG-Standpunt GGZ in de huisartsenzorg. NHG, 2007.
37. Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn. NHG, 2005. Met uitwerkingen voor diabetes mellitus type 2 (2005), Astma/COPD (2005) en cardiovasculair risicomangement (2007).
38. Laurant MGH, Hermens RPMG, Braspenning JCC, Sibbald B. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomized controlled trial. *British Medical Journal* 328 (7445); 927-30.
39. Concept-Standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening. Vaststelling door NHG en LHV voorzien medio 2011.
40. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008.
41. Aarts SM, Van den Akker, Tan F, Verhey F, Metsemakers J, Van Boxtel M. De invloed van multimorbiditeit op het cognitief functioneren. *Huisarts Wet* 2011;54:128-32.
42. Schellevis F. Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk: je gaat het pas zien als je het door hebt. *Huisarts Wet* 2007; 9:452-54.
43. Het NHG werkt aan een multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen: naar een beter medicatiebeleid, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, de Orde, Verenso (Beroepsvereniging van Verpleeghuisartsen en sociaal geriater), Nederlands Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik en de KNMP.
44. NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
45. Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: LHV/NHG, 2004.
46. In het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen is het belang van een doortastende, pro-actieve houding van de huisarts nader toegelicht.
47. In het Standpunt Huisartsenzorg en jeugd wordt nader ingegaan op het belang van proactieve opstelling van de huisarts in de zorg voor kinderen en gezinnen. Bijvoorbeeld het vroegtijdig signaleren negatieve gevolgen van (somatische of psychische) ziekten voor kinderen.
48. Stange KC. The Generalist approach. *Ann Fam Med* 2009;7:198-203.
49. Gerards RAE. Komt een patiënt bij zijn coach. Een nieuwe blik op patiëntenbeleid. Den Haag: RVZ, 2010.

50. Gezondheidsvaardigheden zijn de individuele competenties die nodig zijn om goed met gezondheid en ziekte om te kunnen gaan. Dat veronderstelt dat mensen interesse en aandacht hebben voor hun eigen gezondheid, dat ze informatie over gezondheid kunnen en willen verzamelen, lezen of horen, begrijpen en toepassen. Mensen beschikken in wisselende mate en vorm over deze verschillende eigenschappen. Met name allochtonen, mensen met een lage opleiding en ouderen ondervinden problemen in het vinden en gebruiken van informatie. Bron: [www.nigz.nl](http://www.nigz.nl)
51. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.
52. Cardol M, Groenewegen PP, De Bakker DH, Spreeuwenberg P, Van Dijk L, Van den Bosch WJHM. Gezinsgelijkenis in contactfrequentie met de huisartsenpraktijk: een retrospectief onderzoek. *Huisarts Wet* 2005;48(10): 490-4.
53. Buijs P, Van den Heuvel F, Steenbeek R. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. *Huisarts Wet* 2009;3:147-51.
54. Andrea H, Metsemakers JFM, Kant Y, Beurskens AJHM, Swaen GMH, Schayck CP. Seeking help in relation to work – visiting the occupational physician or the general practitioner. *Occup Med* 2004;54:419-21.
55. Anema H, Buijs P, Van Amstel R, Van Putten D. Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. Utrecht: LHV/NVAB, 2002.
56. Deze aanbeveling is eerder gedaan in het NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd.
57. Social determinants of health. World Health Organization (WHO), 2010. [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)
58. Meuwissen LE. et al. Hoe te komen tot een populatiegerichte huisartsenzorg? *TSG* 2010;88(7):381-387.
59. Voorbeeld hiervan zijn onder meer Bigmove [www.bigmove.nu](http://www.bigmove.nu) en de Beweegkuur [www.beweegkuur.nl](http://www.beweegkuur.nl).
60. De discipline huisartsgeneeskunde, Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening . Utrecht: NHG/LHV, 2003.
61. De Wit J, Berger MY, Bindels PJE. Eerstelijns curatieve zorg hoort niet thuis bij de kinderarts. *Medisch Contact* 2010;40:2082-84.
62. NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG, 2008.
63. NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.
64. NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg. Utrecht: NHG, 2009.
65. NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening. Utrecht: NHG, 2005.
66. De sterke positie van de Nederlandse huisarts is in belangrijke mate terug te voeren op diens goede toegankelijkheid, zowel geografisch als financieel. De gemiddelde afstand van de patiënt tot de praktijk van de eigen huisarts bedraagt hier 2,6 kilometer. LINH-cijfers: hoe ‘community based’ werkt de huisarts? *Huisarts Wet* 2006;49:293.
67. In het geval de praktijk is geopend tot 17.00 uur moet de bereikbaarheid tussen 17.00 en 18.00 uur goed georganiseerd zijn, bijvoorbeeld door goede afspraken te maken met de huisartsenpost. Zie: Richtlijnen voor bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenvoorziening. LHV, 2008.
68. Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. NHG, 2005.
69. Vooral als patiënten niet op naam van de huisarts, maar op naam van de huisartsenpraktijk zijn ingeschreven, is dit principe van belang.
70. Van Dulmen AM. De helende werking van het arts-patiënt contact. *Huisarts Wet* 2011; (41)1:490-4.
71. Pareira D. et al. Towards a theory of continuity of care. *Journal of Royal Society of Medicine*. Vol 96, 2003.
72. Schers HJ. Continuity of care in general practice. Exploring the balance between personal and informational continuity. [Dissertatie] Nijmegen: Radboud Universiteit, 2004.
73. Meyboom-de Jong B. Continuïteit van zorg voor chronisch zieken. Hersenschim of realiteit? *Huisarts Wet* 2006;8:430-1.
74. Stange KC, The Generalist approach. *Ann Fam Med* 2009;198-203.
75. Stange KC, The problem of fragmentation and the need for solutions. *Ann Fam Med* 2009;7:100-103.
76. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar het concept-Standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening. Vaststelling door NHG en LHV is voorzien medio 2011.

77. De Bakker DH. Naar een sterke eerstelijns: specialisatie in generalistenland? Oratie 18 september 2009, Universiteit van Tilburg.
78. McMurphy D. What are the critical attributes and benefits of a high-quality primary healthcare system? Canadian Health Services Research Foundation. Canada, 2009 (www.chsrf.ca)
79. Starfield et al, J Ambul Care Manage 2009;32:216-25.
80. NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: 2007.
81. Berendse, A. Samenwerking tussen huisarts en specialist – Wat vinden de patiënten en de dokters? [Dissertatie] Rijksuniversiteit Groningen, 2009.
82. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP), NHG, 2008.
83. NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg. Utrecht: NHG, 2009.
84. NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. NHG, 2006.
85. Dijk van C, Verheij R. Integrale bekostiging dekt fractie zorg. Huisarts Wet 2010;6:299.
86. Standpunt Het elektronische huisartsendossier (H-EPD). Gegevensverzameling en gegevensbeheer. Utrecht: NHG/LHV, 2010.
87. Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD).Utrecht: NHG/LHV,2010.