

Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening

Concretisering Toekomstvisie 2012

Vastgesteld door Algemene Ledenvergadering NHG op 11 december 2003

**Rapport van de werkgroep
Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg**

Inhoudsopgave

	Leeswijzer	1
1.	Inleiding	2
	1.1. Het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012	
	1.2. Samenstelling van de werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg	
	1.3. Taakopdracht	
	1.4. Vertrekpunten voor de uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg	
	1.5. De toekomstvisie tegen de achtergrond van andere adviezen	
	1.6. Beschouwing van de adviezen	
2.	De discipline huisartsgeneeskunde	10
	2.1. Inleiding	
	2.2. De ontwikkeling van de discipline	
	2.3.1. Kenmerken van de discipline Huisartsgeneeskunde	
	2.3.2. De academische grondslag	
3.	Huisartsgeneeskundig zorgaanbod	18
	3.1. Inleiding	
	3.2. Kenmerken van de zorg	
	3.2.1. Generalistische zorg	
	3.2.2. Contextgerichte zorg	
	3.2.3. Gidsfunctie	
	3.2.3. Kwaliteit en doelmatigheid	
	3.3. Zorgaanbod	
	3.3.1. De inhoud van de zorg	
	3.3.2. Het zorgproces	
	3.3.3. Het zorgaanbod: de vorm	
4.	De huisartsenvoorziening	30
	4.1. Inleiding	
	4.2. De huisartsenvoorziening waarborgt generalistische zorg	
	4.2.1. Organisatorische consequenties	
	4.3. De huisartsenvoorziening waarborgt contextgerichte zorg	
	4.3.1. Organisatorische consequenties	
	4.4. De huisartsenvoorziening vervult een spilfunctie	
	4.4.1. Organisatorische consequenties	
	4.5. De huisartsenzorg waarborgt kwaliteit	
	4.5.1. Organisatorische consequenties	
5.	Functiedifferentiatie huisartsenzorg	40
	5.1. Inleiding	
	5.2. Doel functiedifferentiatie	
	5.3. Uitgangspunten functiedifferentiatie	
	5.4. Functies binnen de huisartsvoorziening	

- 5.5. Zorggebonden taken in de huisartsenvoorziening
 - 5.5.1. Competenties voor de zorggebonden taken van de huisarts
 - 5.5.2. Competenties voor de zorggebonden taken van de praktijkverpleegkundige
 - 5.5.3. Competenties voor de zorggebonden taken van de praktijkassistente
- 5.6. Niet-zorg gebonden taken in de huisartsvoorziening

Huisartsenzorg en Huisartsvoorziening concretisering Toekomstvisie 2012

Leeswijzer

Dit rapport is een uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg die door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) medio 2002 is vastgesteld.

Het eerste hoofdstuk beschrijft de aanleiding en achtergrond van de toekomstvisie, evenals de samenstelling en taakopdracht van de werkgroep. Dit hoofdstuk geeft tevens een overzicht van belangrijke beleidsdocumenten over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, en de visie daarop van de werkgroep.

De concretisering van de Toekomstvisie Huisartsenzorg wordt stapsgewijs beschreven. De huisartsenzorg is geworteld in de discipline huisartsgeneeskunde. Hoofdstuk 2 beschrijft de geschiedenis en *the state of the art* van deze discipline.

De praktijk van de discipline huisartsgeneeskunde komt tot uitdrukking in het huisartsgeneeskundige zorgaanbod. De kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg en het zorgaanbod komen aan de orde in hoofdstuk 3.

De Toekomstvisie Huisartsenzorg gaat uit van de 'huisartsenvoorziening' als perifere organisatievorm waarin huisartsgeneeskundige zorg geboden wordt door huisartsen en ondersteunend personeel. Hoofdstuk 4 beschrijft de kenmerken van de huisartsenvoorziening en de organisatorische consequenties daarvan.

De functieniveaus van het personeel van de huisartsenvoorziening en de bijbehorende competenties zijn beschreven in hoofdstuk 5.

1. Inleiding

In het Woudschoten-rapport uit 1959 staan voor het eerst de kern en de taak van de huisartsgeneeskunde beschreven. Daarin wordt gesteld dat de huisarts verantwoordelijk is voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid.¹ Sindsdien heeft de huisartsgeneeskunde zich sterk ontwikkeld.

Een taak- en functieomschrijving voor de huisarts is beperkt houdbaar. De wereld verandert en de context en het werk van de huisarts veranderen mee. Hierdoor is het nodig om geregeld de positie en de functie- en taakomschrijving van de huisarts kritisch te bekijken en waar nodig aan te passen. Duidelijkheid over wat van de huisarts verwacht kan worden, is de basis voor een goede patiëntenzorg en samenwerking met andere hulpverleners.

De laatste taak- en functieomschrijving dateert uit 1987. De Landelijke Huisartsen Vereniging stelde toen het Basistakenpakket vast: het geheel van taken waarop elke in Nederland praktiserende huisarts aanspreekbaar is.² Tot op de dag van vandaag geeft het Basistakenpakket richting aan de uitoefening van het huisartsenvak. Het Basistakenpakket is verouderd door een aantal ontwikkelingen die van grote invloed zijn op de dagelijkse huisartsenpraktijk. Het gaat hierbij om:

- veranderingen in de patiëntenpopulatie door de vergrijzing en de toename van het aantal allochtone Nederlanders;
- snelle ontwikkelingen in de medische wetenschap en technologie;
- snelle ontwikkelingen in het gebruik van ICT en de consequenties daarvan voor diagnostiek, behandeling en informatie-uitwisseling;
- veranderingen van de hulpvragen doordat meer patiënten beter zijn geïnformeerd waardoor de behoefte aan advies en begeleiding door de huisarts toeneemt;
- capaciteitsproblemen door het tekort aan huisartsen;
- de komst van nieuw ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk waardoor taakdelegatie mogelijk wordt;
- veranderingen in de beroepsgroep: steeds meer huisartsen werken bij voorkeur in deeltijd en hechten behalve aan hun vak ook aan ruimte voor hun privé-leven;
- verschuivingen van taken tussen de eerste, tweede en derde lijn;
- discussies over de inrichting van het zorgstelsel en de financiering van de huisartsenzorg.

1.1. Het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012

In het jaar 2000 slaan LHV en NHG de handen ineen met als doel het ontwikkelen van een Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Patiënten, andere partners in de zorg, zorgverzekeraars en overheid moeten duidelijkheid krijgen waar de huisartsgeneeskunde voor staat en wil staan. De beroepsgroep heeft baat bij een vooruitstrevende houding om ook in de toekomst een kwalitatief goede huisartsgeneeskunde te kunnen waarborgen. Het uitgangspunt voor het project Toekomstvisie Huisartsenzorg was dan ook de visie van de huisartsen zelf.

De discussie over de toekomstvisie was gebaseerd op verschillende scenario's die alle rekening hielden met relevante zekerheden en onzekerheden in maatschappij en gezondheidszorg.

In het kader van een grootschalig project is de toekomstvisie besproken tijdens dertig Visiedagen, gehouden in de districten en op de huisartsinstituten. In het voorjaar van 2002 stelden daarna de besturen van het NHG en de LHV de toekomstvisie vast.³ Tegelijkertijd werd besloten de toekomstvisie uit te werken en een functie- en taakomschrijving op te stellen voor de zorgverleners in de huisartsenzorg.

1.2. Samenstelling van de werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg

De directies van het NHG en de LHV hebben eind 2002 de werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg ingesteld. De samenstelling van de werkgroep is als volgt:

Dr. P. Ram , huisarts, voorzitter	- NHG
Mw. N. Gruijters, huisarts	- NHG
Dr. P. van den Hombergh, huisarts	- LHV
C. Rosmalen, huisarts	- LHV
C. in 't Veld, huisarts	- NHG
Dr. H. van Weert, huisarts	- NHG
Drs. G. van de Goor	- LHV
Mw. drs. A. ter Brugge, secretaris	- NHG

1.3. Taakopdracht

De werkgroep kreeg de opdracht om functie- en taakomschrijvingen te maken voor de zorgverleners in de voorziening huisartsenzorg. Hiermee wordt bedoeld:

- het omschrijven van het deskundigheidsgebied van de huisartsenzorg, zodanig dat het voor patiënten en andere partijen, zoals de overheid, andere hulpverleners en zorgverzekeraars, duidelijk is wat zij van de huisartsenzorg kunnen verwachten;
- het beschrijven van een organisatiemodel voor de voorziening huisartsenzorg, zodanig dat huisartsen en ondersteunend personeel daarmee een richtlijn krijgen voor de wijze waarop zij de omschreven huisartsenzorg kunnen aanbieden.

De Toekomstvisie Huisartsenzorg richt zich op 2012. Ook de uitwerking ervan in dit rapport is gericht op een toekomstige situatie en bedoeld als richtsnoer voor beleid en ondersteunende activiteiten met als doel het realiseren van deze toekomstvisie.

1.4. Vertrekpunten voor de uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg

Voor de werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg dienden een paar documenten als uitgangspunt. Naast de Toekomstvisie Huisartsenzorg zijn dat de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde, opgesteld door WONCA Europe,⁴ en de Eindtermen Huisartsopleiding, tot stand gekomen op initiatief van de Raad voor de Huisartsopleiding.⁵ Hieronder volgt een toelichting op deze documenten.

- **Toekomstvisie Huisartsenzorg**

De Toekomstvisie Huisartsenzorg ziet de huisartsgeneeskundige zorg anno 2012 als het eerste aanspreekpunt voor patiënten met hun primaire gezondheidsvragen, waarmee de huisartsenzorg dus een spilfunctie in de gezondheidszorg vervult. Om op een veelheid van medische vragen te beantwoorden, biedt de huisartsenzorg een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Daarnaast geeft de huisartsenzorg begeleiding en advies aan patiënten en hun omgeving tijdens en na hun ziekte. De huisarts werkt hierbij vanuit een vraaggerichte attitude: vraagverheldering behoort tot de specifieke expertise van de huisarts.

Huisartsenzorg blijft ook in de toekomst persoonsgericht, integraal, continu en toegankelijk. De vertrouwensrelatie met de patiënt en het toepassen van 'evidence based medicine' maakt zorg op maat mogelijk en voorkomt leveren en inefficiënt zorggebruik. De meest in het oog springende vernieuwing in de toekomstvisie is, dat de huisartsenzorg is georganiseerd in de vorm van huisartsenvoorzieningen: organisatie-eenheden waarin meerdere huisartsen onderling en met ondersteunend personeel samenwerken. Deze huisartsenvoorzieningen kunnen onderdeel zijn van een groter verband van eerstelijnsvoorzieningen.

- **Europese definitie van de huisartsgeneeskunde**

WONCA Europe is de regionale tak van de wereldorganisatie voor huisartsgeneeskunde (WONCA) en een gezaghebbende wetenschappelijke organisatie. Lid van deze organisatie zijn de nationale wetenschappelijke huisartsenverenigingen van dertig Europese landen, alsmede individuele huisartsen. WONCA Europe heeft in het rapport *The European definition of General Practice/Family Medicine* de essentie vastgelegd van het specialisme huisartsgeneeskunde in de 21^e eeuw, geordend in elf specifieke kenmerken.⁶

Ook in dit WONCA-rapport is de huisartsgeneeskunde normaliter het eerste medische aanspreekpunt binnen de gezondheidszorg met een open, laagdrempelige toegang voor haar gebruikers, en tevens een eerste opvang voor alle gezondheidsproblemen. Zij stimuleert een efficiënt gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen door de zorg te coördineren en met de andere beroepsgroepen in de eerste, tweede en derde lijn samen te werken en daarin een spilfunctie te vervullen. Zij hanteert een persoonsgerichte benadering, gericht op het individu, zijn/haar gezin en de omgeving.

De Europese definitie beschrijft verder dat de huisartsenzorg gebruikmaakt van een unieke consultatieprocedure en continue zorg biedt over langere tijd, aansluitend bij de behoeften van de patiënt. Zij past eigen besliskundige procedures toe en pakt zowel acute als chronische gezondheidsproblemen van individuele patiënten aan. Zij benadert gezondheidsproblemen in het kader van hun fysieke, psychische, sociale, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden. De Toekomstvisie Huisartsenzorg is in lijn met de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde.

- **Eindtermen huisartsopleiding**

In 1999 zijn op initiatief van de Raad voor de Huisartsopleiding door de werkgroep Actualisering Curriculum nieuwe, toetsbare eindtermen voor de huisartsopleiding geformuleerd. Actualisering van de huisartsopleiding was om verschillende redenen nodig. Een belangrijke reden was de publicatie van het Raamplan 1994, waarin de opleidingseisen zijn vastgesteld die als basis dienen voor de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Daarnaast stond de huisartsopleiding voor de taak om de mogelijkheden van vrijstellingen en deeltijdvarianten in te passen in het curriculum.

Bij de ontwikkeling van de geactualiseerde eindtermen is rekening gehouden met een actuele profielschets van de hedendaagse huisarts en met de nieuwe eisen voor de huisartsopleiding. De visie die ten grondslag lag aan de ontwikkeling van de eindtermen, liep vooruit op de Toekomstvisie Huisartsenzorg. In het document wordt gesteld dat de huisarts nu en straks deel uitmaakt van een voorziening huisartsenzorg; deze staat in totaliteit garant voor een goed bereikbare, laagdrempelige, continue, kwalitatief hoogwaardige, primaire medische zorg aan individuen, gezinnen en andere samenlevingsverbanden. De huisartsenvoorziening is georganiseerd op centraal en perifeer niveau. Op centraal niveau is landelijk een kader geschapen voor het bewaken van inhoud, vorm en kwaliteit van het vak. Op perifeer niveau wordt zorggedragen voor de nadere uitwerking en uitvoering daarvan in de regio, in de gemeenten en in de kleinste organisatie-eenheden. Deze eenheden (gezondheidscentra, Huisartsen Onder Een Dak, Huisartsengroepen) vormen de basis van de huisartsenvoorziening en bieden de volledige huisartsgeneeskundige basiszorg voor de ingeschreven populatie.

De eindtermen bevatten de kwalificatie-eisen voor het behalen van het huisartsdiploma. Eindtermen moeten toetsbaar zijn en daarom geformuleerd in feitelijk waarneembaar professioneel gedrag. De geactualiseerde eindtermen (2000) zijn ter beschikking gesteld aan het College voor Huisarts- en Verpleeghuisarts Geneeskunde (CHVG).⁷

1.5. De toekomstvisie tegen de achtergrond van andere adviezen

De afgelopen jaren verschenen verschillende rapporten met opvattingen en adviezen over de gewenste ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde. Een overzicht.

De LHV-discussienota Transmuraal metselwerk (2001), gaat over het takenpakket van de huisarts.⁸ Het transmurale takenpakket van de huisarts wordt beschreven en afgegrensd ten opzichte van het basisaanbod. Men geeft vervolgens een ordening van basis- en aanvullende taken voor de huisarts met een gedifferentieerde honorering.

In 2001 brengt de commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg onder leiding van de heer Tabaksblat, advies uit aan de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Borst.⁹ De commissie pleit ervoor de huisartsenzorg blijvend deel te laten uitmaken van de basisvoorziening in de gezondheidszorg en formuleert uitgangspunten voor de financieringsstructuur. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen het inkomen van huisartsen en de praktijkkosten. Kwaliteitsbeleid wordt gezien als belangrijk onderdeel van de huisartsenzorg, waarmee in de financieringsstructuur rekening moet worden gehouden. De commissie stelt verder voor om huisartsenpraktijken te gaan certificeren als waarborg voor kwaliteit.

Het adviesrapport Modernisering Eerste lijn hanteert drie uitgangspunten die stroken met het rapport van de commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsen.¹⁰ Deze zijn: de vraaggerichtheid van de zorg, de doelmatigheid van de zorg door efficiënt gebruik van de beschikbare capaciteiten binnen de (huisartsen)zorg zelf, en een functionele benadering van de zorgverlening. De commissie schetst de ontwikkeling van eerstelijnszorgnetwerken in het perspectief van de eerstelijnsgezondheidszorg. Eerstelijnszorgnetwerken ontstaan door een samenvoeging van diverse zorgfuncties plus beroepsbeoefenaren. Deze netwerken kunnen meerdere locaties beslaan en met flexibele

invulling, opdat de juiste zorg op een passende afstand bereikbaar is voor de patiënt.

De discussienota Huisarts in de Eerstelijnszorg van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) spreekt ook van eerstelijnszorgcentra binnen welke huisartsen onderling en met andere zorgaanbieders of hulpaanbieders samenwerken.¹¹ De NPCF merkt op dat huisartsenzorg gericht is op verschillende groepen patiënten en dat de zorg moet zijn afgestemd op de eigen regionale of lokale situatie. De NPCF kent de huisarts wel een gidsfunctie toe, maar niet de functie van poortwachter. Verder pleit de NPCF ervoor dat de huisartsenzorg deel gaat uitmaken van de nieuwe basisverzekering, waarover in het kader van de stelselherziening wordt gesproken.

De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) schetst - in het rapport Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief - een beeld van wijkzorgnetwerken waar op kleinschalig niveau zorg geboden wordt, terwijl de zorg grootschalig is georganiseerd.¹² De huisartsen werken in de genoemde wijkzorgnetwerken in samenwerkingsverbanden van vier à zes personen met ondersteunend personeel zoals praktijkverpleegkundigen. Ook werken er transmuraal-verpleegkundigen, verbonden aan een ziekenhuis, die als consulent optreden voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen.

In het RVZ-advies Taakherschikking in de gezondheidszorg zijn de uitgangspunten van het eerdere rapport, Redesign van de eerste lijn, niet terug te vinden.¹³ RVZ stelt voor dat patiënten behalve tot de huisarts ook rechtstreeks toegang krijgen tot fysiotherapeuten, andere paramedische hulpverleners en een 'nurse practitioner' (ook wel hbo-dokter genoemd). Andere voorstellen betreffen telefonische zorgadvieslijnen en 'walk-in centra' om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te verbeteren.

De Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking doet in het rapport De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang aanbevelingen voor een vernieuwd en samenhangend opleidingsstelsel voor de beroepen in de gezondheidszorg.¹⁴ De commissie doet deze aanbevelingen op grond van de beoordeling van drie eerder uitgebrachte adviezen: De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm, Taakherschikking in de gezondheidszorg, en Evaluatie Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Een belangrijk deel van het rapport spitst zich toe op de vernieuwing van de huisartsopleiding en de ontwikkeling van opleidingsprogramma's voor ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening.

Zorgverzekeraars Nederland geeft in haar nota Visie zorgverzekeraars op herstructurering eerstelijnszorg aan te streven naar geïntegreerde eerstelijnszorg.¹⁵ Hieronder wordt verstaan: samenhangende zorg die wordt verleend door onder meer huisartsen, paramedici en verloskundigen, zoals psychosociale zorg, farmaceutische zorg en kraamzorg, eventueel uitgebreid met ouder- en kindzorg, bedrijfs-, verpleeghuis- en thuiszorg en medisch-specialistische zorg. Zorgverzekeraars menen dat de huisarts zijn werkzaamheden fiks kan verlichten door samenwerkingsverbanden aan te gaan en zijn exclusieve rol van poortwachtersfunctie in de eerste lijn los te laten.

Het rapport Duizend bloemen in een kleurrijk boeket, naar een georganiseerde eerste lijn van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG)¹⁶ gaat over samenwerking in de georganiseerde eerste lijn. De STG geeft hiervoor twee referentiekaders: eerstelijns-zorginstellingen en facilitaire bedrijven. Ter vergroting van de samenhang en samenwerking in de eerste lijn, neemt men het primaire zorgproces als

uitgangspunt en daarna de organisatie van facilitaire diensten voor individuele beroepsbeoefenaren en samenwerkingsverbanden in de eerste lijn.

1.6. Beschouwing van de adviezen

De ontwikkeling naar een huisartsenzorg als grootschaliger organisatie die wordt uitgevoerd door samenwerkende hulpverleners, kan rekenen op brede steun. De discussie over de taakherschikking in de gezondheidszorg, de vernieuwing van de (huis)artsopleidingen en de komst van ondersteunend personeel zijn belangrijke impulsen voor het vernieuwingsproces.

In het licht van de samenwerking tussen zorgverleners is het van belang om onderscheid te maken tussen taakherschikking, waarover de RVZ spreekt, en taak- en functie-differentiatie. Bij taakherschikking staat niet de functie centraal, maar worden de taken anders verdeeld over de verschillende beroepsgroepen. In veel huisartsenpraktijken is sprake van taakdifferentiatie. Alle huisartsen binnen een samenwerkingsverband voeren de kerntaken uit en de extra taken die niet afzonderlijk beschreven zijn, worden over de huisartsen verdeeld. Deze verdeling van extra taken kan van jaar tot jaar veranderen. Daardoor bestaat de kans dat de combinatie van werkzaamheden willekeurig is en taken niet altijd logisch bij elkaar passen. Bij functiedifferentiatie worden aan de verschillende functies bepaalde taken toegekend. Dat biedt mogelijkheden voor verdieping, deskundigheidsbevordering en eventueel taakverzwaring.

De voorziening huisartsenzorg past in het door de andere partijen geschetste beeld van de ontwikkeling van eerstelijnszorgnetwerken. Nadere concretisering is nodig van de definities van taken en verantwoordelijkheden alsmede het vormgeven van de samenwerking en afstemming tussen de verschillende partners in de zorg. Patiëntenorganisaties onderstrepen hoe belangrijk het is dat de huisartsenzorg inspeelt op de behoeften van (groepen) patiënten. Dit pleidooi is in lijn met de in de toekomstvisie beschreven intentie tot vraaggerichtheid van de huisartsenzorg.

De toekomstvisie noemt de spilfunctie van de huisartsenzorg en de gids- en verwijfsfunctie als belangrijke randvoorwaarden en waarborgen voor kwalitatief goede huisartsgeneeskundige zorg. Het belang van deze functies wordt niet in alle uitgebrachte adviezen onderschreven. RVZ en ZN zien ‘call centra’, ‘walk-in centra’ en de mogelijkheid rechtstreeks toegang te krijgen tot specialistische hulpverleners als oplossingen voor de capaciteitsproblemen in de huisartsenzorg. De effectiviteit hiervan valt te betwijfelen, ook gezien de doelstelling dat zorg zinnig en doelmatig moet zijn.¹⁷
¹⁸ De werkgroep onderbouwt in dit rapport de opvatting dat de spil- en gidsfunctie de kernkwaliteiten zijn van de huisartsenzorg. Ook geeft de werkgroep richtlijnen voor de invulling van de verschillende functies en taken binnen de huisartsenvoorziening.

Het advies Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg geeft zicht op een adequaat financieringssysteem voor kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg. Een aparte financieringscomponent voor praktijkkosten en kwaliteitsbeleid is van doorslaggevend belang voor het welslagen van de vernieuwing van de huisartsenzorg.

1.7. Tussentijdse raadplegingen door de werkgroep

De werkgroep heeft tijdens de werkzaamheden verschillende malen de achterban van het NHG en de LHV geraadpleegd. Concept-hoofdstukken zijn voorgelegd aan:

- de deelnemers aan de jaarlijkse bijeenkomst van hoogleraren huisartsgeneeskunde op 20 maart 2003 tijdens de IOH-dagen,
- de inhoudelijke NHG-ledenvergadering op 21 mei 2003;
- de LHV-ledenvergadering op 26 juni 2003.

In de zomermaanden volgde een interne commentaarronde door inhoudelijke deskundigen. Ofschoon de lage respons (30 van de 116 aangeschreven personen reageerden), kon de werkgroep goed gebruikmaken van het commentaar in de eindversie van dit document. Uit de verschillende raadplegingen bleek dat op belangrijke onderdelen een draagvlak bestaat voor de gekozen koers van de werkgroep.

¹ Commissie wetenschappelijk onderzoek van het NHG. Het Woudschotenrapport, rapport over de taak van de huisarts. Utrecht: NHG, 1959.

² Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Basistakenpakket van de huisarts, LHV-Vademecum. Utrecht, 1987.

³ NHG/LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg 2012. Medische zorg in de buurt. Utrecht, NHG/LHV, 2002.

⁴ The European definition of General Practice/Family Medicine, Wonca Europe 2002.

⁵ Wigtersma L, Van Berkestijn LGM, Giesen P. Eindtermen huisartsopleiding. Utrecht: Raad voor de Huisartsopleiding, 1999.

⁶ Allen J, et al. The European definition of general practice/family medicine. Wonca Europe, 2002.

⁷ Wigtersma L, van Berkestijn LGM, Giesen P. Eindtermen huisartsopleiding 2000. Utrecht: CHVG, 2000.

⁸ Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Transmuraal metselwerk met specie van inhoud, organisatie en financiering. Utrecht, 2001.

⁹ Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg. Een gezonde spil in de zorg. Bouwstenen voor de toekomstige financiering van de huisartsenzorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.

¹⁰ Commissie Modernisering Eerste lijn. Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Landelijke Huisartsen Vereniging/Nederlands Huisartsen Genootschap/Zorgverzekeraars Nederland. Utrecht, 2002.

¹¹ Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF). Huisarts in de Eerstelijnszorg, discussienota. Utrecht, 2002.

¹² Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer, 1998.

¹³ Raad voor de Volksgezondheid. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, 2003.

¹⁴ Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking. De zorg van morgen, flexibiliteit & samenhang. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Den Haag 2003.

¹⁵ Zorgverzekeraars Nederland. Visie zorgverzekeraars op herstructurering eerstelijnszorg. Zeist, 2002.

¹⁶ STG/Health Management Forum HMF. Duizend bloemen in een kleurrijk boekje, naar een georganiseerde eerste lijn. 2003.

¹⁷ Lucassen PLBJ. Medische callcenters zijn strijdig met goed huisartsgeneeskundig handelen. Huisarts Wet 46(10) 2003; 538.

¹⁸ Sardeman RC. Medische callcentres: een heikele zaak. Huisarts Wet 46(10) 2003; 537.

2. De discipline huisartsgeneeskunde

2.1. Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een kort overzicht van de ontwikkelingen van de discipline huisartsgeneeskunde, gevolgd door een bespreking van haar essentiële kenmerken. Met de discipline wordt bedoeld de huisartsgeneeskunde in volle omvang: het gaat daarbij zowel om het klinische werk als om de wetenschapsbeoefening, alsook om de opleiding. Uitgangspunt van dit document is, dat deze drie aspecten onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden en zonder elkaar niet kunnen bestaan. Essentieel zijn die kenmerken, welke fundamenteel zijn voor de huisartsgeneeskunde, ongeacht de organisatiestructuur van de gezondheidszorg binnen welke de huisartsenzorg wordt geleverd.

2.2. De ontwikkeling van de discipline

Huisartsgeneeskunde was tot de jaren zeventig van de vorige eeuw voornamelijk een eclecticisch vak. Huisartsen leerden hun vak van specialisten in een academisch ziekenhuis. De huisarts maakte gebruik van de kennis en vaardigheden van andere disciplines, zowel van de medisch-specialistische richtingen als van de meer basale wetenschappen (zoals anatomie en biologie), alsook van toegepaste wetenschapsgebieden (zoals psychologie en sociologie).

In 1956 is het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht vanuit de wens om het wetenschappelijk niveau van de huisartsgeneeskundige zorg te verbeteren. In de alledaagse praktijk werden geheel andere aandoeningen - onder andere omstandigheden - gezien dan in het ziekenhuis. Maar in het ziekenhuis werden de toekomstige huisartsen opgeleid en vond het wetenschappelijk onderzoek plaats.¹ In 1959 vond de befaamde Woudschotenconferentie plaats, waar de inhoud van de discipline huisartsgeneeskunde voor het eerst werd beschreven als 'het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor het individu en het gezin'.² Daarmee werd de huisartsgeneeskunde in een maatschappelijke context geplaatst en overschreed de inhoud van het vak de natuurwetenschappelijke kaders. De huisartsen positioneerden zich naast de zich eveneens verder ontwikkelende specialisten die meer gericht waren op de biologische, orgaanspecifieke of leeftijdsgebonden aspecten van de mens. In de huisartsgeneeskunde werd de patiënt in zijn eigen, unieke context en in zijn eigen geschiedenis beschouwd.³ Gaandeweg kwam de nadruk steeds meer te liggen op de consultvoering en werd de invloed van gedragswetenschappen op het onderwijs en het onderzoek in de huisartsgeneeskunde groter.⁴ Halverwege de jaren tachtig vond een kentering plaats en kreeg de epidemiologie een meer vooraanstaande plaats op de onderzoeksagenda. Huisartsgeneeskundige registratieprojecten brachten de huisartsgeneeskundige kliniek in kaart.^{5 6 7 8} De logisch daaropvolgende stap was de bestudering van de inhoud van die eigen huisartsgeneeskundige kliniek: rationalisering en kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen, effecten van geneeskundige interventies en de kwaliteit van de praktijkvoering.^{9 10}

Na de instelling van de eerste leerstoel Huisartsgeneeskunde in Nederland (1966) ontwikkelde het vakgebied zich snel tot een academische discipline met afdelingen aan alle Nederlandse medische faculteiten. In 1974 ging de eerste huisartsopleiding van start en kwam eigen wetenschappelijk onderzoek van de grond. Sindsdien zijn de universitaire afdelingen gegroeid, is huisartsgeneeskunde een kerndiscipline in de opleiding tot arts aan

alle universiteiten en neemt de productie van wetenschappelijk onderzoek toe. Het gaat daarbij allang niet meer alleen om onderzoek naar etiologie, beloop, diagnostiek en behandeling van ziekten, maar ook om de consultvoering, de kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk en de praktische implementatie van wetenschappelijke kennis. Huisartsgeneeskunde is het stadium van eclecticisme voorbij. Het is een erkende en volwaardige discipline met een eigen klinisch spectrum, een eigen proces van hulpverlening, een eigen object van onderzoek en een eigen opleiding. Huisartsgeneeskunde is een klinisch specialisme gericht op generalistische geneeskunde in de maatschappelijke en psychologische context van het individu. Hieronder volgen de essentiële kenmerken van de discipline huisartsgeneeskunde en de operationalisering daarvan.

2.3. Kenmerken van de discipline Huisartsgeneeskunde

Aan de discipline Huisartsgeneeskunde zijn twee aspecten te onderscheiden: het klinisch specialisme en de academische grondslag. De academische grondslag vormt de basis voor de toepassing van huisartsgeneeskunde in de praktijk van alledag (het klinisch specialisme). De huisartsgeneeskundige praktijk is tezamen met wetenschappelijke ontwikkelingen in andere disciplines de voedingsbodem voor de academische grondslag. Een korte toelichting.

2.3.1. Huisartsgeneeskunde als klinisch specialisme

Geneeskunde in zijn algemeenheid is gericht op de diagnostiek, prognose, behandeling, preventie en begeleiding van ziekte en/of gebrek, zowel op lichamelijk als op psychisch vlak en op palliatie, indien genezing niet mogelijk is. Huisartsgeneeskunde is generalistische en contextuele geneeskunde.

Generalisme heeft betrekking op het domein van de huisartsgeneeskunde: tot haar taakgebied rekent zij rekent alle klachten, problemen en vragen die over gezondheid en ziekte die individuele patiënten presenteren. Bij de meeste (relatief vaak voorkomende) ziekten en klachten biedt zij de patiënt het complete geneeskundige spectrum van probleemverheldering, signaleren, diagnostiek, voorlichting en advies, behandeling, preventie en begeleiding, waarbij de wensen en verwachtingen van de patiënt worden verhelderd (vraagverheldering) en meegenomen in de besluitvorming. Indien specifieke (en daardoor vaak kostbare) technieken of specifieke kennis of vaardigheden noodzakelijk zijn (in het algemeen bij relatief zelden voorkomende klachten, ziekten of aandoeningen), beperkt haar rol zich tot signalering, begeleiding en advies, en in enkele gevallen tot diagnostiek of behandeling. In sommige nader te omschrijven omstandigheden kan zij ook bij relatief zeldzame aandoeningen het volledige spectrum aan geneeskundige vaardigheden aanbieden. Zij beperkt zich niet tot bepaalde patiëntengroepen of aandoeningen, maar richt zich op de totale patiëntenpopulatie en het complete spectrum van gezondheidsklachten.

Context heeft betrekking op de werkwijze: het generalistische karakter leidt tot een bepaalde werkwijze, waarbij klachten en aandoeningen niet geïsoleerd worden beschouwd, maar worden gezien in hun onderlinge relatie en geplaatst in de levensloop van een patiënt met eigen culturele, persoonlijke en existentiële opvattingen binnen zijn/haar sociale systeem. Het sociale systeem bestaat uit de woon- en werkomgeving, maatschappelijke positie en het woonverband van een patiënt (patiëntgebonden context). Behalve deze patiëntgebonden context bestaat tevens een maatschappelijke context: het geheel aan maatschappelijke normen, waarden en regelgeving.

Alle overige specialismen in de geneeskunde richten zich op een afzonderlijk aspect van het menselijk functioneren; huisartsgeneeskunde is gericht op de totaliteit van de gezondheid, het functioneren en de autonomie van de mens.

De begrenzing van het vak wordt in de breedte gevormd door de grens van de geneeskunde en in de diepte door de eigen positie van het vak binnen het geheel aan gezondheidszorgvoorzieningen. Wat betreft deze positie zijn er verschillen tussen landen onderling, maar ook tussen bepaalde gebieden binnen één land.

Het generalistische en contextuele karakter zijn, naast de positionering binnen het geneeskundige veld, bepalend voor de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde. Bij de beschrijving van de kenmerken die de toepassing van de huisartsgeneeskunde karakteriseren, wordt de volgorde van het primaire proces gevolgd. Het primaire proces bestaat uit datgene wat de huisartsgeneeskunde biedt bij de afhandeling van gezondheidsklachten en hulpvragen: vanaf het aanbod van klachten en hulpvragen tot en met de beëindiging van de huisartsgeneeskundige interventie.

- Generalisme

Het generalistische karakter komt tot uiting in de omschrijving van het domein en in de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde: zonder tussenkomst van derden. De directe toegankelijkheid leidt tot een ongedifferentieerd aanbod van hulpvragen. Gezien de directe toegankelijkheid onderscheidt men hulpvragen/problemen die wel en die niet een legitimatie vormen voor (huisarts)geneeskundige interventies.¹¹ Huisartsgeneeskunde biedt het eerste contact met en vormt de toegang tot de niet-openbare gezondheidszorg. Dat laatste doet zij enerzijds door problemen te definiëren en selecteren, en anderzijds door een actieve benadering met persoonsgerichte, preventieve activiteiten. Zij hanteert daartoe een model van consultvoering waarbij centraal staat een exploratieve benadering van klachten, problemen en hulpvragen. Deze consultvoering is patiëntgeoriënteerd (en niet slechts klacht- of ziektegeoriënteerd), met vraag- en probleemverheldering als kernelementen. Bij haar benadering staat de waarde om niet te schaden voorop. Als norm geldt dat slechts die interventies worden gedaan, waarvan het nut is aangetoond.¹²

Bestudering en behandeling van geneeskundige problemen geschiedt enerzijds vanuit natuurwetenschappelijke principes van etiologie en pathobiologie van ziekten en anderzijds vanuit epidemiologische principes. Huisartsgeneeskunde neemt binnen de geneeskunde een eigen plaats in met een eigen kliniek en een eigen diagnostische en therapeutische benadering. Verheldering en basisdiagnostiek van alle klachten, symptomen en hulpvragen op geneeskundig gebied valt binnen haar expertise. Zij kan echter niet alle geneeskundige problemen zelf volledig behandelen. Welke benadering zij kiest, hangt af van een eigen besliskundig proces. In dit besliskundig proces zijn zowel principes uit de (klinische) epidemiologie, besliskunde en kansrekening alsook overwegingen voortkomend uit de prognostiek en de voorkennis van de patiënt (de context) cruciaal.

- Context

Als gevolg van de directe toegankelijkheid kent de huisartsgeneeskunde een persoons- en vraaggerichte en een maatschappelijke oriëntatie, waarbij zowel individuele wensen en behoeften als maatschappelijke overwegingen een rol spelen.

Patiëntgebonden context

In het individuele arts-patiëntcontact vormt de vraag van de patiënt het uitgangspunt voor verder handelen. Huisartsgeneeskunde weegt nadrukkelijk de individuele context mee waarbinnen klachten, vragen en ziekten optreden, evenals het sociale systeem waarin de patiënt functioneert. Omdat klachten, hulpvragen en problemen zowel een somatische als een psychische alsook een sociale dimensie (kunnen) hebben, hanteert de huisartsgeneeskunde een integrale benadering. Huisartsgeneeskunde ontrafelt dan de aangeboden problematiek en de onderlinge samenhang tussen genoemde dimensies. Zij wordt daartoe in staat gesteld door het bestaan van continuïteit in de zorg voor patiënten. Deze continuïteit is een voorwaarde voor het contextuele huisartsgeneeskundig handelen. Continuïteit is stevig verankerd in het Nederlandse zorgsysteem en wordt door zowel huisartsen als patiënten gewaardeerd.¹³ Huisartsen zijn hierdoor beter geïnformeerd over de medische geschiedenis en de context van patiënten en voelen zich meer verantwoordelijk.¹⁴ Patiënten, en met name de kwetsbare onder hen, hechten veel belang aan (persoonlijke) continuïteit.¹⁵ Er zijn aanwijzingen dat continuïteit van zorg positieve effecten heeft op de effectiviteit en efficiëntie van de zorg.^{16 17 18 19} Deze integrale en vraaggerichte benadering, waarbij een specifieke wijze van consultvoering wordt gehanteerd, is de hoeksteen van de discipline.²⁰

Het 'nut' van medisch ingrijpen krijgt een steeds prominentere plaats in het medisch handelen. De vraag groeit met de toename van de mogelijkheden voor diagnostiek, screening en behandeling. Kennis gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek van een ziekenhuispopulatie, is niet zonder meer van toepassing op de aselechte patiëntenpopulatie van de huisarts. Zowel diagnostische als therapeutische interventies kunnen in het ziekenhuis een andere betekenis hebben dan interventies in de huisartsenpraktijk.^{21,22} De context is daarvoor mede bepalend.²³ De vragen en behoeften van de huisartspatiënt verschillen van de vragen en behoeften van de specialistische patiënt. Niet iedere patiënt wil het maximale en voor niet iedere patiënt is dat ook het optimale. Het afwegen van het nut voor het individu vereist integratie van kennis uit wetenschappelijk onderzoek en kennis van de leefwereld, wensen en verwachtingen van de individuele patiënt. Niet te vermijden keuzes, zoals afzien van bepaalde risicovolle diagnostiek of behandeling om iatrogene schade te voorkomen, zijn soms moeilijk uit te leggen. Patiënten definiëren de grenzen soms anders dan in termen van medisch nut en de veiligheid (preventie van iatrogene schade). Het antwoord van de zorg dient daarom goed te worden onderbouwd door wetenschappelijke inzichten en te worden vertaald naar het individu. Dat geldt in het bijzonder voor preventie. Huisartsgeneeskunde is bij uitstek gericht op het signaleren van risico's bij individuele patiënten en het afwegen van de voor- en nadelen van preventieve interventies.

Maatschappelijke context

Niet alleen individuele hulpvragen zijn voor het huisartsgeneeskundig handelen van belang. De huisartsgeneeskunde dient daarnaast uitdrukkelijk rekening te houden met de maatschappelijke dimensie van de wensen van individuele patiënten.²⁴ Zij 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 het meeste ontvangen (het egaliteitsprincipe).²⁵ De maatschappelijke context speelt een rol zowel op het microniveau van de individuele patiënt, namelijk bij de afweging van het te verwachten nut van interventies, alsook op het niveau van de discipline, namelijk bij het formuleren van goed huisartsgeneeskundig beleid, en ook op het niveau van de samenwerking met andere disciplines, namelijk bij het formuleren van samenwerkingsafspraken.^{26,27} Het gaat er niet alleen om of een interventie werkzaam is, maar ook om de vraag of en hoeveel de patiënt er beter van wordt en of eenzelfde resultaat

te bereiken is met de inzet van minder belastende en/of kostbare middelen.^{27,28} Voorop staat de autonomie van het individu dat verantwoordelijkheid draagt voor de eigen gezondheid.

Overzicht over de inhoud van de geneeskunde met haar wetenschappelijke ontwikkelingen, de academische achtergrond, de beheersing van klinische vaardigheden, de mogelijkheid tot effectieve communicatie en de continuïteit van de zorgrelatie zijn noodzakelijke voorwaarden voor de gidsfunctie van de discipline. Zij maken de huisarts tot een betrouwbare gids voor de patiënt ('veel weten om weinig te doen'). Het gaat daarbij om het verlenen van kwalitatief goede, veilige en doelmatige zorg: niet te veel, maar ook niet te weinig.²⁹ De huisarts helpt bij het maken van keuzes en bemiddelt als andere hulpverlening noodzakelijk is. De individuele huisarts is in zijn rol als gids in staat steeds, in samenspraak met de patiënt, de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de aanbevelingen van richtlijnen voor goed medisch handelen, te vertalen naar de situatie van de individuele patiënt. De basis hiervoor ligt in de opleiding, waar vraagverheldering, probleemoplossend vermogen en een kritische en onafhankelijke oordeelsvorming centraal staan.

2.3.2. De academische grondslag

- Onderzoek

Het paradigma van de geneeskunde ligt historisch gezien bij de natuurwetenschappen. Functioneren en disfunctioneren van het menselijk lichaam en de menselijke geest worden vanuit natuurwetenschappelijke principes bestudeerd en zo mogelijk beïnvloed. Daarin zijn in de afgelopen vijftig jaar grote vorderingen geboekt en worden de komende jaren grote vorderingen verwacht, met name op het gebied van de genetica, de biotechnologie en de nanowetenschappen.³⁰ Vooruitgang in de basiswetenschappen leidt op den duur tot toepassing binnen de geneeskunde en uiteindelijk tot hulpvragen van patiënten die steeds sneller en beter zijn geïnformeerd. Zelfs als etiologie en pathobiologie van aandoeningen volledig bekend zijn, er een goede diagnostische methode beschikbaar is en er werkzame geneesmiddelen beschikbaar zijn, leidt de toepassing daarvan niet altijd tot het gewenste resultaat. De mens is weerbarstiger dan een natuurkundig of chemisch model. Interventies waarvan op grond van pathofysiologisch redeneren het nut aannemelijk lijkt, pakken in de praktijk soms anders uit. De opkomst van de *evidence based medicine* met aan haar basis de klinische epidemiologie en besliskunde is daarvan het logische gevolg geweest. Behalve theorie is ook praktisch onderzoek noodzakelijk om een diagnostische of therapeutische interventie toepasbaar te maken; de werkzaamheid en de winst dienen te worden aangetoond in klinische trials. Pas als daarna de doeltreffendheid voor de huisartsenpopulatie is aangetoond, kan worden besloten tot implementatie. Vaak blijkt dat de effectiviteit van een behandeling of de waarde van een diagnostische methode in de praktijk anders is dan in het onderzoek werd aangetoond. Bovendien speelt ook de voorkeur van de patiënt een belangrijke rol. Naast meer fundamenteel onderzoek blijft ook het meer toegepaste onderzoek, met name op het gebied van de klinische epidemiologie, ethiek, besliskunde en het arts-patiëntcontact (inclusief de invloed van continuïteit, context en consultvaardigheden), noodzakelijk.³¹ Academische en zorgbelangen komen hier samen: de huisarts gebruikt de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (veelal neergelegd in richtlijnen) bij het dagelijkse werk en anderzijds biedt de dagelijkse huisartsenpraktijk de mogelijkheid tot het doen van wetenschappelijk onderzoek. Voor dit onderzoek blijft de medewerking van patiënten, huisartsen en andere medewerkers nodig.³²

Om het brede takenpakket naar behoren te kunnen uitoefenen, is ondersteuning vanuit de academische discipline en vanuit de beroepsorganisaties nodig. Resultaten van

wetenschappelijk onderzoek komen – mits een positief effect op de uitkomsten van zorg is aangetoond – uiteindelijk terecht in richtlijnen en protocollen voor goed klinisch handelen en gaan daarmee tot het basistakenpakket behoren. Omdat patiënten gebaat zijn bij continuïteit en duidelijkheid in de hulpverlening, wordt de samenwerking tussen huisartsen en andere hulpverleners in de gezondheidszorg geformaliseerd en vastgelegd in ‘transmurale afspraken’ en andere protocollen. Richtlijnen en protocollen vinden niet automatisch hun weg van de schrijftafel naar de praktijk. Implementatie van afspraken en richtlijnen vereist voortdurende aandacht van zowel praktiserende huisartsen als van hun beroeps- en wetenschappelijke verenigingen en alle andere betrokkenen. Van onderzoek naar de kwaliteit van zorg en zorgprocessen dient een voortdurende stimulans uit te gaan tot kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsverbetering dient zowel de effectiviteit als de efficiëntie van de zorg. Nieuwe vormen van zorg worden pas geïmplementeerd als hun positieve effect op het niveau van de gezondheidstoestand van patiënten onomstotelijk is aangetoond. Implementatie alleen is bovendien onvoldoende. Voortdurend dient de kwaliteit van de geleverde zorg te worden bewaakt en dienen zorgprocessen zo nodig te worden bijgesteld.

- Onderwijs

De voortschrijdende ontwikkeling van de discipline leidde tot een intensivering van de bijdrage van huisartsen aan de opleiding tot arts. Huisartsgeneeskunde is tegenwoordig een kerndiscipline aan alle medische faculteiten. De bijdrage van huisartsen aan de opleiding tot basisarts is de laatste jaren toegenomen, van het eerste jaar tot en met de co-schappen die – door het ontbreken in de academische ziekenhuizen van een eigen huisartsgeneeskundige patiëntenzorg – worden gevolgd in de voorziening huisartsgeneeskunde.

De eenjarige huisartsopleiding is uitgebreid tot drie jaar, waarvan twee jaar worden doorgebracht in de huisartsenpraktijk. Ook aan specialistische vervolgoopleidingen wordt door afdelingen huisartsgeneeskunde een bijdrage geleverd en huisartsen zijn nauw betrokken bij de vormgeving en praktische invulling van HBO-opleidingen voor praktijkondersteuning en MBO-opleidingen tot praktijkassistent.

Aan alle universiteiten is een opleiding tot huisarts verbonden, waar (veelal zelfstandig gevestigde) huisartsen en gedragswetenschappers onderwijs ontwikkelen en uitvoeren. Er zijn in Nederland ruim duizend huisartsopleiders die de aankomende collega’s actief opleiden, onder andere door hen gelegenheid te bieden om praktische ervaring op te doen, zowel met de inhoudelijke en procesmatige aspecten van de huisartsgeneeskunde alsook met alle aspecten van de praktijkvoering. De opleiding vindt plaats in nauwe samenwerking tussen de instituten huisartsgeneeskunde en deze opleiders. De opleiding tot huisarts verschaft de basale vaardigheden en integreert ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek in de praktische uitoefening van het beroep.

Wetenschappelijke ontwikkelingen gaan snel en voltrekken zich binnen het tijdsbestek van één professioneel bestaan. Van de huidige huisarts wordt een actieve opstelling gevraagd wat betreft de eigen ontwikkeling van kennis, vaardigheden en attitude. Hij moet in staat zijn wetenschappelijke ontwikkelingen op hun waarde te schatten en een plaats te geven in het eigen professionele handelen. Er bestaan weliswaar standaarden en protocollen, maar de brede maatschappelijke context waarbinnen het vak wordt uitgeoefend stelt een grens aan de wijze waarop de richtlijnen in de praktijk van alledag kunnen worden vertaald. Bovendien zullen de richtlijnen nooit het complete spectrum van de huisartsgeneeskunde kunnen bestrijken. Huisartsen dienen daarom te beschikken over vaardigheden (en deze ook te onderhouden) om wetenschappelijke ontwikkelingen te integreren in de dagelijkse praktijk. Zij worden daartoe in staat gesteld door ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderwijs en ondersteund door de professionele organisaties. De huisarts heeft daartoe de beschikking over een breed arsenaal aan toetsings- en nascholingsmogelijkheden. Daarnaast is de

toegang tot de (internationale) wetenschappelijke literatuur via internet aanzienlijk eenvoudiger. Om hiervan adequaat gebruik te kunnen maken, heeft de huisarts behoefte aan een kwaliteitsbeleid en academische nascholing.

-
- ¹ Huygen FJA. De huisarts en de wetenschap. *Medisch Contact* 1956;11:730-9.
- ² NHG. Woudschotenrapport. Rapport over de taak van de huisarts. Utrecht, 1959.
- ³ Huygen FA. *Family Medicine, the medical life history of families*. Dekker en van de Vegt, Nijmegen 1978.
- ⁴ Thomassen JFM. Consultanalyse. Communicatieve en kwalitatieve aspecten van hulpverlening in de huisartspraktijk. Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam 1986.
- ⁵ Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Dissertatie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- ⁶ Lamberts H. In het huis van de huisarts, verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ⁷ Foets M, Sixma H. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- ⁸ Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM. *Ziekten in de huisartspraktijk*. Utrecht: Bunge, 1990.
- ⁹ Knottnerus A. Interpretatie van diagnostische gegevens. Dissertatie. Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
- ¹⁰ Rutten GEHM, Thomas S. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands huisartsen Genootschap, 1993.
- ¹¹ Wigersma L, van Berkestijn LGM, Giesen, P. Eindtermen huisartsopleiding 2000. Utrecht: CHVG, 2000.
- ¹² McWhinney IR. Primary care: Core values in a changing world. *BMJ* 1998;316:1807-09.
- ¹³ IJzermans CJ, Oskam SK. Clustering, Continuïteit en comorbiditeit in de huisartspraktijk. Dissertatie, Universiteit van Amsterdam, 1990.
- ¹⁴ Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. *Fam Pract* 1992; 9:3-8.
- ¹⁵ Perreira AG, Pearson SD. Patient attitudes toward continuity of care. *Arch Intern Med* 2003;163:909-12.
- ¹⁶ Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304:1287-90.
- ¹⁷ Hjortdahl, P. and Borchgrevink, C.F. Continuity of Care: Influence of General Practitioners' Knowledge About their Patients on Use of Resources in Consultations. *BMJ* 1991;303:1181-1184.
- ¹⁸ Mainous AG, Baker R, Love MM, Pereira Gray D, Gill JM. Continuity of Care and Trust in One's Physician: Evidence From Primary Care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001;33:22-7.
- ¹⁹ Starfield, B. Primary Care in the United States. *International Journal of Health Services*, 1986;16:179-198.
- ²⁰ McWhinney IR. *The task of medicine USA*, the Henry Kaiser family foundation 1988.
- ²¹ Knottnerus, JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract* 1998:305-307.
- ²² Grundmeijer HGLM, Reenders K, Rutten GEHM. *Het geneeskundig proces; van klacht naar therapie*. Maarssen, Elsevier/Bunge 1999.
- ²³ Blasi ZD, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001;357:757-762.

-
- ²⁴ Commissie Keuzen in de zorg. Kiezen en delen. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.
- ²⁵ Krasnik A. The concept of equity in health services research. *Scand J Soc Med* 1996;24:2-7.
- ²⁶ Geijer RMM, Burgers JS, van der Laan JR, Wiersma Tj, Rosmalen CFH, Thomas S (red). NHG-Standaarden voor de huisarts I. NHG 1999, Thomas S, Geijer RMM, van der Laan JR, Wiersma Tj (red). NHG-Standaarden voor de huisarts II, Utrecht: NHG, 1996.
- ²⁷ Weel C van, Knottnerus JA. Evidence-based interventions and comprehensive treatment. *Lancet* 1999;353: 916-918.
- ²⁸ McWhinney IR. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996;46:433-6.
- ²⁹ Willems D, Veldhuis M. Dilemma's, keuzen en afwegingen in de spreekkamer. Assen: Van Gorcum, 2002.
- ³⁰ Mos J. Schetsen en etsen. verkenning biotechnologie en de organisatie van de gezondheidszorg. Den Haag: STG, 2002.
- ³¹ Van Weel C, Knottnerus JA. Evidence-based interventions and comprehensive treatment. *Lancet* 1999;353:916-918.
- ³² Meijer JS, Schadè E. Van gastdocent tot UHP-arts; de ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1992;35:29-31.

3. Huisartsgeneeskundig zorgaanbod

3.1. Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg en de concretisering daarvan in het zorgaanbod aan patiënten. De kenmerken zijn afgeleid van drie belangrijke documenten¹⁻³ en gecategoriseerd volgens de vier kernbegrippen, die de discipline huisartsgeneeskunde karakteriseren: generalisme, contextgeneeskunde, gidsfunctie en academische grondslag (zie hoofdstuk 2). Het zorgaanbod wordt beschreven op het niveau van de inhoud (zorg voor klachten en aandoeningen), het proces (vraaggericht aanbod) en de vorm (type consult). De inhoud van het aanbod is ingedeeld in basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod. Deze inhoud is gebaseerd op de beschikbare NHG-Standaarden⁴ en de Eindtermen van de huisartsopleiding² (geclassificeerd volgens de ICPC).

3.2 Kenmerken van de zorg

De kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg betreffen de zorg geleverd door een huisartsenvoorziening, een kleinschalige organisatie-eenheid waar huisartsen en ondersteunend personeel samenwerken. De huisartsgeneeskundige zorg is gericht op het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag, het differentiëren tussen medische en niet-medische klachten, advisering en behandeling van klachten en aandoeningen, het voorkomen en genezen van ziekte, en op begeleiding en palliatie. De kenmerken zijn essentieel: zij bepalen de huisartsgeneeskundige zorg in elk gezondheidszorgstelsel. Zij zijn ingedeeld in de volgende categorieën: generalistische zorg, contextgerichte zorg, gidsfunctie, en kwaliteit en doelmatigheid.

Generalistische zorg is direct toegankelijke zorg voor alle mensen, gericht op al hun gezondheidsproblemen. Contextgerichte zorg richt zich op de hulpvraag, de levensloop, de gezondheidsgeschiedenis en de persoonlijke en maatschappelijke omstandigheden van het individu. De gidsfunctie is de resultante van deze twee categorieën. De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg vloeien voort uit de academische grondslag en de wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde. Doeltreffendheid en het voorkomen van (iatrogene) schade staan daarbij voorop.

De kenmerken van het primaire proces (kenmerken 1 t/m 4 en 8 t/m 11), de kenmerken van de randvoorwaarden van de zorg (kenmerken 5 t/m 7) en de kenmerken van kwaliteit en doelmatigheid (kenmerken 12 t/m 15) worden geconcretiseerd in paragraaf 3.3 (Het zorgaanbod) en hoofdstuk 4 (De huisartsenvoorziening).

3.2.1. Generalistische zorg

Huisartsgeneeskundige zorg strekt zich uit over alle klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid van alle mensen, ongeacht leeftijd, sekse, of enig andere eigenschap van de persoon in kwestie. Binnen de gezondheidszorg biedt de huisartsgeneeskundige zorg een eerste opvang. De zorg betreft acute en chronische aandoeningen, enkelvoudig en complex van aard, in alle ziekte-episoden, met en zonder spoedeisend karakter. Huisartsgeneeskundige wordt aangeboden in een gestructureerd proces (inventarisatie, diagnostiek en beleid, zie Box 9). De zorg anticipeert op individuele gezondheidsrisico's door preventie van (complicaties van) aandoeningen.

Preventie op populatieniveau wordt alleen geboden, wanneer die zorg meerwaarde heeft boven preventie op populatieniveau door de openbare gezondheidszorg.

Om een laagdrempelige toegang mogelijk te maken, is de zorg beschikbaar in de nabijheid van patiënten, en zij kan, indien noodzakelijk, met spoed worden geboden. Huisartsgeneeskundige zorg is 24 uur per dag direct toegankelijk zonder verwijzing door derden.

Zorg voor alle gezondheidsproblemen van alle mensen

Kenmerk 1. Huisartsgeneeskundige zorg richt zich op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte die de patiënt presenteert.

Kenmerk 2. De zorg is beschikbaar voor alle mensen.

Eerste opvang, diagnostiek, behandeling, begeleiding, advies en preventie

Kenmerk 3. Zij vormt de eerste opvang van patiënten binnen de gezondheidszorg.

Kenmerk 4. De zorg betreft inventarisatie, diagnostiek, advies, behandeling, begeleiding, preventie en verwijzing.

Toegankelijke zorg

Kenmerk 5. Zij is voor patiënten in de woonomgeving op korte afstand beschikbaar.

Kenmerk 6. Patiënten hebben laagdrempelig toegang tot de zorg, zonder verwijzing door derden en binnen de noodzakelijk geachte termijn.

Kenmerk 7. Zij is vierentwintig uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar, buiten kantooruren alleen voor spoedeisende gezondheidsproblemen.

3.2.2. Contextgerichte zorg

Huisartsgeneeskunde is contextgeneeskunde. Huisartsgeneeskundige zorg is daarmee persoonsgerichte zorg, die gericht is op het individu in zijn of haar context. Deze context bestaat uit de fysieke, psychische, sociale, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden van de patiënt, haar of zijn levensloop en gezondheidsgeschiedenis, en de daaraan gerelateerde hulpvraag van de patiënt. Huisartsgeneeskundige zorg biedt continuïteit in zorg gedurende opeenvolgende levensfasen en ziekte-episoden van de patiënt en diens naasten, ook tijdens een behandeling door andere zorgverleners. Deze 'longitudinale' continuïteit ondersteunt het contextgericht werken van de zorgverleners in de huisartsenvoorziening en versterkt de vertrouwensrelatie tussen zorgverleners en patiënten. Huisartsgeneeskundige zorg is vraaggerichte zorg: een professioneel antwoord op hulpvragen, signalen en problemen van patiënten. De zorg wordt gezamenlijk door de patiënt en de zorgverlener vastgesteld. De zorg is een resultante van de vraag en de deskundigheid van de patiënt enerzijds, en de professionele verantwoordelijkheid en deskundigheid van de zorgverlener anderzijds. Wetenschappelijke verantwoording, kwaliteit en veiligheid zijn daarbij de leidende principes.

Persoonsgerichte continue zorg

Kenmerk 8. De zorg is gericht op het individu in zijn of haar context.

Kenmerk 9. Zij is continu beschikbaar gedurende alle levensfasen en ziekte-episoden van de patiënt.

Vraaggerichte zorg

Kenmerk 10. Zij is gericht op de hulpvragen van de patiënt en is de resultante van de gemeenschappelijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt.

3.2.3. Gidsfunctie

Huisartsgeneeskundige zorg strekt zich uit over alle gezondheidsproblemen, in alle levensfasen en alle ziekte-episoden en is continu beschikbaar, ook tijdens behandeling door derden. Zorgverleners binnen de huisartsenzorg hebben dus zicht op de zorg van zorgverleners buiten de voorziening. Door hun contextgerichte werkwijze hebben zij bovendien inzicht in de hulpvraag van de patiënt en de achtergronden ervan. Huisartsgeneeskundige zorg heeft daardoor een belangrijke gidsfunctie. Zij wijst de patiënt de weg in de gezondheidszorg. Huisartsgeneeskundige zorg informeert de patiënt over de voor- en nadelen van verschillende diagnostische en therapeutische interventies. De gidsfunctie draagt bij aan een doeltreffend gebruik van de gezondheidsvoorzieningen. Iatrogene schade en medicalisering worden waar mogelijk voorkomen.

Kenmerk 11. De zorg heeft voor de patiënt de functie van gids in de gezondheidszorg.

3.2.4. Kwaliteit en doelmatigheid

De academische grondslag van de huisartsgeneeskunde ondersteunt de kwaliteit van de zorg. De zorg is waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwd. Standaarden en richtlijnen, gebaseerd op literatuurstudie en consensusprocedures (zoals NHG-Standaarden en CBO-Richtlijnen), dragen daaraan in grote mate bij. Waar de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt, is de zorg zo veel mogelijk gebaseerd op gemeenschappelijke en systematische ervaringskennis. De zorg is doeltreffend en gericht op preventie van iatrogene schade. Diagnostische en therapeutische winst worden afgewogen tegen de risico's van onderzoek of behandeling. De kans op deze 'iatrogene' schade en medicalisering wordt beperkt door bij afwezigheid van ziekte en het ontbreken van specifieke symptomen de patiënt gerust te stellen en zorg te dragen voor controlerend afwachten ('watchful waiting').

Kenmerk 12. De kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg wordt door systematische ervaringskennis en wetenschappelijke onderbouwing gewaarborgd.

Kenmerk 13. De zorg is gericht op veiligheid: diagnostische en therapeutische winst wordt afgewogen tegen iatrogene schade en individuele belasting.

Kenmerk 14. Zij is gericht op doeltreffendheid en het voorkomen van medicalisering.

Huisartsgeneeskundige zorg heeft oog voor doelmatigheid. Bij gelijke kwaliteit van verschillende diagnostische interventies en behandelingswijzen, wordt gekozen voor de minst kostbare interventie. Daarmee draagt huisartsgeneeskundige zorg bij aan de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen voor zoveel mogelijk mensen. Kwaliteit heeft het primaat, met goede zorg voor iedereen en de meeste zorg voor die patiënten die de meeste zorg behoeven (het egaliteitsbeginsel).

Kenmerk 15. Zij is gericht op het egaliteitsbeginsel en doelmatigheid.

In de volgende paragraaf wordt de huisartsgeneeskundige zorg geconcretiseerd in het zorgaanbod dat geleverd wordt door de huisartsvoorziening.

3.3. Het zorgaanbod

Deze paragraaf beschrijft de inhoud van het zorgaanbod van de huisartsenvoorziening. Het zorgaanbod wordt hierbij benaderd vanuit:

- de inhoud: zorg voor klachten en aandoeningen (3.3.1.)
- het proces: de wijze waarop klachten en aandoeningen worden afgehandeld (3.3.2.)
- de vorm: de wijze waarop het contact tussen patiënt en de voorziening tot stand komt (3.3.3.).

Het totaal van de inhoud, het proces en de vorm is het complete zorgaanbod (het primaire product) van de huisartsenvoorziening.

Huisartsgeneeskunde en de gezondheidszorg in haar geheel ontwikkelen zich dynamisch. Het zorgaanbod van de huisartsenvoorziening is in de tijd geen constante. Om die reden is het aanbod beschreven op het niveau van duurzame kaders, die minder gevoelig zijn voor de actualiteit dan een gedetailleerde beschrijving.

Het aanbod is gebaseerd op de uitkomsten van epidemiologisch onderzoek naar morbiditeit in de huisartsenpraktijk. Het aanbod is daardoor afgestemd op de veelvoorkomende hulpvragen, problemen en aandoeningen en is daarmee sterk vraaggericht. Twee nationale studies naar de klachten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk en de verschillende registratieprojecten van de academische huisartsinstituten geven een gedetailleerd inzicht in deze huisartsgeneeskundige 'kliniek'.⁵⁻⁶ Deze kliniek richt zich behalve op gezondheidsvragen van individuele patiënten ook op gezondheidsvragen op populatieniveau.

Bij de beschrijving van de inhoud van het zorgaanbod is uitgegaan van de vooronderstelling dat is voldaan aan de volgende randvoorwaarden.

- Voldoende middelen
Uitgangspunt bij het zorgaanbod is de beschikbaarheid van de noodzakelijke middelen. Een kwalitatief goed zorgaanbod staat en valt met een toereikende financiering van personeel, instrumentarium en gebouwen. Vertrekpunt hierbij is de huisartsenvoorziening met een gemiddeld samengestelde patiëntenpopulatie wat betreft leeftijd, afkomst, sociale klasse en morbiditeit. Extra middelen zijn voor het basisaanbod nodig bij een niet gemiddeld samengestelde populatie. Voor het

aanvullend en bijzonder aanbod geldt, dat passende financiering voor de benodigde extra personele en materiële middelen beschikbaar is.

- Competent personeel
Het zorgaanbod van de huisartsenvoorziening vereist zorgverleners die competent zijn om de taken uit te voeren. De kwalificatie-eisen van de huisarts en het ondersteunend personeel zijn afgestemd op het basis- en aanvullend aanbod en worden bij veranderingen voortdurend aangepast.²
Voor het bijzonder aanbod geldt als randvoorwaarde dat het uitvoerend personeel gekwalificeerd is door een daarvoor geschikte, gecertificeerde opleiding.
- Basisaanbod boven aanvullend en/of bijzonder aanbod
Aanvullend en/of bijzonder aanbod mogen niet ten koste gaan van het basisaanbod van de huisartsenvoorziening.

3.3.1. De inhoud van de zorg

De zorg van de huisartsenvoorziening wordt verdeeld in basisaanbod, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod. Zorg die op geprotocolleerde wijze wordt geboden door de eerste én de tweede lijn (de ‘transmurale’ zorg) is apart beschreven, omdat deze taken berusten op afspraken met andere medische beroepsgroepen en niet eenduidig tot het basis-, aanvullend of bijzonder aanbod kunnen worden gerekend.⁷ In deze paragraaf komen ook de taken ter sprake die gebaseerd zijn op afspraken met andere eerstelijns beroepsgroepen en andere zorgverleners voor bepaalde patiëntengroepen.

- Basisaanbod
Onder het basisaanbod wordt verstaan de huisartsgeneeskundige zorg die elke huisartsenvoorziening in Nederland biedt aan de bij haar ingeschreven patiënten. Tot het basisaanbod behoort de eerste opvang van alle klachten en symptomen die samenhangen met gezondheid of ziekte en, afhankelijk van de gepresenteerde klachten en aandoeningen, de verdere afhandeling hiervan. Het basisaanbod voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg. Het basisaanbod is voor een belangrijk deel beschreven in huisartsgeneeskundige richtlijnen zoals de NHG-Standaarden.⁴ Het basisaanbod met betrekking tot klachten en aandoeningen waarvoor geen richtlijnen bestaan, is af te leiden uit de eindtermen huisartsopleiding. De klachten en aandoeningen zijn geclassificeerd volgens de ICPC-codering. Afhankelijk van de aard van de gepresenteerde klachten en aandoeningen behoort preventie van ziekten en aandoeningen voor de individuele patiënt tot het basisaanbod.

Box 1. Kenmerken van het basisaanbod

Het basisaanbod:

- voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg;
- betreft de eerste opvang van alle klachten en symptomen die samenhangen met gezondheid of ziekte;
- betreft nadere diagnostiek en behandeling van veel voorkomende klachten en medische aandoeningen (indicatie: een prevalentie groter dan 2/1000);
- betreft verwijzing voor nadere diagnostiek en behandeling van relatief zelden voorkomende klachten en medische aandoeningen;
- is waar mogelijk gebaseerd op de inhoud van huisartsgeneeskundige richtlijnen en standaarden.

Alle kenmerken zijn van toepassing voor het basisaanbod tijdens de reguliere openingstijden van de huisartsenzorg. Voor de avond-, nacht- en weekenddiensten wordt verwezen naar box 3.

Box 2. Voorbeeld van indeling van basisaanbod geassocieerd naar ICPC-codes (eindtermen huisartsopleiding) en beschikbare NHG-Standaarden

ICPC	NHG-Standaard	Omschrijving
A01		Gegeneraliseerde pijn
A02		Koude rillingen
A03	Kinderen met koorts	Koorts
A04		Moeheid/zwakte
K77	Hartfalen	Decompensatio cordis
K85	Hypertensie	Verhoogde bloeddruk
R95	Astma/COPD	Emfyseem/COPD
R96	Astma/COPD	Astma
T90	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus

- Het zorgaanbod tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten

Huisartsgeneeskundige zorg is dag en nacht continu beschikbaar. Buiten kantooruren (tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten) richt het zorgaanbod zich op spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg: de behandeling van klachten en aandoeningen waarvan uitstel van behandeling tot schade kan leiden van de patiënt en de behandeling van potentieel levensbedreigende klachten. Er is sprake van een beperking van het zorgaanbod omwille van het behoud van de kwaliteit van de zorg bij de minder grote capaciteit tijdens ANW en de continuïteit van de huisartsgeneeskundige zorg door de eigen huisartsenzorg van de patiënt. De patiënt dient geïnformeerd te zijn over het gevoerde beleid tijdens ANW.

Triage draagt bij aan een doelmatig gebruik van huisartsenzorg buiten kantooruren door het beoordelen van het spoedeisende karakter van de hulpvraag. Hierbij is de kwaliteit van het diagnosticeren en het differentiëren tussen spoed en niet-spoed belangrijk met het oog op zinnige en zuinige zorg. De geboden zorg voor spoedeisende problemen behoort tot de basiszorg en voldoet aan dezelfde kwaliteitseisen. Door het generalisme is huisartsenzorg bij uitstek in staat om te differentiëren tussen somatische en psychische spoedaandoeningen en het herkennen van laag prevalentie aandoeningen. Voor de kwaliteit van spoedeisende zorg zijn de attitude van de huisarts, diens wijze van vraagverheldering en de beschikbaarheid van een toegankelijk (elektronisch) medisch dossier mede bepalend.⁸ De diagnostiek van de huisartsgeneeskundige zorg heeft derhalve een ander fundament dan die van andere specialisten. Dat vertaalt zich ook naar een andere praktijk tijdens nacht-, avond- en weekenddiensten (NAW-diensten).

Na de triage volgt een telefonisch advies, een uitnodiging voor een consult of er wordt een visite afgesproken. De verdere verwerking van de klacht gebeurt volgens hetzelfde gestructureerde proces als tijdens kantooruren.

Box 3. Kenmerken van het zorgaanbod tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten

Het zorgaanbod tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten:

- behoort tot het basisaanbod van de huisartsenvoorziening en voldoet daarmee aan de kenmerken (met uitzondering van de kenmerken 4 en 5) van de huisartsgeneeskundige zorg;
- richt zich op spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg: de behandeling van klachten en aandoeningen waarvan uitstel van behandeling tot schade kan leiden van de patiënt en de behandeling van potentieel levensbedreigende klachten.

• Aanvullend aanbod

Demografische verschillen tussen steden, dorpen en wijken binnen de steden vragen om een meer gedifferentieerd aanbod. Naast het basisaanbod is er daarom een ‘aanvullend aanbod’, dat gericht is op de specifieke hulpvragen van de populatie in het zorggebied van de voorziening. Aanvullende zorg wordt gegeven aan specifieke, omschreven groepen patiënten of betreft specifieke klachten, aandoeningen of verrichtingen. Het aanvullend aanbod kan het gevolg zijn van de oververtegenwoordiging van een bepaalde patiëntengroepering.

Het aanvullend aanbod is een antwoord op de specifieke zorgvraag die voortkomt uit:

- kenmerken van de populatie in het zorggebied;
- kenmerken van de gezondheidszorg in het zorggebied.

Preventie op populatieniveau kan tot het aanvullend aanbod behoren, afhankelijk van de demografische kenmerken van de populatie in het zorggebied en het ontbreken van algemene gezondheidsvoorzieningen.

De vraag naar aanvullende zorg kan afkomstig zijn van patiënten, ziektekostenverzekeraars, overheid, andere zorgverleners of gezondheidszorginstellingen dan wel ingegeven zijn door de wens van de huisartsenvoorziening zelf.

Box 4. Kenmerken aanvullend aanbod

Het aanvullend aanbod:

- is een aanvulling op het basisaanbod en voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg;
- betreft huisartsgeneeskundige zorg die aansluit op de speciale behoeften van de populatie van de betreffende huisartsenvoorziening en voortkomt uit de demografische kenmerken van het verzorgingsgebied;
- betreft omschreven activiteiten of groepen patiënten.

Box 5. Voorbeelden demografische kenmerken <--->aanvullend aanbod

Ontbreken openbare gezondheidszorgvoorziening	<ul style="list-style-type: none">• cervixscreening• spreekuur geslachtsziekten
Populatiekenmerken	<ul style="list-style-type: none">• spreekuur eigen taal en cultuur• spreekuur ouders van jonge kinderen/kinderziekten• spreekuur overgangsproblemen

- Bijzonder aanbod

Bijzonder aanbod is medische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, maar er niet exclusief toe behoort. Het is zorg die facultatief door een huisartsenvoorziening geleverd wordt. Deze zorg wordt ook door zorgverleners buiten de voorziening en andere zorginstellingen geleverd.

De voorziening garandeert dat bijzonder aanbod niet ten koste gaat van het basis- of aanvullend aanbod. Uit doelmatigheidsoverwegingen kan de expertise ook worden ingezet ten behoeve van patiënten van andere (huisartsen)voorzieningen.

Box 6. Kenmerken bijzonder zorgaanbod

<p>Het bijzonder aanbod:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grenst aan huisartsgeneeskundige zorg; - is gebaseerd op bijzondere, de reguliere kwalificatie-eisen van het personeel overstijgende, competenties ('specialisaties'); - is een aanvulling op het basisaanbod en het aanvullend aanbod; - is ook beschikbaar voor patiënten die niet bij de voorziening zijn ingeschreven.

Box 7. Voorbeelden van bijzonder aanbod

Soort aanbod	Voorbeeld
Diagnostiek	Audiometrie en tympanometrie
	Doppleronderzoek
	Rectoscopie
Behandeling	Vasectomie
	Circumcisie
	Injectietherapie in gewrichten
	Scleroseren varices
Zorg	Cognitieve gedragstherapie
	Consultatiebureau jeugdgezondheidszorg
	Verloskunde
	Farmaceutische verstrekkingen
	Reizigersadvisering

Transmuraal zorgaanbod

Bij het transmuraal zorgaanbod gaat het soms om nieuwe taken in de gezondheidszorg. In andere gevallen gaat het om taken die voortkomen uit het op elkaar afstemmen van de zorg van de huisartsenvoorziening en de zorg van andere zorgverleners in de eerste of tweede lijn. Een indeling van dit zorgaanbod over de verschillende zorgsectoren en het toedelen van de taken aan de verschillende soorten zorgaanbod verandert voortdurend. Telkens zal de inhoud van het transmuraal zorgaanbod moeten worden getoetst aan de beschreven kenmerken van de verschillende soorten zorgaanbod.

Het transmuraal zorgaanbod komt tot stand op basis van een samenhangend zorgsysteem met protocollen en richtlijnen voor samenwerking. Daarbij zijn multidisciplinaire of Landelijke Transmurale Afspraken richtinggevend.⁹ Op grond van de landelijke transmuraal afspraken wordt op regionaal niveau overleg gevoerd en worden afspraken gemaakt tussen de huisartsenzorg en andere zorgverleners voor bepaalde patiëntengroepen.

Naast richtlijnen voor de samenwerking tussen de huisartsenvoorziening en de ziekenhuizen komen er ook richtlijnen voor de samenwerking tussen de huisartsenvoorziening en andere eerstelijns beroepsgroepen of organisaties, de zogenoemde Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's). Een LESA geeft globale richtlijnen voor het maken van werkafspraken in de regio. Deze worden aangepast aan de specifieke situatie en behoefte.

Box 8. Transmuraal zorgaanbod, bestaande kaders 2003

LTA	Subfertiliteit
	Benigne prostaathyperplasie
	Astma bij kinderen
	Astma bij volwassenen
	COPD
	Postmenopauzaal bloedverlies
	Reumatoïde artritis
	Maagklachten
	Acuut coronair syndroom

3.3.2. Het zorgproces

In deze paragraaf wordt het zorgaanbod beschreven vanuit het zorgproces. Het consult is hiervoor de basis. Patiënten presenteren zich met klachten of vragen bij de huisartsenvoorziening. Deze klachten en vragen worden op gestructureerde wijze persoonsgericht en vraaggericht in behandeling genomen. In elk contact met de patiënt worden de klachten en hulpvragen van de patiënt geïnventariseerd en verhelderd, waarna al dan niet verdere diagnostiek volgt. Hierna wordt bezien of de vraag van de patiënt aansluit bij het aanbod van de voorziening. Hierbij doen zich een aantal mogelijkheden voor:

- er is geen reden voor verdere huisartsgeneeskundige interventie. De patiënt wordt terugverwezen naar de mantelzorg, of doorverwezen naar het maatschappelijk werk of andere niet-medische zorgverleners;
- aanvullende diagnostiek of behandeling door derden is aangewezen. De patiënt wordt verwezen met een gerichte vraagstelling;
- de huisartsenvoorziening behandelt zelfstandig een aandoening of probleem in het kader van het basisaanbod, het aanvullend of het bijzonder aanbod.

Een overzicht van dit gestructureerde proces staat in box 9 en wordt vervolgens nader beschreven.

Box 9. Het zorgproces

Het zorgproces bestaat uit:

- inventarisatie van klachten, problemen en hulpvragen
- *eventuele verwijzing / terugverwijzing*
- vraagverheldering
- diagnostiek, werkhypothese en behandelplan
- *eventuele verwijzing / terugverwijzing*
- advies
- behandeling
- begeleiding
- preventie

Intake: inventarisatie van klachten, problemen en hulpvragen

Inventarisatie van klachten en hulpvragen vindt plaats bij alle gepresenteerde gezondheidsklachten plaats. Men weegt af of er sprake is van een niet-medische problematiek. Mocht dat het geval zijn, dan wordt geadviseerd de oplossing van het probleem elders te zoeken, in de eigen leefomgeving (mantelzorg) of bij andere, niet-medische eerstelijns zorgverleners (*zie box 9: eventuele verwijzing of terugverwijzing*)

Vraagverheldering

Bij vraagverheldering worden de wensen en de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van het consult en het verdere beleid verhelderd. Het gaat daarbij om de vraag wat de patiënt veranderd wil zien in de bestaande ongewenste situatie en op welke wijze. Gaat het om geruststelling, advies of behandeling? En op welke wijze dient dat bereikt te worden, door bloedonderzoek, een verwijzing of medicamenten? Patiënten hebben vaak eigen gedachten over de aard van de hulp die voor hen het meest adequaat is. De professionele zorgverlener stelt daar zijn of haar deskundigheid en expertise tegenover en streeft naar gemeenschappelijke besluitvorming over het verdere beleid. Persoonsgerichte en vraaggerichte zorg verbeteren de therapietrouw en de tevredenheid van de patiënt en dragen bij aan zijn of haar geruststelling.¹⁰

Diagnostiek

Op grond van de vraagverheldering gaat de huisarts over op diagnostiek. Deze bestaat uit het afnemen van een passende anamnese, zo nodig gevolgd door een lichamelijk en/of aanvullend onderzoek. Dit onderzoek wordt verricht binnen de huisartsenvoorziening of door anderen buiten de voorziening onder regie van de huisarts. Zo nodig wordt voor verdere diagnostiek verwezen. Deze procedure leidt tot het vaststellen van de aard van de aandoening of tot een werkhypothese die de basis is voor verdere interventie (*box 9: diagnostiek, werkhypothese en behandelplan*). Geneeskundige zorgvragen die niet blijken te voldoen aan de criteria van het basisaanbod en die niet van toepassing zijn op het aanvullende of bijzondere aanbod van de huisartsenvoorziening, worden na het opstellen van een werkhypothese of behandelingsplan doorverwezen naar andere zorgverleners (*box 9: verwijzing*).

Behandeling

Nadat de diagnose is gesteld wordt zo nodig overgegaan tot behandeling (*box 9: behandeling*). In de huisartsenvoorziening kan de behandeling zelfstandig worden uitgevoerd als deze behoort tot het aanbod van de voorziening, of de patiënt kan voor behandeling naar een andere hulpverlener worden verwezen. Behandelingen die door de huisartsen-voorziening zelf worden uitgevoerd zijn de volgende:

- het geven van een advies voor zelfzorg (bijvoorbeeld dieet, beweging, leefstijl);
- het voorschrijven van medicijnen;
- het doen van een medische ingreep (kleine chirurgie, tapen, oor uitspuiten, etc.);
- het voeren van een therapeutisch gesprek.

Advies

Advisering en voorlichting (*box 9: advies*) zijn belangrijke en veelomvattende aspecten van het zorgproces. In elke fase krijgt de patiënt van de hulpverleners advies en voorlichting over de aard van de klacht, het natuurlijke beloop, de voor- en nadelen van diagnostiek en behandeling. Behandeling bestaat vaak louter uit adviezen of geruststelling. Het gidsen van de patiënt door de gezondheidszorg is een belangrijke adviserende taak.

Begeleiding

De huisartsenvoorziening begeleidt haar patiënten tijdens het zorgproces binnen de huisartsenvoorziening alsook daarbuiten (*box 9: begeleiding*). Begeleiding is vooral van belang indien patiënten een langer durende ziekte-episode doormaken of wanneer zij lijden aan chronische ziekten en aandoeningen waarbij genezing niet mogelijk is. Bij de laatste groep patiënten biedt de huisartsenvoorziening palliatieve zorg en terminale zorg.

Preventie

De huisartsenvoorziening signaleert gevraagd en ongevraagd bij individuele patiënten risico's, weegt samen met de patiënt de voor- en nadelen van preventieve interventies af en stemt het zorgaanbod daarop af. De patiënt wordt begeleid bij gewenste gedragsverandering die bijdraagt aan het verminderen van de kans op ziekte (bijvoorbeeld stoppen met roken). De voorziening voorziet in een systematische monitoring van risico's bij individuele patiënten en is daardoor in staat om zo nodig op populatieniveau systematische preventieve zorg te bieden, rekening houdend met de specifieke individuele risico's (preventie op maat).

3.3.3. Het zorgaanbod: de vorm

Het consult is de basisvorm waarin zorg geboden wordt. Een regulier consult vindt plaats in de huisartsenvoorziening. Daarnaast kan een telefonisch consult worden aangeboden, dat vanzelfsprekend niet alle mogelijke onderdelen van een regulier consult bevat (bijvoorbeeld het lichamelijk onderzoek). Een e-mailconsult is het elektronisch consulteren van de huisartsenvoorziening. Een dergelijk consult kent nog een extra beperking ten opzichte van het telefonische consult, omdat hierbij geen sprake is van gelijktijdige communicatie over en weer tussen zorgverlener en patiënt. Er bestaat ook geen zekerheid of de inhoud van het e-mailbericht de persoon betreft die de vraag stelt. Deze consultvorm is geschikt voor algemene vragen over de huisartsenvoorziening en voor algemene gezondheidsadviezen. Ook aanvragen van herhalingsrecepten lenen zich voor een e-mailconsult.

Tijdens een visite wordt de patiënt voor een consult thuis bezocht. Dit gebeurt als de patiënt vanwege zijn/haar gezondheidstoestand niet in staat is om naar de huisartsenvoorziening te komen. Er wordt onderscheid gemaakt in de mate van urgentie waarmee een consult of visite moet plaatsvinden. Een spoedconsult of –visite vindt

plaats wanneer uitstel van behandeling tot schade voor de patiënt leidt en bij potentieel levensbedreigende klachten.

¹Allen J et al. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA-Europe, 2002.

²Wigersma L, van Berkestijn LGM, Giesen P. Eindtermen Huisartsopleiding 2000. Utrecht: CHVG, 2000.

³Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht, 2002.

⁴Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Wiersma Tj, Rosmalen CFH, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts I. Utrecht: NHG, 1999/Thomas S, Geijer RMM, Van der Laan JR, Wiersma Tj, red. NHG-Standaarden voor de huisarts II. Utrecht: NHG, 1996.

⁵NIVEL. Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, 1997.

⁶NIVEL. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, 2003.

⁷LHV. Transmuraal metselwerk met specie van inhoud, organisatie en financiering. Utrecht, 2001.

⁸Schers H, Giesen P, Raes S, Hoogen van den H, van den Bosch W. Continuïteit tijdens de waarneemdienst: de behoefte aan het medisch dossier. Huisarts Wet 2001;44:412-418.

⁹Flikweert S. Landelijke Transmurale Afspraken: samenwerking van huisartsen en specialisten. In: Geijer RMM, Burgers JS, Van der Laan JR, Wiersma Tj, Rosmalen CFH, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts I. Utrecht: NHG, 1999.

¹⁰Van der Voort H. Wat had u gehad willen hebben? Over de bedoeling van de komst van de patiënt. Utrecht: NHG, 1999.

4. De huisartsenzorg

4.1. Inleiding

Hier wordt de huisartsenzorg beschreven, de organisatie-eenheid die anno 2012 huisartsgeneeskundige zorg levert. De kenmerken van de huisartsenzorg waarborgen dat de in hoofdstuk 3 omschreven huisartsgeneeskundige zorg wordt geboden. Deze kenmerken zijn, evenals bij de huisartsgeneeskundige zorg, ondergebracht in de rubrieken generalisme, context, spilfunctie en kwaliteit. De consequenties hiervan voor de organisatie van de huisartsenzorg zijn ingedeeld in clusters die aansluiten bij gangbare begrippen in de literatuur over praktijkvoering en -organisatie (infrastructuur, financiën, team, communicatie en kwaliteit).

De huisartsenzorg levert huisartsgeneeskundige zorg aan de bij haar ingeschreven patiënten. De ideale omvang van een verzorgingsgebied is 10.000 tot 15.000 patiënten. Lokale kenmerken kunnen echter een andere (met name kleinere) omvang rechtvaardigen. Binnen de huisartsenzorg is de huisarts verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg op het individuele zorgniveau.¹ De directie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg op instellingsniveau.²

Kenmerk 1: De huisartsenzorg levert zorg die voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg.

Kenmerk 2: Samenwerking en functiedifferentiatie zijn uitgangspunten bij de organisatie van de huisartsenzorg.

4.2. De huisartsenzorg waarborgt generalistische zorg

De zorg is gesitueerd in de geografische nabijheid van patiënten en sluit aan bij de grootte van een wijk of dorp. De grootte van de organisatie hangt af van het aantal patiënten in de directe omgeving van de zorg en de aard en de omvang van hun zorgvraag. In een dichtbevolkte stadswijk met een grote zorgvraag zal de capaciteit van de zorg groter zijn dan in een dorp.

Als het aantal patiënten in haar zorggebied de capaciteit van de zorg overschrijdt, heeft de zorg een inspanningsverplichting voor het leveren van huisartsgeneeskundige zorg. Dit echter binnen de bestaande mogelijkheden.

De functies van de verschillende zorgverleners in de huisartsenzorg kenmerken zich door een generalistische aanpak van de zorg in het basis- en aanvullend aanbod. Het bijzonder aanbod bepaalt welke gespecialiseerde competenties zijn toegevoegd. De huisartsgeneeskundige zorg wordt op basis van functiedifferentiatie verleend door de zorgverlener met het juiste competentieniveau voor de betreffende taak.

Werkprocessen zijn gestructureerd georganiseerd. Dit betekent dat patiënten op basis van hun gezondheidsprobleem op medisch verantwoord wijze, efficiënt en klantvriendelijk naar de juiste hulpverlener op het juiste moment worden geleid.

De voorziening waarborgt 24-uurszorg en is verantwoordelijk voor de zorg tijdens avonden, nachten en weekenden (ANW). Deze zorg wordt door de voorziening zelf of door grootschaliger georganiseerde samenwerkingsverbanden geboden. De zorg tijdens ANW is toegankelijk voor alle patiënten met alle gezondheidsproblemen. Uitsluitend zorgvragen die geen verder uitstel dulden, worden in behandeling genomen. Er vindt daarom triage plaats waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen spoedeisende en niet-spoedeisende gezondheidsvragen. De zorg tijdens ANW wordt geboden door huisartsen die overdag in een huisartsenvoorziening werken, om de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg zoveel mogelijk te garanderen. De voorziening streeft naar een optimale aansluiting op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH), hetgeen bijdraagt aan de kwaliteit en doelmatigheid van de acute zorg in Nederland.

- Kenmerk 3:* De voorziening is een relatief kleinschalige organisatie in de geografische nabijheid van patiënten.
- Kenmerk 4:* De capaciteit van de voorziening sluit aan bij het aantal patiënten in haar zorggebied en de omvang van de zorgvraag.
- Kenmerk 5:* De voorziening heeft een inspanningsverplichting voor het leveren van zorg aan patiënten in het zorggebied.
- Kenmerk 6:* De huisartsenvoorziening voorziet in gekwalificeerd personeel op basis van omschreven functies, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.
- Kenmerk 7:* De voorziening waarborgt dat patiënten op een medisch verantwoorde wijze, efficiënt en klantvriendelijk terechtkomen bij de juiste hulpverlener op het juiste moment.
- Kenmerk 8:* Tijdens avonden, nachten en weekenden wordt huisartsgeneeskundige spoedeisende zorg geboden, zo nodig vanuit een grootschaliger organisatie.

4.2.1. Organisatorische consequenties

De organisatorische consequenties betreffen de infrastructuur, de financiën en het management. Deze onderdelen worden hieronder nader uitgewerkt.

- Infrastructuur

Een huisartsenvoorziening beschikt over een gebouw, inrichting en instrumentarium die tenminste toereikend zijn voor het kunnen aanbieden van het basisaanbod.

Het aantal patiënten, de zorgvraag in het zorggebied en het aantal zorgverleners binnen de voorziening bepalen de eisen aan de omvang van het gebouw en de inrichting van de voorziening. De mate van functiedifferentiatie en het aantal zorgverleners zijn bepalend voor het aantal ruimtes en de inrichting ervan. De huisartsenvoorziening draagt bij aan onderwijs en dat vereist extra werkruimte. Wanneer de huisartsenvoorziening onderdeel is van een grotere eerstelijnsorganisatie waaraan ook andere disciplines deelnemen, is dit de leidraad voor de omvang en de inrichting van het gebouw.

Een professioneel georganiseerde voorziening is van algemeen maatschappelijk belang. Het gaat om een openbare ruimte. Gemeenten dienen deze huisvesting te faciliteren.

Richtlijnen voor het gebouw, de inrichting en het therapeutisch en diagnostisch instrumentarium zijn beschreven in de NHG-Bouwsteen De inrichting van de praktijk.³ Hierin wordt uitgegaan van een patiëntvriendelijke omgeving onder andere gekenmerkt door een goede toegankelijkheid voor invaliden en een adequate ontvangstruimte (balie, receptie). Een scheiding van *frontoffice* en *backoffice* is noodzakelijk.

De outillage van de voorziening is adequaat aangepast aan het zorgaanbod. Beschikbaarheid van passend instrumentarium garandeert een breed zorgaanbod van hoge kwaliteit. De samenstelling van het totale instrumentarium is dynamisch en verandert onder invloed van technische ontwikkelingen.⁴⁵ De huisartsenvoorziening kan bepaalde diagnostiek uitbesteden aan diagnostische centra, waardoor instrumentarium behorend bij het basisaanbod niet aanwezig is in de voorziening zelf. Goede uitrusting is nog geen garantie voor goede zorg. Kennis, correct gebruik en onderhoud van vaardigheden zijn voorwaarden.

- Financiën

De grootte van de voorziening en de aard van het zorgaanbod zijn bepalend voor de financiering van de voorziening. Naast een passende financiering van het basisaanbod wordt de noodzakelijke financiering van het overige zorgaanbod vastgesteld op basis van lokale afspraken en een praktijkplan. De huidige financieringsstructuur is hierop niet berekend. Een adequate financiering van de praktijkvoering is voor de huisartsenvoorziening van cruciale betekenis.

De geldstromen binnen de huisartsenvoorziening zijn transparant beschreven in het financiële jaarverslag.

- Management

Het managen van hoog opgeleide professionals vereist een aangepaste managementstijl en een organisatiestructuur met een geringe hiërarchie. Management is vooral gericht op ondersteuning van het primaire proces en op het ondersteunen van de samenwerking en communicatie tussen professionals. Het management stelt de zorgverleners in staat een gezamenlijke prestatie te leveren. De bedrijfsvoering wordt zodanig georganiseerd dat de zorgverleners zich kunnen richten op hun kerntaak: het leveren van kwalitatief hoogwaardige huisartsgeneeskundige zorg.

Facilitering of ondersteuning van bedrijfsmatige processen in de voorziening kan op verschillende manieren plaatsvinden. Er kan gekozen worden voor het aanstellen van een functionaris die met deze taak wordt belast, het inschakelen van een extern facilitair bedrijf of het gebruikmaken van de ondersteuning van een overkoepelende (eerstelijns)organisatie.

Het management speelt een belangrijke rol in de belangenbehartiging door het leggen en onderhouden van contacten tussen de voorziening en externe partijen.

De voorziening biedt door haar personeelsbeleid aan de mensen die binnen de voorziening werken, de gelegenheid om zich te ontplooiën in hun dagelijkse werk en zij schept voorwaarden voor een gezond werkklimaat. De voorziening biedt door haar organisatie zorgverleners de mogelijkheid om in deeltijd te werken en met de garantie op continuïteit van zorg.

De huisartsenvoorziening vormt de basis voor een getrapte vertegenwoordiging naar regio's, districten en de landelijke beroepsorganisaties.

4.3. De huisartsenvoorziening waarborgt contextgerichte zorg.

De huisartsenvoorziening werkt vraaggericht; er is sprake van het op elkaar afstemmen van vraag en aanbod in het eigen zorggebied. Veranderingen in het zorggebied van demografische of sociaal-culturele aard leiden mede tot veranderingen in het zorgaanbod van de huisartsenvoorziening. Deze veranderingen kunnen betrekking hebben op veranderingen in de directe omgeving van de voorziening (bijvoorbeeld de sociale verandering van een wijk) en in de samenleving (bijvoorbeeld vergrijzing). De huisartsenvoorziening onderkent verschillen in zorgvraag diverse patiëntengroepen, zoals allochtonen, ouderen, chronisch zieken of gezinnen met jonge kinderen, en zij anticipeert daarop. Lokale omstandigheden in het zorggebied kunnen reden zijn voor aanvullend zorgaanbod.

Met de komst van nieuwe beroepen in de huisartsgeneeskundige zorg neemt het aantal zorgverleners rond een patiënt toe. Door grenzen te stellen aan de taakdifferentiatie draagt de huisartsvoorziening ertoe bij dat patiënten een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen met een zorgverlener. Ver doorgevoerde specialisaties met een beperkt taakgebied leiden tot fragmentatie van de zorg. Binnen de huisartsenvoorziening kunnen slechts een beperkt aantal verschillende functies bestaan (zie ook hoofdstuk 5).

Het waarborgen van persoonsgerichte zorg en continuïteit van zorg impliceert dat de huisartsenvoorziening voorwaarden schept voor het onderling afstemmen van de zorg en adequate overdracht van informatie tussen zorgverleners binnen de voorziening.

Kenmerk 9: De voorziening stemt haar zorgaanbod af op de aard van de zorgvraag in haar zorggebied.

Kenmerk 10: De voorziening voorkomt fragmentatie in de huisartsgeneeskundige zorg door het aantal zorgverleners rond één patiënt te beperken.

Kenmerk 11: De voorziening schept voorwaarden voor samenwerking en informatie-overdracht tussen zorgverleners.

4.3.1. Organisatorische consequenties

De organisatorische consequenties betreffen het team en de in- en externe communicatie. Hieronder wordt dit nader toegelicht.

- Team

Een goed functionerend team is een belangrijke randvoorwaarde voor goede zorg. Een evenwichtige samenstelling ervan draagt bij aan goede samenwerking en vraagt om doelgerichte sturing. Er wordt gestreefd naar mensen die bij elkaar passen en elkaar aanvullen in hun kwaliteiten (bijvoorbeeld organisatorische, analytische of zorgende kwaliteiten). Teamleden krijgen ruimte om hun kwaliteiten optimaal in te zetten. Het team streeft naar gemeenschappelijke doelen, die niet professie- maar patiënt-georiënteerd zijn. Deze doelen worden zo mogelijk vastgesteld door een behoeftebepaling (zoals een patiëntenenquête of aan de hand van gegevens over de zorg en de praktijkvoering, diagnostiek of farmacotherapie). Bij een groeiende organisatie is

er expliciete aandacht voor het behoud van de betrokkenheid van de individuele zorgverlener bij de organisatie.

Samenwerking begint met het uitspreken van goede intenties maar vereist vervolgens adequate overlegstructuren, terugkoppeling en aandacht voor de onderlinge relaties. De voorziening schept de voorwaarden hiervoor.

De functies en competenties van de verschillende beroepsbeoefenaren worden binnen de huisartsenvoorziening duidelijk vastgelegd. Zie nadere uitwerking in hoofdstuk 5 (functiedifferentiatie).

- In- en externe communicatie

De huisartsenvoorziening draagt zorg voor een goede communicatie met patiënten. Patiënten worden goed geïnformeerd over de praktijkvoering door bijvoorbeeld praktijkfolders, website en een patiëntenkrant. Patiëntvriendelijkheid en service komen tot uiting in de wijze van praktijkvoering en in de bejegening van patiënten. Een receptenlijn, een herhalingsreceptenbus en e-mailservice, in combinatie met goede afspraken met de apotheker en een goede medicatiebewaking, zijn voorwaarden voor de kwaliteit van service.

De huisartsenvoorziening beschikt over adequaat voorlichtingsmateriaal dat aansluitend op een consult of op verzoek van patiënten wordt uitgereikt.⁶ Dit kan bestaan uit patiënteninformatiefolders, literatuur (boeken in een kleine patiëntenbibliotheek) en websites. Het voorlichtingsmateriaal dient snel toegankelijk te zijn.

De huisartsenvoorziening schept de voorwaarden voor een elektronisch patiëntendossier en voor elektronische communicatie. Zij bevordert het uniform en systematisch registreren van zorgverleners.

Toegankelijkheid van het elektronisch patiëntendossier (EPD) vraagt om:

- een actuele probleemlijst;
- notatie volgens de SOEP-methode: Subjectief (vraagverheldering en anamnese), Objectief (bevindingen bij lichamelijk onderzoek), Evaluatie (diagnose) en Plan (beleid/behandeling);
- de beschikbaarheid van relevante gegevens uit de medische voorgeschiedenis;
- de beschikbaarheid van relevante, persoonlijke informatie van de patiënt over beroep, gezin /familie, vooropleiding en speciale wensen (euthanasieverklaring, donorschap, etc).

De toegankelijkheid van het dossier voor meerdere zorgverleners vraagt om waarborgen voor de bescherming van de privacy van de patiënt.

4.4. De huisartsvoorziening vervult een spilfunctie

De gidsfunctie is een essentieel kenmerk van huisartsgeneeskundige zorg aan individuele patiënten. Op organisatieniveau is er sprake van een spilfunctie van de huisartsenvoorziening. De combinatie van laagdrempeligheid, het functioneren als eerste aanspreekpunt voor gezondheidsproblemen, een persoonsgerichte benadering én de continuïteit in beschikbaarheid impliceert dat de huisartsenvoorziening een spil vormt in de gezondheidszorg.

De huisartsenvoorziening is door haar heldere organisatie in de eerste plaats voor patiënten, maar ook voor zorgverleners en beleidsmakers een centraal aanspreekpunt. Mede door de verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerste lijn en door de ontwikkeling van transmurale zorg is sprake van een toename van taken. De voorziening is ook onderdeel van een keten van zorg.

De huisartsenvoorziening maakt schriftelijke samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners en gaat waar nodig formele samenwerkingsrelaties aan om gecoördineerde zorg voor patiënten te faciliteren en de verschillende soorten zorgverlening rond de patiënt op elkaar af te stemmen. Binnen de eerste lijn dragen Landelijke Eerste Lijns Afspraken (LESA's) bij aan een goede afbakening van taakgebieden. Dat is noodzakelijk vanwege de zelfstandige behandel functies van eerstelijnszorgverleners. Binnen de eerste lijn zijn dat: specialismen die gericht zijn op aandoeningen (fysiotherapie, verloskunde, farmacie, diëtetiek, tandheelkunde, podotherapie), maar ook specialismen gericht op patiëntengroepen (geriatrie, jeugdzorg, bedrijfsgeneeskunde, zorg voor mensen met een verstandelijke handicap). Samenwerkingsafspraken worden ook gemaakt met de basisgezondheidszorg, bijvoorbeeld de GGD en ambulancediensten. Samenwerkingsafspraken met de tweede lijn betreffen transmurale afspraken maar ook logistieke afspraken, bijvoorbeeld rond verwijzingen en toegankelijkheid van diagnostische voorzieningen. Bijzondere aandacht verdienen afspraken rond de geestelijke gezondheidszorg, zowel met de eerste als met de tweede lijn, alsook samenwerkingsafspraken met de derde lijn, zoals verpleeghuizen. Deze afspraken zijn belangrijk voor de continuïteit van de zorg.

Samenwerkingsafspraken worden op beleidsniveau gemaakt met groepen zorgverleners en op individueel niveau met externe zorgverleners in het zorggebied.

De huisartsenvoorziening is door haar spilfunctie in de gezondheidszorg en door de unieke consultvoering van de huisartsgeneeskundige zorg goed toegerust voor het vaststellen van indicaties voor de doorverwijzing van patiënten naar andere zorgverleners in de gezondheidszorg.

De huisartsenvoorziening heeft niet alleen een rol bij het verlenen van toegang tot andere delen van de gezondheidszorg, maar zij begeleidt patiënten ook bij het zelf oplossen van hun problemen en bij het gebruikmaken van medische zorg. Zij draagt door gerichte voorlichting en advisering bij aan een doelmatig gebruik van de gezondheidszorg.

De tijd en energie die een huisartsenvoorziening aan patiënten biedt, is gelimiteerd. Er bestaat een gelijke toegankelijkheid voor alle patiënten. De voorziening waarborgt in haar organisatie echter dat prioriteit wordt gegeven aan patiënten die de hoogste nood hebben. Dit heeft consequenties voor de zorg aan andere patiënten.

Kenmerk 12: De voorziening vervult een spilfunctie in de gezondheidszorg. Zij maakt samenwerkingsafspraken met externe zorgverleners ten behoeve van een gecoördineerde zorg.

Kenmerk 13: De voorziening is goed toegerust voor het vaststellen van indicaties voor de doorverwijzing naar externe zorgverleners.

Kenmerk 14: De voorziening stimuleert een doelmatig gebruik van de voorziening en van gezondheidszorg in het algemeen door patiënten.

Kenmerk 15: De voorziening zorgt voor een gelijkwaardige verdeling van haar zorg.

4.4.1. Organisatorische consequenties

De organisatorische consequenties betreffen het inschrijven op naam, het onderbouwen van verwijzingen en het standaardiseren en automatiseren van recepten en verwijzingsformulieren. Hieronder worden deze aspecten toegelicht.

- Inschrijving op naam

Patiënten schrijven zich op naam in bij de huisartsenvoorziening. Dit bevordert de continuïteit van de zorg, faciliteert de vertrouwensfunctie en draagt in grote mate bij aan de spilfunctie van de huisartsenvoorziening. Het biedt de huisartsenvoorziening bovendien inzicht in de te verwachten zorgvraag.

De voorziening levert zorg aan inwoners van een geografisch omschreven gebied.

Patiënten die wonen buiten het zorggebied van de voorziening, laten zich overschrijven naar een voorziening in hun eigen woonomgeving.

- Onderbouwde verwijzingen

Een verwijzing omvat altijd een verwijsbrief, waarin de verwijzing wordt toegelicht.

Een onderbouwde verwijzing is de concretisering van goede samenwerking en verantwoorde zorg en bevat veel informatie tussen de regels door.⁷ De verwijsbrief is gebaseerd op NHG-richtlijnen.⁸

- Gestandaardiseerde en geautomatiseerde recepten en verwijzingsformulieren

Elektronische communicatie is een hoeksteen voor goede samenwerking met andere zorgverleners. Communicatie met derden verloopt via gestandaardiseerde formulieren die met de computer worden gemaakt en zijn gekoppeld aan het elektronische patiëntendossier (EPD). Formulieren voor diagnostiek, verwijzingen en opdrachten aan derden worden door de voorziening in overleg met de afnemer gedefinieerd.⁹

4.5. De huisartsenvoorziening waarborgt kwaliteit

De hulpverlener is verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg.¹ Binnen de voorziening is kwaliteit echter niet meer alleen afhankelijk van een individuele arts maar ook van andere zorgverleners, van de organisatie en van omstandigheden buiten de voorziening. De directie van de huisartsenvoorziening is conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen verantwoordelijk voor het vervullen van randvoorwaarden voor verantwoorde zorg en systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.² De huisartsenvoorziening zorgt voor een intern kwaliteitssysteem om de kwaliteit van de zorg te waarborgen en deze planmatig en continu te verbeteren. Kwaliteitsverbetering is gebaseerd op een goede, gezamenlijke analyse.

De kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg dient voor patiënten, zorgverzekeraars, overheid en andere zorgverleners gewaarborgd te zijn, herkenbaar en aantoonbaar te zijn. De spilfunctie van de huisartsenvoorziening vraagt om externe verantwoording van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg in de voorziening.

Binnen de voorziening vindt taak- en functiedifferentiatie plaats. Verantwoordelijkheden met betrekking tot huisartsgeneeskundige zorg zijn daarom zorgvuldig geregeld. De huisarts is verantwoordelijk voor de huisartsgeneeskundige zorg aan een patiënt die zich aan zijn zorg heeft toevertrouwd (wet BIG). De praktijkverpleegkundige of -assistente hebben een eigen verantwoordelijkheid voor een adequate uitvoering van hun taken. De voorziening bewaakt de verantwoordelijkheden die zijn vastgelegd in de taak- en functieomschrijvingen van zorgverleners. De voorziening is mede verantwoordelijk voor de deskundigheid en bekwaamheid van het personeel en stimuleert en draagt mede zorg voor de continue professionele vorming van zorgverleners.

De voorziening draagt bij aan een continu voortgaande, wetenschappelijke ontwikkeling doordat praktiserende huisartsen, andere zorgverleners en patiënten deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek en innovatieve projecten. De huisartsenvoorziening levert een bijdrage aan het praktijkonderwijs van de opleiding van basisartsen, aankomende huisartsen en ondersteunend personeel.

Kenmerk 16: De voorziening beschikt over een intern kwaliteitssysteem en legt extern verantwoording af over de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg.

Kenmerk 17: De voorziening garandeert continue deskundigheidsbevordering van haar personeel.

Kenmerk 18: De voorziening draagt bij aan de professionele en wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en aan het onderwijs.

4.5.1. Organisatorische consequentie: kwaliteitsbeleid

Om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van het werk in de voorziening doet de voorziening een proces- of probleemanalyse. Hiervoor zijn instrumenten ontwikkeld die gegevens verzamelen voor spiegelinformatie in de zorg (bijvoorbeeld de videoregistratie van een consult, informatie over farmacotherapie of diagnostiek) of voor spiegelinformatie over de praktijkvoering (praktijkvisitatie of een patiëntenraadpleging). *Benchmarking* en *best practice* verhogen de waarde van de spiegelinformatie. Een *audit* en een risico- en foutenanalyse zijn goede alternatieven. Hierbij hoort een goede klachtenregeling voor gebruikers van de voorziening. Als er sprake is van een continue en systematische kwaliteitsverbetering spreekt men van een intern kwaliteitssysteem. Prioriteiten voor kwaliteitsverbetering worden vastgesteld op basis van tekortkomingen en wenselijkheden die uit de praktijk- en omgevingsanalyse naar voren komen. Huisartsen geven leiding aan de kwaliteitsverbetering. In de huisartsengroep is kwaliteitsverbetering een belangrijk agendapunt.

De deskundigheid van zorgverleners vraagt om goede, geaccrediteerde nascholing. Nascholing op basis van toetsing waarbij de prioriteiten worden vastgesteld op basis van geconstateerde tekortkomingen in de geboden zorg of praktijkvoering, biedt een betere garantie voor feitelijke verbetering en verandering van het handelen dan bijscholing op basis van persoonlijke voorkeuren.

Op districtsniveau worden feedbackgegevens voor de zorgverleners verzameld. Deze

vormen de basis voor continue deskundigheidsbevordering. Beroepsorganisaties bieden landelijke richtlijnen. Systematische implementatie hiervan is een continu proces.

Ten behoeve van inzicht in de geleverde zorg maakt de voorziening jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag met daaraan gekoppeld een beleidsplan.

Het (interne) kwaliteitsbeleid van de huisartsenvoorziening is een belangrijke voorbereiding op en voorwaarde voor het NHG/LHV-kwaliteitssysteem van praktijkaccreditatie. De voorziening komt in aanmerking voor accreditatie op grond van aangetoonde resultaten op het punt van kwaliteit van zorg en praktijkvoering. Deze vorm van accreditering is de voorloper van een externe certificatie volgens de HKZ-systematiek (Harmonisatie Kwaliteit van Zorg). Accreditering en een systeem van certificatie dragen bij aan de systematische kwaliteitsverbetering van de huisartsenvoorzieningen en aan de transparantie van de geboden zorg.

In de Huisartsen Diensten Structuren (HDS) hebben huisartsen de verantwoordelijkheid voor de randvoorwaarden gedelegeerd. Zij blijven echter eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg. Richtlijnen hiervoor zijn vastgelegd in de KKK's: Kritische Kwaliteit Criteria van de LHV.¹⁰

¹ Kwaliteitswet Zorginstellingen, artikel 2 en 3. 18 januari 1996.

² Kwaliteitswet van zorginstellingen, 18 januari 1996.

³ Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Inrichting van de praktijk. NHG-Bouwsteen. Utrecht, 1989.

⁴ Van den Hombergh P, Schers HJ, Dijkers FW. Oxford handbook for General Practice. Equipment & premises in General Practice.

⁵ Van den Homberg P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. De uitrusting van de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997; 40(1):9-13.

⁶ Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Als je begrijpt wat ik bedoel. Over de voorlichting tijdens het consult. Huisarts & Patient: Cahiers over communicatie en attitude. Utrecht, 2001.

⁷ Grundmeijer HGIM. De verwijfsbrief: veel informatie tussen de regels door. Ned. Tijdschr Geneesk 2003; 6: 35-37.

⁸ NHG-Standaard De verwijfsbrief naar de tweede lijn. Huisarts Wet 1989; 32:541-4.

⁹ Van den Hombergh P. Standaardisering en automatisering van specifieke, lokale informatie voor patiënten en hulpverleners. Huisarts Wet 2000 43;9:395-96.

¹⁰ Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Kritische Kwaliteit Criteria voor Huisartsendienstenstructuren, KKK. Utrecht, 2002.

5. Functiedifferentiatie huisartsenzorg

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze de taken van de huisartsenvoorziening kunnen worden uitgevoerd. De huisartsenvoorziening van de toekomst heeft medewerkers op verschillende opleidingsniveaus, die gezamenlijk als team het zorgaanbod realiseren. Op basis van de competenties van de huisarts worden de mogelijkheden beschreven voor de inzet van ondersteunend personeel. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen zorggebonden en niet-zorggebonden taken.

Functiedifferentiatie is een middel om de essentiële kenmerken van de huisartsenzorg (zie hoofdstuk 3) te garanderen. Functiedifferentiatie is het uitsplitsen van ‘taken binnen een bestaande functie’ (i.c. die van de huisarts), waardoor nieuwe functies met verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ontstaan (NIVEAU). Bij verticale functiedifferentiatie gaat het om het splitsen van een functie (i.c. die van de huisarts) in de verschillende niveaus van uitvoering. Horizontale functiedifferentiatie (specialisatie) behelst het herverdelen van taken binnen hetzelfde niveau.

In de volgende paragrafen wordt eerst ingegaan op doel en uitgangspunten van functiedifferentiatie binnen de huisartsenvoorziening. Vervolgens worden in twee paragrafen de zorggebonden en niet-zorggebonden taken met de bijbehorende competenties beschreven. De zorggebonden taken hebben betrekking op de zorgverlening aan patiënten en de organisatie van de zorg. De niet-zorggebonden taken hebben betrekking op de taken die nodig zijn voor het (laten) functioneren van de huisartsenvoorziening.

5.2. Doel van functiedifferentiatie

Functiedifferentiatie is gericht op het behouden van de kwaliteit en de continuïteit van de huisartsenzorg. Doel van functiedifferentiatie in de huisartsenvoorziening is:

- het optimaal inzetten van de deskundigheid en de ambitie van de in de voorziening werkzame personen;
- het professionaliseren van ondersteuning en management van de huisartsenvoorziening;
- het beter kunnen inspelen op externe ontwikkelingen, zoals demografische ontwikkelingen en transmuralisering; het beter kunnen inspelen op de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, zoals de vermindering van het aantal huisartsen, de verwachte krapte aan verpleegkundigen (pensioengolf), het toenemend aantal parttimers.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft in 2002 een advies uitgebracht over taakherschikking in de gezondheidszorg. Taakherschikking en functiedifferentiatie zijn twee verschillende begrippen. Bij taakherschikking staat niet de functie centraal. Taken worden niet anders over functies verdeeld, maar anders verdeeld over beroepen. Bij taakherschikking gaat het om het structureel herverdelen van taken tussen de verschillende beroepen. Meestal gaat functiedifferentiatie vooraf aan taakherschik-

king. De RVZ gaat met name in op taakherschikking vanwege de eventueel noodzakelijke structurele aanpassingen in juridische regelingen, zoals titelbescherming, beroepsopleidingen en wetgeving.

In de huisartsenzorg wordt vaak de term taakdelegatie in plaats van functiedifferentiatie gehanteerd. Nadeel van de term taakdelegatie is de eenzijdige nadruk op het afstoten van taken van de huisarts, terwijl de bredere term functiedifferentiatie beter past bij het inspelen op de veranderingen in de huisartsenzorg. Daarnaast heeft functiedifferentiatie vooral ook betrekking op ontwikkelingen in de facilitaire en managementfuncties binnen de huisartsenvoorziening.

5.3. Uitgangspunten voor functiedifferentiatie

De kenmerken van de huisartsenzorg zijn bepalend voor de mogelijkheden van functiedifferentiatie. Daarnaast gelden de volgende uitgangspunten.

- Gedeelde visie op zorg en samenwerking

Invoering van functiedifferentiatie brengt een organisatieverandering met zich mee. Het vraagt om een andere manier van kijken naar de huisartsenzorg. Het vraagt ook om een andere vorm van personeelsbeleid. Functiedifferentiatie is alleen effectief als onderdeel van een gedeelde ‘visie op zorg’ én ‘visie op samenwerking’.

- Heldere omschrijving van functies en noodzakelijke deskundigheden

De (nieuwe) functies worden concreet, helder omschreven en goed afgebakend, inclusief verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Taken binnen een functie moeten voldoende vaak voorkomen, zodat medewerkers ervaring kunnen opbouwen en hun deskundigheid kunnen opbouwen en behouden.

Zowel huisartsen als medewerkers zijn gemotiveerd voor functiedifferentiatie. Binnen de huisartsenvoorziening vindt periodiek, gestructureerd overleg plaats over de inhoud en de uitvoering van de werkzaamheden. Medewerkers beschikken over de benodigde competenties (kennis, inzicht, vaardigheden, attitude). Huisartsen bieden mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering.

- Rekening houden met situationele factoren

De mogelijkheden voor functiedifferentiatie worden sterk bepaald door situationele factoren; dit zijn:

- de kenmerken van de lokale patiëntenpopulatie en van het eventuele aanvullend of bijzonder zorgaanbod;
- de externe omstandigheden (locatie of ligging van de voorziening, aanwezigheid van zorgaanbieders);
- de externe samenwerkingsmogelijkheden binnen de eerste lijn en binnen de gezondheidszorg als geheel (aan- of afwezigheid van organisaties, werkafspraken);
- de omvang van de huisartsenvoorziening;
- de beschikbaarheid van gebouw(en) en faciliteiten (wel of niet in één gebouw);
- de mogelijkheden voor het uitbesteden van facilitaire ondersteuning en/of werkzaamheden;
- de wensen en mogelijkheden ten aanzien van deeltijdwerk;

- de lokale en regionale arbeidsmarkt (beschikbaarheid van specifieke medewerkers);
- de beschikbaarheid van specifieke (vervolg)opleidingen;
- de financiële ruimte van de desbetreffende huisartsenvoorziening.

- Noodzaak van regie

Door nieuwe functies te creëren ontstaan mogelijkheden om competenties van nieuwe functies te verdiepen en de zorgverlening te verbeteren (bijvoorbeeld de spreekuurplanning als taak voor de doktersassistenten en de voorlichting en educatie als taak voor de praktijkverpleegkundigen). Naarmate een huisartsenvoorziening groter wordt en er meer medewerkers werkzaam zijn, neemt voor huisartsen tegelijkertijd het belang toe om regie te houden over de (te leveren) huisartsenzorg en overzicht te houden over de activiteiten binnen de voorziening. Dat vraagt om een andere vakinhoudelijke rol van huisartsen en om versterking van het management van de huisartsenvoorziening.

- Voorkómen van snipperfuncties

Er zijn min of meer natuurlijke grenzen aan functiedifferentiatie. Binnen relatief kleinschalige huisartsenvoorzieningen is maar een beperkt aantal functies te creëren, omdat anders ‘snipperfuncties’ ontstaan. Tegelijkertijd loert juist in kleinschalige organisaties het gevaar dat ‘containerfuncties’ of ‘duizenddingenfuncties’ ontstaan, hetgeen professionalisering van bijvoorbeeld management en beheer belemmert.

- Informatievoorziening richting patiënten

Patiënten moeten tijdig en adequaat worden geïnformeerd over nieuwe functies en de taakverdeling binnen de huisartsenvoorziening. Onafhankelijk van de taakverdeling hebben patiënten altijd de mogelijkheid om door de huisarts zelf te worden gezien.

5.4. Functies binnen de huisartsenvoorziening

Binnen de huisartsenvoorziening zijn drie soorten functies te onderscheiden:

- de huisarts, academisch niveau;
- praktijkverpleegkundige, hbo-niveau;
- praktijkassistente, mbo-niveau.

De functieniveaus in de huisartsenzorg sluiten aan op het reguliere, initiële onderwijs en de relevante wet- en regelgeving over onderwijs en gezondheidszorg. Men mag aannemen dat in 2012 de reguliere HBO- en MBO-opleidingen naadloos aansluiten op de huisartsenzorg en op elkaar. Dan is er geen reden meer om voor de huisartsenzorg specifieke bedrijfsopleidingen aan te bieden. Medewerkers behalen in het initiële, reguliere beroepsonderwijs de vereiste, algemeen erkende kwalificaties.

Binnen een functieniveau kan horizontale functiedifferentiatie optreden, zoals de ‘specialisatie binnen het generalistische werkgebied’ door de praktijkverpleegkundige die extra deskundigheid verwerft op het gebied van diabeteszorg. Door schaalvergroting ontstaan mogelijkheden voor horizontale functiedifferentiatie.

Het team als geheel beschikt over competenties ten aanzien van samenwerking en het hanteren van professionele rollen.

Er wordt op dit moment geëxperimenteerd met nieuwe opleidingen *nurse practitioner* en *nurse physician*. De werkgroep kiest echter op basis van de beschikbare gegevens voor de uitwerking van drie functies. Te weten de huisarts, de praktijkverpleegkundige en de doktersassistente. De nieuwe opleidingen *nurse practitioner* en *nurse physician* liggen op een hoger niveau dan de opleiding voor praktijkverpleegkundige. Het hogere niveau van deze nieuwe opleidingen uit zich onder meer in competenties op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en beleidsadvisering. De werkgroep betwijfelt of daaraan binnen de kleinschalige huisartsenvoorzieningen op grote schaal behoefte zal zijn. Daarnaast krijgen deze functionarissen taken bedeed op het terrein van het stellen van een diagnose, die in dit rapport worden voorbehouden aan de huisarts (zie paragraaf 5.5.1.). Op basis van wetenschappelijk onderzoek naar de experimentele functies *nurse practitioner* en *nurse physician* kan nut en noodzaak van deze functies nader worden beoordeeld.

5.5. Zorggebonden taken in de huisartsenvoorziening

Uitgangspunt voor de beschrijving van de zorggebonden taken is het zorgaanbod van de huisartsenvoorziening (beschreven in hoofdstuk 3).

- Het basisaanbod

Het basisaanbod wordt gerealiseerd door samenwerkende huisartsen en ondersteunend personeel. De huisarts is de verantwoordelijke voor huisartsgeneeskundige zorg (wet BIG).¹ De huisarts zelf neemt in nagenoeg alle gevallen de klachteninventarisatie en diagnostiek voor zijn rekening. Bij behandeling, controles, voorlichting en advisering, en begeleiding kan hij worden ondersteund door een praktijkverpleegkundige en/of assistente. De praktijkverpleegkundige heeft een eigen verantwoordelijkheid (wet BIG).² De praktijkverpleegkundige biedt, na diagnose en op het deskundigheidsgebied van de huisarts, zelfstandig zorg aan specifieke patiëntengroepen. Voorwaarde is dat deze zorg is geprotocolleerd. Dan is er sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid.

De praktijkassistente voert taken uit als planning van spreekuren en administratieve ondersteuning. Zij voert daarnaast een aantal gedelegeerde zorginhoudelijke taken uit (het houden van een wrattenspreekuur, het uitspuiten van oren, het geven van injecties, etc.).

- Het aanvullend aanbod

Het aanvullend aanbod wordt geleverd door dezelfde zorgverleners als het basisaanbod. De taken van praktijkassistenten en praktijkverpleegkundigen zijn van vergelijkbare aard als binnen het basisaanbod. Soms is aanvullende kennis vereist voor de juiste zorg voor de desbetreffende patiëntengroep, klacht of aandoening.

- Het bijzonder aanbod

Bij het bijzonder aanbod overstijgen de benodigde kwalificaties en competenties de reguliere kwalificatie-eisen van het personeel. Het betreft meer complexe handelingen en vereist extra medische expertise. De huisarts en zo nodig de praktijkverpleeg-

kundige of -assistente hebben hiervoor een aanvullende, gecertificeerde opleiding gevolgd.

5.5.1. *Competenties voor de zorggebonden taken van de huisarts*

De competentie van iemand is het vermogen van een persoon om in een bepaalde context beschikbare kennis, inzichten, vaardigheden en attitudes aan te (willen) wenden, opdat deze persoon presteert naar de gangbare normen. De competenties van de huisarts zijn gebaseerd op de kenmerken van de discipline huisartsgeneeskunde (hoofdstuk 2) en zijn in de eindtermen huisartsopleiding geformuleerd als kwalificatie-eisen. De kwalificatie-eisen zijn te herleiden tot competenties. De verantwoordelijkheid van de huisarts is vastgelegd in de wet BIG.³

De huisartsen binnen de huisartsenvoorziening zijn degenen die verantwoordelijk zijn voor het bewaken van de essentiële kenmerken van de huisartsenzorg. De huisartsen richten het werk in de huisartsenvoorziening zodanig in dat het zorgaanbod op een kwalitatief verantwoorde wijze wordt uitgevoerd door henzelf en het ondersteunend personeel.

Het stellen van een diagnose en het vervolgens formuleren van het behandelbeleid, het verwijzen buiten de voorziening en het bewaken van de essentiële kenmerken van de huisartsenzorg, zijn taken die alleen door de huisarts kan doen.

Kwalificatie-eisen huisarts Eindtermen huisartsopleiding⁴

Basisprincipes (hoofdtak 1)

De huisarts kent / is competent m.b.t.

- de positie en functie van de huisarts(geneeskunde) in het gezondheidszorgsysteem;
- de belangrijkste principes van de huisartsgeneeskundige zorg;
- de wijze waarop hij wetenschappelijke bewijsvoering, ervaring en andere factoren moet hanteren tijdens de besluitvorming;
- de oorzaken en het natuurlijk beloop van ziekten;
- epidemiologie en morbiditeit;
- de risicofactoren voor ziekten en preventie;
- de consequenties van ziekte en medische interventies voor het functioneren;
- het proces van wederzijdse beïnvloeding tussen patiënt en arts;
- ethische en morele principes;
- het hulpverleningsproces;
- algemene diagnostiek en therapeutisch handelen.

Categorieën patiënten, klachten en ziekten (hoofdtak 2)

De huisarts kent / is competent m.b.t.

- de verschillende categorieën patiënten;
- afzonderlijke klachten en ziekten;
- groepen klachten en ziekten.

Randvoorwaarden de beroepshouding (hoofdtak 4)

Houding ten opzichte van:

- de ander;
- het beroep;
- zichzelf.

Functiedifferentiatie is gebaseerd op specifieke fasen in het zorgproces en/of specifieke patiëntengroepen. De zorg is geprotocolleerd te verlenen op basis van huisartsgeneeskundige richtlijnen. Het niveau van de functie waaraan de zorg kan worden gedelegeerd, wordt bepaald door:

- de mate van complexiteit van de aandoening;
- de complexiteit van de taak;
- de voorspelbaarheid van de situaties en mogelijke (ongewenste) uitkomsten;
- de benodigde kennis en vaardigheden;
- de vereiste mate van transfer van kennis;
- de eigen grenzen.

5.5.2. Competenties voor de zorggebonden taken van de praktijkverpleegkundige

De functie van de praktijkverpleegkundige ligt op hbo- of bachelorniveau. De bevoegdheden van deze functie zijn vastgelegd in artikel 33 van de wet BIG.²

De praktijkverpleegkundige biedt na diagnose door de huisarts zelfstandig geprotocolleerde zorg aan specifieke patiëntengroepen.^{5,6} De zorggebonden taken van de praktijkverpleegkundige liggen op het terrein van de zorgverlening, voorlichting en educatie, praktijkvoering en organisatie van het zorgproces, samenwerking, het hanteren van professionele rollen en de kwaliteitszorg.

- Randvoorwaarden

Het verlenen van (onderdelen van) de zorg door een praktijkverpleegkundige is mogelijk, indien voldaan is aan de volgende criteria en voorwaarden:

- de klacht / diagnose / patiëntengroep is duidelijk afgebakend;
- het betreft een medische aandoening waarbij de huisarts de diagnose heeft gesteld;
- het betreft een klacht / aandoening die regelmatig voorkomt in de praktijk;
- het betreft een klacht / aandoening waarvoor in de huisartsenvoorziening een protocol beschikbaar is;
- in het protocol zijn regelgrenzen van normen/meetwaarden benoemd, waarbinnen de medewerker zelfstandig kan handelen. Patiënten met meetwaarden buiten de regelgrenzen worden direct naar de huisarts terugverwezen;
- bij alle afwijkingen van het protocol wordt de behandelend huisarts of een andere huisarts ingeschakeld;
- de medewerker is voldoende bekwaam (beschikt over de benodigde competenties op het gebied van kennis, vaardigheden en attitude);
- de medewerker beschikt aantoonbaar over de vereiste medisch-inhoudelijke kennis van de klacht of de patiëntengroep;
- Er is sprake van evaluatie, supervisie, scholing en functioneringsgesprekken.

- Zorgverlening

De praktijkverpleegkundige biedt een doelgerichte zorgverlening aan patiënten van de huisartsenvoorziening, op methodische wijze en met gebruikmaking van de beschikbare standaarden en instrumenten voor de specifieke patiëntengroepen.

De zorgverlening in de vorm van educatie en voorlichting is uitgewerkt in een afzonderlijk competentiegebied.

Competenties praktijkverpleegkundige ten aanzien van zorgverlening

De praktijkverpleegkundige kan:

- gedelegeerd of zelfstandig in complexe situaties, volgens een afhankelijk van de situatie te kiezen methodiek, medische of verpleegkundige problemen van patiënten inventariseren, gegevens verzamelen en analyseren, en gezondheidsproblemen vaststellen;
- de prognose en mogelijkheden van de patiënt bepalen of inschatten;
- bepalen of de patiënt terug- of doorverwezen moet worden naar de huisarts of naar een andere hulpverlener of instelling;
- in overleg met de patiënt een beoogd resultaat formuleren en hiervoor een resultaatindicator aangeven;
- een interventie kiezen uit beschikbare alternatieven, gezien de prognose en de mogelijkheden van de patiënt en diens sociale omgeving, en dit met hem/hen bespreken;
- de gekozen interventie plannen en afstemmen op de activiteiten van andere hulpverleners en instanties en de gekozen interventie uitvoeren;
- de interventie beoordelen op effectiviteit en efficiëntie en naar aanleiding daarvan actie ondernemen;
- probleemgericht rapporteren in het elektronisch medisch dossier;
- de eigen zorgverlening inzichtelijk maken en verantwoorden;
- de kwaliteit van de zorgverlening analyseren, verbeteringspunten benoemen, prioriteiten ten aanzien van verbeteringen stellen, verbeteringsindicatoren benoemen, en verbeteringsacties kiezen en uitvoeren.

- **Voorlichting en educatie**

De praktijkverpleegkundige zorgt voor een doelgerichte educatie van en voorlichting aan de patiënten van de huisartsenzorg, gericht op kennis, gedragsverandering en het leren omgaan met (de gevolgen van) een aandoening met gebruikmaking van de beschikbare middelen voor de specifieke patiëntengroepen.

Competenties praktijkverpleegkundige ten aanzien van voorlichting en Educatie

De praktijkverpleegkundige kan:

- bepalen welke gedragsfactoren en emotionele factoren samenhangen met het gezondheidsprobleem van de patiënt en/of deze factoren beïnvloeden;
- met de patiënt de beoogde gedragsverandering vaststellen;
- een educatie-interventie kiezen uit beschikbare alternatieven, deze interventie bespreken met de patiënt, en hem/haar hierover adviseren;
- de educatie-interventie plannen en afstemmen op de activiteiten van andere hulpverleners en instanties;
- voorlichting geven over de aandoening en de gevolgen daarvan, over medicatie, behandeling, etc.
- instructie geven over medicatie en behandeling, en over hoe zelf te handelen bij problemen;
- voorlichtingsmateriaal beoordelen op functionaliteit en kwaliteit;
- de kwaliteit van de educatie en voorlichting analyseren, verbeteringspunten benoemen, prioriteiten ten aanzien van verbeteringen stellen.

- Praktijkvoering en organisatie van het zorgproces

De praktijkverpleegkundige zorgt voor een doelgerichte organisatie van de *eigen* zorgverlening in de huisartsenvoorziening. Zij let daarbij op een effectieve en efficiënte inzet van de beschikbare mensen en middelen. Zij houdt daarbij rekening met de belangen van de voorziening en met de taken en activiteiten van de andere teamleden en van externe hulpverleners en instellingen.

Competenties praktijkverpleegkundige ten aanzien van praktijkvoering

De praktijkverpleegkundige kan:

- een eigen spreekuur of eigen visites plannen, organiseren, uitvoeren, afronden en evalueren;
- eigen werkzaamheden en die van andere hulpverleners (in- en extern) zowel inhoudelijk als organisatorisch op elkaar afstemmen;
- op verantwoorde wijze taken verdelen en informatie overdragen aan de huisarts, praktijkassistente(s), andere praktijkverpleegkundigen en externe hulpverleners;
- informatie opvragen en rapporteren in een EMD;
- knelpunten en verstoringen in de eigen praktijkvoering zelfstandig oplossen;
- de eigen deskundigheid onderscheiden van die van de huisarts, praktijkassistente(s), andere praktijkverpleegkundigen en externe hulpverleners, en met handhaving van de eigen professionaliteit flexibel met de grenzen van die deskundigheid omgaan;
- een sociale kaart (waarop een netwerk en ontwikkelingen in andere zorgsectoren zijn aangegeven) opzetten en onderhouden ten behoeve van de eigen taak en de eigen patiëntengroepen;
- de kwaliteit van de eigen praktijkvoering analyseren, verbeteringspunten benoemen, prioriteiten ten aanzien van verbeteringen stellen, verbeteringsindicatoren benoemen, en verbeteringsacties kiezen en uitvoeren.

- Samenwerking

De praktijkverpleegkundige zorgt voor een doelgerichte samenwerking bij de eigen zorgverlening en praktijkvoering in de huisartsenvoorziening. Zij speelt attent in op de korte, snel wisselende contacten met uiteenlopende samenwerkingspartners (patiënten, teamleden, externe hulpverleners en instellingen).

Competenties praktijkverpleegkundige ten aanzien van samenwerking

De praktijkverpleegkundige kan:

- met patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties een functionele (samenwerkings)relatie opbouwen en onderhouden;
- omgaan met en onderhandelen over (mogelijke) tegenstrijdige belangen van samenwerkingspartners;
- met patiënt(systeem), externe hulpverleners en instanties vragen, problemen en knelpunten in de samenwerking benoemen en bespreken;
- (potentiële) conflicten signaleren, benoemen en daarbij adequaat handelen;
- met patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties een beoogde verbetering in de samenwerking bespreken;
- met patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties bespreken en bepalen hoe de samenwerking kan worden verbeterd;
- in uiteenlopende situaties een keuze maken uit gesprekstechnieken en –vormen;
- in uiteenlopende situaties functioneel schriftelijk en mondeling communiceren;
- aan patiënt(systeem), teamleden, externe hulpverleners en instanties feedback geven en van hen feedback ontvangen.

- Het hanteren van professionele rollen

De praktijkverpleegkundige ontwikkelt doelgericht de eigen professionele rol in de zorgverlening en praktijkvoering, en heeft aandacht voor de positionering, de profilering en de inhoudelijke ontwikkeling van de functie binnen de huisartsenzorg.

Competenties van praktijkverpleegkundige ten aanzien van het hanteren professionele rollen

De praktijkverpleegkundige:

- positioneert en profileert de eigen functie;
- werkt zelfstandig volgens een omschreven takenpakket en draagt zorg voor periodieke evaluatie;
- draagt professioneel verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de eigen activiteiten;
- kan over het eigen takenpakket onderhandelen met huisarts(en), praktijkassistente(n) en de eventuele andere praktijkverpleegkundigen;
- heeft inzicht in de eigen mogelijkheden en de grenzen van de eigen bekwaamheid, mede in relatie tot relevante wet- en regelgeving;
- kan de eigen bekwaamheden onderhouden;
- kan reflecteren op het eigen handelen;
- draagt bij aan de inhoudelijke ontwikkeling van de functie in de huisartsenpraktijk.

- Kwaliteitszorg

De praktijkverpleegkundige verbetert en waarborgt systematisch de kwaliteit van de eigen zorgverlening en eigen praktijkvoering in de huisartsenzorg. De hierbij behorende competenties zijn niet afzonderlijk beschreven, maar zijn binnen de bovenstaande competentiegebieden uitgewerkt.

5.5.3. Competenties voor de zorggebonden taken van de praktijkassistente

De functie van praktijkassistentie ligt op mbo-niveau.⁷⁸⁹¹⁰ Praktijkassistentes verrichten zorggebonden taken op vier terreinen, te weten: de zorg, de organisatie van de zorg, de organisatie van de praktijk en het hanteren van professionele rollen.

- Zorg

- Intake

De praktijkassistente is verantwoordelijk voor een doelgerichte intake van de hulpvragen, opdat patiënten van de huisartsenvoorziening op het juiste moment door de juiste zorgverlener worden gezien, conform de daarvoor geldende protocollen van de huisartsenvoorziening.

Competenties praktijkassistente ten aanzien van de intake
--

De praktijkassistente kan:

- consult- en visiteaanvragen aannemen en geprotocolleerd beoordelen en afhandelen;
- (geprotocolleerde) zelfzorgadviezen over veel voorkomende klachten geven;
- aanvragen voor (herhalings)recepten, verwijskaarten, machtigingen en dergelijke aannemen en verwerken.

- Zorgverlening

De praktijkassistente is verantwoordelijk voor een doelgerichte uitvoering van de onderdelen van de zorgverlening aan patiënten van de huisartsenvoorziening, opnieuw conform de daarvoor geldende protocollen van de huisartsenvoorziening.

Competenties praktijkassistente ten aanzien van zorgverlening
--

De praktijkassistente kan:

- EHBO bieden;
- onder supervisie van de huisarts medisch-technische handelingen die samenhangen met de behandeling uitvoeren: (tappen, zwachtelen van open been, wratten verwijderen, oren uitspuiten, wondverzorging, injecteren);
- medisch-technische handelingen uitvoeren die samenhangen met de diagnostiek: laboratoriumonderzoek, bloeddrukmeting;
- diagnostiek voorbereiden volgens protocol bij hypertensie en diabetes;
- een ECG maken, spirometrie en audiometrie uitvoeren;
- bloed- en urineonderzoek doen;
- herhalingsrecepten voorbereiden.

De praktijkassistente met extra competenties (hoger niveau) kan:

- eigen geprotocolleerde spreekuren voor omschreven patiëntengroepen houden;

- geprotocolleerde taken in het kader van preventie uitvoeren;
- (dreigende) problemen van patiënten signaleren (binnen de uitvoering van de eigen taak);
- eigen taken evalueren;
- bevindingen en eigen behandeling afstemmen met en terugkoppelen naar de huisarts.

- Voorlichting

De praktijkassistente is verantwoordelijk voor een doelgerichte informatieverstrekking aan patiënten van de huisartsenvoorziening, conform de daarvoor geldende protocollen van de huisartsenvoorziening. Het niveau van de benodigde competenties is afhankelijk van de aard van de gedelegeerde zorggebonden taken (bij medisch-technische handelingen, patiëntengroepen en aandoeningen).

Competenties praktijkassistente ten aanzien van voorlichting

De praktijkassistente kan:

- algemene informatie verstrekken over onderzoeken, behandelingen en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (voorbereiding en nazorg);
- (geprotocolleerde) zelfzorgadviezen voor ongecompliceerde klachten en aandoeningen geven;
- (geprotocolleerd) uitslagen doorgeven en daarbij algemene voorlichting geven;
- in het kader van preventie (geprotocolleerd) voorlichtingsadviezen en – instructies aan patiënten geven;
- de voorraad beheren van de schriftelijke informatie voor patiënten;
- informatie verstrekken over patiëntenverenigingen en instanties;
- algemene informatie verstrekken over de huisartsenvoorziening;
- informatie verstrekken aan relevante andere interne of externe hulpverleners over de eigen functie.

• Praktijkvoering en planning

De praktijkassistente is verantwoordelijk voor een doelgerichte spreekuur- en visiteplanning in de huisartsenvoorziening en let daarbij op een effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen. Zij houdt daarbij rekening met de belangen van de voorziening, en met externe hulpverleners en instellingen.

Competenties praktijkassistente ten aanzien van praktijkvoering en planning

De praktijkassistente kan:

- spreekuren en visites plannen, registreren en controleren;
- signaleren dat een patiënt toe is aan een visite of huisbezoek.

De praktijkassistente met extra competenties (hoger niveau) kan:

- afspraken- en oproepsystemen voor systematische surveillance opzetten en bijhouden;
- bevolkingsonderzoek organiseren en coördineren, bijvoorbeeld bij griep;
- algemene, operationele contacten onderhouden met andere zorgverleners en derden;
- een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van protocollen en werkafspraken.

- Zorgadministratie

De praktijkassistente is verantwoordelijk voor een doelgerichte administratie van de zorgverlening in de huisartsenzorg.

Competenties praktijkassistente ten aanzien van zorgadministratie

De praktijkassistente kan:

- werken met het HIS (EMD, registratie van verrichtingen en uitslagen van onderzoeken);
- gegevens met betrekking tot registratie en rapportage invoeren in het patiëntendossier en zo nodig rapportage aan (externe) hulpverleners verzorgen;
- eigen werkzaamheden registreren voor de evaluatie van de eigen functie, signalering en effectmeting;
- de sociale kaart bijhouden;
- formulieren invullen;
- selecties maken van patiënten voor oproepen en eventueel onderzoek en uitprinten ;
- ICPC-codes invoeren.

De praktijkassistente met extra competenties (hoger niveau) kan risicoprofielen van patiënten maken.

- Het hanteren van professionele rollen

De praktijkassistente ontwikkelt de eigen professionele rol in de zorgverlening en praktijkvoering en heeft aandacht voor positionering, de profilering en de inhoudelijke ontwikkeling van de functie binnen de huisartsenzorg.

Competenties praktijkassistente ten aanzien van het hanteren van professionele rollen
--

De praktijkassistente:

- heeft inzicht in de eigen mogelijkheden en grenzen van de eigen bekwaamheid, mede in relatie tot relevante wet- en regelgeving;
- kan reflecteren op eigen handelen;
- kan over het eigen takenpakket onderhandelen met de huisarts(en), de praktijkverpleegkundige(n) en eventuele andere hulpverleners in de praktijk;
- kan de eigen bekwaamheid onderhouden;
- draagt bij aan de inhoudelijke ontwikkeling van de functie in de huisartsenvoorziening.

5.6. Niet-zorggebonden taken in de huisartsenvoorziening

Hieronder volgt een overzicht van de niet-zorggebonden taken die nodig zijn voor het functioneren van de huisartsenvoorziening. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen het operationele niveau (waarbij het gaat om uitvoerende taken), het tactische niveau (taken ten behoeve van de organisatie) en het strategische niveau (het bepalen van doelen en kaders).

De niet-zorggebonden taken van de huisarts zijn beschreven in hoofdtak 3 van de Eindtermen huisartsopleiding als kwalificatie-eisen ten aanzien van organisatie en praktijkvoering. Huisartsen kunnen ervoor kiezen om de niet-zorggebonden over te laten aan anderen. Uitzondering hierop zijn medisch-inhoudelijke aspecten van het behandel- en kwaliteitsbeleid.

Deze taken op strategisch niveau vergen de specifieke competentie van de huisarts. De competenties voor de niet-zorggebonden taken zijn niet inhoudelijk uitgewerkt, omdat deze aansluiten bij algemeen geldende competenties voor soortgelijke taken.

Niet-zorggebonden taken op operationeel niveau (mbo)

Receptie en logistiek:

- aannemen van materialen voor laboratoriumonderzoek en overige goederen;
- aannemen en verwerken van telefoontjes van derden;
- wegwijs van nieuwe patiënten in de praktijk;
- algemene postverwerking inclusief elektronische post;
- archiefbeheer;
- voorraadbeheer en inkoop;

Personeel:

- registratie van werktijden, roosters, vakantie/verlof;
- registratie ziekteverzuim;
- werkbegeleiding, inwerkbegeleiding;
- regelen van waarneming/invallers.

Financieel:

- onderhouden van contacten met zorgverzekeraars over praktische zaken en uitbetalingen;

- sturen van declaraties;
- betaling van facturen;
- financiële administratie.

Apparatuur en gebouwen:

- onderhouden en schoonmaken van apparatuur en gebouw.

Informatisering:

- genereren van geautomatiseerde gegevens voor jaarverslag, fto, etc.;
- beheer van automatisering en informatisering;
- opzet en onderhoud van een website van de praktijk.

Niet-zorggebonden taken op tactisch niveau (hbo)

Personeel:

- personeelsbeleid (werving en selectie, functioneringsgesprekken, loopbaanbeleid, personeelsadministratie);
- coördinatie werkoverleg team;
- opstellen schriftelijke instructies en procedures;
- taakverdeling (functieomschrijvingen).

Kwaliteitszorg:

- gegevens verzamelen en analyseren;
- patiëntenraadpleging en klachtenregeling en -behandeling;
- opstellen van zorginhoudelijke protocollen;
- concrete verbeteringsplannen maken en uitvoeren;
- beleid maken voor deskundigheidsbevordering;
- toetsing.

Externe relaties en PR:

- fungeren als extern aanspreekpunt voor andere zorgverleners en organisaties;
- onderhouden van externe relaties: algemene informatie en voorlichting aan patiënten en organisaties en hulpverleners.

Informatisering:

- het definiëren en analyseren van geautomatiseerde gegevens.

Financieel:

- exploitatie (begroting en realisatie, budgetbeheer).

Apparatuur en gebouw:

- investeringen apparatuur en gebouw (begroting en realisatie, afschrijving, vervanging).

Niet-zorggebonden taken op strategisch niveau (hbo/wo)

Behandelbeleid (medisch--inhoudelijke aspecten voorbehouden aan de huisarts):

- formuleren en evalueren behandel/zorgbeleid;
- externe, strategische samenwerking eerste en tweede lijn (zorgnetwerken, transmurale afspraken);
- formuleren en evalueren van het kwaliteitsbeleid.

Kwaliteitsbeleid (medisch-inhoudelijke aspecten voorbehouden aan de huisarts):

- ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en kwaliteitsplan;
- opstellen (kwaliteits)jaarverslag.

Financiering en contractering:

- contracteren van zorgverzekeraar;
- subsidie-afspraken met fondsen.

Jaarplannen:

- opstellen en evalueren van een praktijkplan (jaar- en werkplannen);
- opstellen van een begroting en jaarrekening.

Externe relaties en PR:

- extern verantwoording afleggen.

¹ Wet Beroepen op de het gebied van de individuele gezondheidszorg (BIG), artikel 18 en 19. 11 november 1993.

² Wet Beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (BIG), artikel 33. 11 november 1993.

³

⁴ Wigersma L, van Berkestijn LGM, Giesen P. Eindtermen huisartsopleiding 2000. Utrecht: CHVG, 2000.

⁵ verpleegkundige kwalificatiestructuur (gegevens opzoeken)

⁶ Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Werkdocument Competenties & Eindtermen. Utrecht, 2002.

⁷ Nederlandse Vereniging Van Doktersassistentes (NVDA). Beroepsprofiel doktersassistenten, Utrecht, 1999.

⁸ Konings JWAM., Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Praktijkwijzers voor huisartsen en assistenten onder één dak, delen 1 t/m 4. Utrecht: LVG, 1999.

⁹ OVDB. Kwalificatiestructuur en eindtermen assiterenden gezondheidszorg 2000. Bunnik: OVDB, 1999.

¹⁰ Nederlandse Vereniging Van Doktersassistentes (NVDA). De doktersassistent-plus in de huisartsenpraktijk, Utrecht, 2002.