

# TOEKOMST HUISARTSENZORG – KERNTAKEN IN DE PRAKTIJK

## ALGEMENE INLEIDING

### Huisarts anno 2020

In Nederland is vrijwel iedereen ingeschreven bij een huisarts. Patiënten kunnen met medische vragen laagdrempelig terecht in de huisartsenpraktijk.<sup>1</sup> De huisarts werkt samen met een team van zorgverleners binnen de praktijk en met een netwerk van zorg- en hulpverleners buiten de praktijk.

De kracht van de huisarts is om als vertrouwenspersoon naast de patiënt te staan, te luisteren naar de hulpvraag en de meeste klachten en problemen in samenspraak met de patiënt zelf te behandelen. Ook bieden huisartsen met hun team medische zorg aan patiënten met chronische aandoeningen en aan patiënten in de laatste levensfase.

### Huisarts in de toekomst

De samenleving wordt complexer. Huisartsen merken dat in hun dagelijkse praktijk en in de samenwerking met andere zorgverleners. Om in de toekomst huisartsenzorg op hetzelfde niveau te kunnen bieden, richten wij ons op de kerntaken zoals deze in 2019 in de tweede Woudschotenconferentie zijn gepresenteerd.

### Kerntaken

Persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk: dat zijn de kernwaarden waar alle huisartsen voor staan. Deze zijn vertaald naar vijf kerntaken: medisch-generalistische zorg, zorgcoördinatie, preventieve zorg, terminaal-palliatieve zorg en spoedeisende huisartsenzorg.

<sup>1</sup> Overall waar huisartsenpraktijk staat, kan ook huisartsenvoorziening worden gelezen.

Als huisartsen hun werk goed willen blijven doen, moeten zij weten wat de kerntaken inhouden en wat ze betekenen voor de dagelijkse praktijk. Alleen dan weten patiënten en andere zorgverleners wat zij wel en niet van de huisarts kunnen verwachten en kan er duidelijke afstemming plaatsvinden met andere partijen in de zorg, zodat het zorgaanbod goed op elkaar aansluit. Belangrijk is dat hierover regionaal afspraken worden gemaakt met ziekenhuizen, wijkverpleging en thuiszorg, paramedische zorg en andere zorgpartijen. Om deze op regioniveau gezamenlijk te maken, werken huisartsen samen in huisartsdienstenstructuren (huisartsenposten), in zorggroepen en regionale huisartsenorganisaties.

In deze uitwerking beschrijven we wat de beroepsgroep onder de kerntaken verstaat. Welke zorg mag van iedere huisarts worden verwacht, welke zorgtaken zijn optioneel en welke zorgtaken vallen er niet onder? We beschrijven ook de grenzen en randvoorwaarden, zodat patiënten en andere zorgverleners ook in de toekomst op goede huisartsenzorg kunnen blijven rekenen.

## Basisaanbod

Uitgangspunt bij het omschrijven van de kerntaken is dat patiënten in iedere huisartsenpraktijk kunnen rekenen op het zogenoemde basisaanbod huisartsenzorg.<sup>2</sup> Dit betreft de zorg die alle huisartsen aan hun patiënten leveren. De kerntaken vallen per definitie onder het basisaanbod. Dit is vaak (hulp)vraaggestuurde zorg. Hieronder vallen in ieder geval de inventarisatie van gezondheidsklachten en aandoeningen, hulpvraagverheldering en triage. In het aanbod huisartsgeneeskundige zorg kan voor alle ICPC-gecodeerde klachten en aandoeningen worden bepaald wat basisaanbod is en wat daar niet onder valt.

## Extra aanbod onder voorwaarden

Naast het basisaanbod kan de huisartsenpraktijk ervoor kiezen om extra aanbod te bieden, in de vorm van aanvullend of bijzonder aanbod.<sup>2</sup> Denk aan speciale spreekuren met gestructureerde zorg aan een bepaalde patiëntengroep door een praktijkondersteuner (bijvoorbeeld aan patiënten met diabetes mellitus, COPD of kwetsbare ouderen). Extra aanbod kan worden geleverd mits hiervoor voldoende kennis, enthousiasme, tijd, personeel, ruimte en financiële middelen beschikbaar zijn binnen de huisartsenpraktijk en mits het aanbod aansluit bij de behoefte van de populatie die wordt bediend.

---

<sup>2</sup> [www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg](http://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg)

# KERNTAAK MEDISCH-GENERALISTISCHE ZORG

Medisch-generalistische zorg betekent dat de huisarts klachten, problemen en vragen van velerlei aard verheldert en beoordeelt vanuit een medisch perspectief. Bij de diagnostiek en het beleid betreft de huisarts de voorgeschiedenis en omstandigheden van de patiënt, zoals werk of gezin, en de persoonlijke wensen, verwachtingen en voorkeuren.

## Triage

Een belangrijke kerntaak van de huisarts en het team is het bepalen van de urgentie van de klachten. Welke vragen behoeven directe hulp of moeten binnen een paar uur besproken worden (spoedzorg) en welke vragen kunnen besproken worden op het reguliere spreekuur? De triage wordt toegepast bij zowel de doordeweekse dagzorg, als bij de zorg buiten praktijkuren. Patiënten die de zorg het meest acuut nodig hebben, krijgen voorrang boven andere patiënten.

## Hulpvraagverheldering

Patiënten kunnen laagdrempelig allerlei vragen over gezondheid en ziekte stellen aan de huisarts en zijn team. De hulpvraagverheldering vormt de basis van de huisartsgeneeskunde. Het behoort tot het vak van de huisarts om een goede inschatting te maken van de origine van de geconstateerde problematiek.

## Diagnostiek en behandeling

Na verheldering van de hulpvraag formuleert de huisarts het probleem. Hij stelt direct of na verder onderzoek een diagnose.<sup>3</sup> Vervolgens bespreekt de huisarts met de patiënt diverse behandel-mogelijkheden. Binnen een vertrouwensrelatie kan de huisarts de patiënt goed adviseren bij het maken van behandelkeuzes. De huisarts gaat na wat de patiënt belangrijk vindt.

Afhankelijk van het probleem en/of de diagnose zal hij geruststellen, het natuurlijk beloop afwachten, zelfzorg stimuleren, behandelen of begeleiden binnen de huisartsenpraktijk of verwijzen naar een andere zorgverlener of instantie.

De huisarts is samen met het team binnen de huisartsenpraktijk in staat om het grootste deel van de medische klachten zelf af te handelen. Dit heeft als voordelen dat de patiënt in de buurt geholpen kan worden, geen onnodige kosten hoeft te maken of afhankelijk is van lange wachttijden.

<sup>3</sup> Overal waar hij staat, kan ook zij worden gelezen.

## Verwijzing

De huisarts overziet de domeinen binnen en buiten de zorg en fungeert als gids in de zorg- en hulpverlening. Deze gidsfunctie heeft een belangrijke maatschappelijke waarde, draagt bij aan optimale en doelmatige zorg en wordt door patiënten in hoge mate gewaardeerd.<sup>4</sup>

Wanneer de huisarts vindt dat een andere zorgverlener op een bepaald gebied bekwaam is dan de huisarts, verwijst de huisarts de patiënt gericht. Bijvoorbeeld naar andere zorgverleners binnen de eerste lijn, tweede lijn, de ggz of naar hulpverleners in het sociale domein.

## Grenzen

Het medisch-generalistische karakter van de huisarts betekent dat er grenzen zijn aan welke diagnostiek en behandeling de huisarts zelf uitvoert. Vragen van niet-medische aard worden buiten de huisartsenpraktijk behandeld. De huisarts kan wel adviseren over welke hulp mogelijk nodig is en de patiënt verwijzen naar een geschikte zorg- of hulpverlener. Dat geldt bijvoorbeeld voor vragen over verpleegkundige thuiszorg, hulp bij persoonlijke verzorging, aanvragen van hulpmiddelen bij de gemeente en vragen over huisvesting, schuldhulpverlening of andere sociaal-maatschappelijke dienstverlening.

Medische zorg voor bijzondere patiëntengroepen, zoals ouderen met (gevorderde) dementie of mensen met een (ernstige) verstandelijke beperking die in kleinschalige woonvormen wonen, vereist vaak specialistische kennis en kunde, die de huisartsenzorg overstijgt. De huisarts zal deze patiënten laagdrempelig doorverwijzen naar een specialist ouderengeneeskunde of AVG-arts.

## Randvoorwaarde

- Tijdig beschikbare vervolgzorg door andere zorg- en hulpverleners is noodzakelijk om de continuïteit van zorg voor de patiënt goed te kunnen borgen. Voor de medisch-specialistische zorg en ggz-zorg zijn hiervoor de Treeknormen opgesteld.<sup>5</sup> Ook voor het verpleegkundige en sociale domein en de samenwerking met de specialist ouderenzorg zijn zulke normen nodig.

<sup>4</sup> [www.nivel.nl/nl/publicatie/burgers-over-kernwaarden-en-kerntaken-huisarts](http://www.nivel.nl/nl/publicatie/burgers-over-kernwaarden-en-kerntaken-huisarts)

<sup>5</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_2034\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_2034_22/1/)

# KERTAAK ZORGCOÖRDINATIE

De kerntaak zorgcoördinatie houdt in dat de huisarts overzicht heeft over het zorgtraject van de patiënt met betrekking tot de medische zorg. De huisarts weet welke zorgverleners betrokken zijn en wat hun taken en verantwoordelijkheden zijn. De huisarts coördineert de huisartsgeneeskundige, medisch-generalistische zorg en heeft een signaalfunctie. Huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor de coördinatie van de specialistische (vervolg)zorg in de tweede lijn en ook niet voor de dagelijkse verzorging of ondersteuning van de patiënt.

## Coördinatie van zorg binnen de huisartsenpraktijk

Coördinatie van zorg is vooral relevant bij patiënten met meerdere chronische aandoeningen of problemen en bij kwetsbare ouderen. De huisarts heeft oog voor de samenhang tussen de diverse aandoeningen waarvoor de patiënt wordt behandeld, nieuwe behandelingen die worden ingezet en eventuele beperkingen aan deze behandelingen. De huisarts kan de patiënt binnen een vertrouwensrelatie goed adviseren bij het maken van behandelkeuzes. Bij voorkeur heeft de patiënt zelf de regie over zijn medische situatie en de geboden zorg. Als dat niet lukt, kan een naaste van de patiënt (mantelzorger) of de huisarts de coördinerende rol in overleg met de patiënt overnemen. Een grotere regierol van de huisarts is gewenst naarmate de medische zorg complexer wordt. De huisarts is in elk geval eindverantwoordelijk voor de zorg die het team binnen de huisartsenpraktijk biedt aan de patiënt en coördineert deze zorg.

## Coördinatie van zorg tussen huisartsenpraktijk en andere zorg- en hulpverleners

De huisarts werkt in een breed netwerk van zorg- en hulpverleners en wordt vaak als eerste aanspreekpunt bij de afstemming van zorg rond de patiënt gezien. De coördinerende taken van de huisarts liggen op medisch gebied. Voor coördinerende taken rond verpleegkundige zorg of in het sociale domein is de huisarts niet verantwoordelijk.

Voor de samenwerking met andere zorgverleners zijn verschillende [handreikingen opgesteld](#).<sup>6</sup> Bij verwijzing naar medisch-specialistische zorg zijn huisartsen verantwoordelijk voor adequate overdracht van informatie over de patiënt in de [verwijsbrief](#).<sup>7</sup> In acute situaties zorgt de huisarts tevens voor een mondelinge overdracht en – indien nodig – verwijzing naar ambulancezorg. Nadat de patiënt is verwezen, is de zorgverlener waarnaar wordt verwezen verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie.

Het is voor de huisarts belangrijk om te weten waar en bij wie bepaalde taken zijn belegd na verwijzing. Schriftelijke of mondelinge terugkoppeling aan de huisarts over het ingestelde beleid door andere zorg- en hulpverleners is daarom essentieel. Dit geldt ook voor afspraken die gemaakt zijn in multidisciplinaire overleggen.

Het organiseren en coördineren van niet-medische vervolgzorg na medische zorg in de tweede lijn is geen taak van de huisarts, maar van zorgverleners in het ziekenhuis.

<sup>6</sup> [www.lhv.nl/uw-beroep/samenwerking/huisarts-en-zorgverleners](http://www.lhv.nl/uw-beroep/samenwerking/huisarts-en-zorgverleners)

<sup>7</sup> [www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-hasp](http://www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-informatie-uitwisseling-tussen-huisarts-en-specialist-hasp)

## Medisch dossier

Het medisch dossier zoals dat door de huisartsenpraktijk wordt bijgehouden, bevat een helder en volledig overzicht aan informatie over de aandoeningen, de gezondheidsproblemen van de patiënt en het medische beleid. Inzage in de eigen medische gegevens via een portaal of Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO) ondersteunt de patiënt bij het behouden van de regie in het eigen zorgproces. Uitwisseling van relevante gegevens uit het (elektronische) medisch-specialistische dossiers en dossiers van thuiszorgorganisaties ondersteunt de huisarts bij het verlenen van goede zorg en strekken tot aanbeveling.

## Medicatieveiligheid

Door vergrijzing, toename aan behandel mogelijkheden en meerdere zorgaanbieders en voorschrijvers is het voorschrijven van medicatie complexer geworden. Iedere arts die medicatie voorschrijft aan een patiënt is verantwoordelijk voor het nagaan of de patiënt geen andere medicijnen gebruikt die mogelijk interfereren. Dat geldt ook voor het voorschrijven van herhaalmedicatie. De huisarts is niet verantwoordelijk voor voorschriften van andere artsen, tenzij hierover duidelijke afspraken zijn gemaakt. Controle bij specialistische medicatie vereist immers vaak bekwaamheid die de basishuisartsenzorg overstijgt.<sup>8</sup> Wel heeft de huisarts, net als elke andere arts, een signaleringsfunctie indien hij interacties of medicatiefouten opmerkt.

Samenwerking met de apotheker is essentieel voor de zorgcoördinatie, met name bij complexe farmacologische vraagstukken. De apotheker contacteert zo nodig bij vragen of signalen de voorschrijvend arts.

## Medisch-specialistische zorg thuis

Steeds meer patiënten met medisch-specialistische aandoeningen worden thuis behandeld. Bij dergelijke patiënten is de specialist de hoofdbehandelaar. De specialist is dan ook primair verantwoordelijk voor coördinerende taken die betrekking hebben op de aandoening waarvoor hij de patiënt behandelt, zoals opdrachten aan de wijkverpleging of aanvragen van laboratoriumcontroles. De huisarts blijft beschikbaar voor afstemming en overleg. Ook blijft hij de basishuisartsenzorg voor de patiënt bieden en coördineren en begeleidt hij de patiënt vanuit deze rol in de thuissituatie.

## Randvoorwaarden

- Er moet voldoende en overzichtelijke contactinformatie beschikbaar zijn van alle zorgaanbieders in de buurt. Hulpverleners uit het sociale domein zijn bij voorkeur via één centraal aanmeldpunt in de wijk of gemeente te bereiken.
- Andere zorgverleners informeren de huisarts tijdig over de geleverde zorg en over afspraken die gemaakt zijn met de patiënt, zodat de huisarts het overzicht behoudt van alle relevante informatie.
- De apotheker vervult een actieve coördinerende rol bij alle potentiële medicatieproblemen.
- Compatibiliteit en toegankelijkheid van patiëntinformatiesystemen van de verschillende zorgverleners en een goede uitwisseling van relevante patiëntgegevens tussen de verschillende zorg- en hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt en de huisarts zijn voorwaarden voor optimale zorg.

<sup>8</sup> [www.nhg.org/standpunten/nhg-standpunt-herhalen-gespecialiseerde-ggz-medicatie](http://www.nhg.org/standpunten/nhg-standpunt-herhalen-gespecialiseerde-ggz-medicatie)

## KERNTAAK TERMINAAL-PALLIATIEVE ZORG

Terminaal-palliatieve zorg is zorg die plaatsvindt in de stervensfase, de fase waarin het sterven op korte termijn (binnen enkele dagen tot weken) is te verwachten. Palliatieve zorg betreft het verlichten en voorkomen van lijden bij patiënten met een ongeneeslijke ziekte of kwetsbaarheid en kan een veel langer traject bestrijken. Deze niet-terminale palliatieve zorg wordt hier verder niet beschreven.

Terminaal-palliatieve zorg heeft als doel het stervensproces zo comfortabel mogelijk te maken. Omdat de meeste patiënten thuis wensen te overlijden, is de huisarts degene die de medische zorg in deze fase meestal levert.

De kerntaak terminaal-palliatieve zorg houdt in dat de huisarts in ieder geval doordeweeks overdag terminaal-palliatieve medische zorg aan zijn eigen patiënten biedt. Daarnaast zorgt de huisarts ervoor dat terminaal-palliatieve zorg 24 uur per dag beschikbaar is.

Iedere huisarts beschikt over medisch-generalistische basiskennis en -kunde voor het leveren van terminaal-palliatieve zorg. Daarnaast kent de huisarts de persoonlijke context, voorgeschiedenis van de patiënt en heeft de huisarts zicht op de leefomgeving en het sociale netwerk van de patiënt. De eigen huisarts van de patiënt heeft in deze fase een bijzondere rol als vast en vertrouwd aanspreekpunt in de zorg.

### Coördinatie

Naast de huisarts spelen andere hulp- en zorgverleners een rol van betekenis, zoals mantelzorgers, wijk- en specialistische verpleegkundigen en apothekers. De huisarts heeft een coördinerende rol voor wat betreft de medisch-generalistische zorg voor de terminaal-palliatieve patiënt in de thuissituatie en maakt zo nodig gebruik van de mogelijkheid tot consultatie (van bijvoorbeeld kaderhuisartsen palliatieve zorg). Het is geen kerntaak van de huisarts om een coördinerende rol te spelen bij niet-medische zaken, zoals verpleegkundige zorg, geestelijke verzorging of hospicezorg, maar de huisarts kan wel signaleren en wijzen op de noodzaak hiervan. Neemt de huisarts de zorgcoördinatie over van de tweede lijn, dan is van belang dat hij tijdig wordt geïnformeerd over het ziekteproces.

### Continuïteit binnen praktijken

Het belang van persoonlijke continuïteit door de eigen huisarts neemt toe naarmate het einde van het leven nadert. In de terminaal-palliatieve fase verslechtert de toestand van de patiënt en treden symptomen dikwijls tegelijkertijd op, wat dagelijkse aanpassingen in het behandelbeleid noodzakelijk kan maken. De continuïteit van de huisartsenzorg is in deze fase onder verantwoordelijkheid van de eigen huisarts optimaal geborgd. De eigen huisarts maakt afspraken over zijn beschikbaarheid en zorgt ervoor dat de patiënt bij zijn afwezigheid weet met welke vragen hij bij

welke zorg- of hulpverleners terechtkan. De eigen huisarts zorgt ervoor dat relevante en actuele patiëntinformatie kan worden geraadpleegd indien hij niet beschikbaar is. De huisarts stemt het individueel zorgplan af met de patiënt (en/of diens naasten of mantelzorgers). In het zorgplan wordt geanticipeerd op het te verwachten beloop en de mogelijke scenario's. Dit kan zo nodig dagelijks worden bijgesteld.

## Continuïteit buiten praktijken

In de terminaal-palliatieve fase kan de eigen huisarts van de patiënt buiten praktijken zelf beschikbaar zijn, beschikbaar zijn voor overleg met de dienstdoende huisarts of huisartsenpost of niet beschikbaar zijn.

Waarneming vindt plaats op basis van een tijdige overdracht en heldere afspraken over beschikbaarheid, communicatie en dossiervoering. De overdracht dient tenminste informatie te bevatten over de behandelwensen en -grenzen van de patiënt en het te voeren beleid bij te verwachten symptomen of achteruitgang. De eigen huisarts zorgt ervoor dat de informatie adequaat, bij voorkeur digitaal, wordt gedeeld met de waarnemend huisarts of huisartsenpost. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn wie hij wanneer moet bellen en wie er dan kan komen voor welke (be)handeling.

## Randvoorwaarden

- Voldoende beschikbaarheid van verzorgend en (specialistisch) verplegend personeel is noodzakelijk. Voor optimale kwaliteit en continuïteit van zorg is het belangrijk met een beperkt aantal zorgverleners of organisaties samen te werken. Dit om de eenheid en eenvoud van zorgregistratie en communicatie te borgen.
- Mogelijkheden van consultatie van kaderhuisartsen palliatieve zorg en gespecialiseerde consultatieteams moeten voldoende beschikbaar zijn.
- De afstemming en overdracht van de patiëntenzorg tussen huisartsen onderling en met de huisartsenpost, en met andere zorgverleners zoals wijkverpleging, apothekers en paramedici, zijn vastgelegd in het (medisch) dossier. Hiervoor is het nodig dat de verschillende systemen van elektronische dossiervorming met elkaar kunnen communiceren.



# KERNTAAK SPOEDEISENDE HUISARTSENZORG

Spoedzorg is zorg die niet kan wachten tot een reguliere afspraak bij een zorgverlener. Dit is per definitie niet-planbare zorg. Spoedzorg wordt door verschillende zorgverleners, zoals huisartsen, medisch specialisten in ziekenhuizen, ambulancezorg, ggz en thuiszorgorganisaties geboden. Spoedeisende huisartsenzorg is bedoeld voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden en waarbij de medisch-generalistische huisartsenblik van meerwaarde is.<sup>9</sup>

## Triage

Spoedzorg begint met een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. De urgentie van deze zorg en de noodzakelijke vervolgacties worden bepaald door de professional (huisarts of triagist). De professional binnen de huisartsenpraktijk (of huisartsenpost) is bij uitstek in staat deze inschatting te maken. Dit doet hij, waar nodig en waar mogelijk, samen met andere zorgverleners in de spoedzorg. Wie de geschiktste zorgverlener is om de spoedzorg te leveren, is afhankelijk van de inschatting van de aard en ernst van de klachten en hangt samen met de medische voorgeschiedenis en de context van de patiënt. Het is mogelijk dat een zorgvraag van een patiënt geen spoedeisende hulp vereist, terwijl de patiënt dit wel verwacht. Het is een taak van de triagist of huisarts van de huisartsenpraktijk om dit aan de patiënt uit te leggen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de informatie op [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl).

Bij het bepalen van de urgentie van de zorgvraag en de passende vervolgactie wordt gebruikgemaakt van triage. Triage-instrumenten zijn daarbij hulpmiddelen, net als richtlijnen, waarvan beredeneerd kan worden afgeweken als de context van de patiënt daarom vraagt. Bij vragen met de hoogste urgentie (U<sub>0</sub>, U<sub>1</sub> en U<sub>2</sub>) wordt de patiënt altijd gezien, ook 's nachts, waarbij het triagesysteem en afspraken in de spoedzorgketen bepalen of dit door de huisarts, ambulance of spoedeisende hulp gebeurt. Vragen met een lagere urgentie (U<sub>3</sub>) behoeven beoordeling en zo nodig behandeling overdag en in de avond. Als deze vragen 's nachts binnenkomen kan gewacht worden tot de volgende dag. Bij vragen met de laagste urgentie (U<sub>4</sub>, U<sub>5</sub>) worden telefonisch adviezen voor zelfhulp gegeven of wordt de patiënt verwezen naar het reguliere spreekuur van de eigen huisarts.

## Zorg in avond, nacht en weekend

In avond, nacht en weekend beperkt de huisarts zich tot het leveren van spoedeisende huisartsenzorg met een team van triagisten, chauffeurs op de visiteauto en – afhankelijk van de organisatie – verpleegkundig specialisten, *physician assistants* of basisartsen. Deze zorg wordt doorgaans geleverd op de huisartsenposten. De huisarts fungeert daarbij als poortwachter voor de vervolgzorg. Onnodige verwijzing kan worden voorkomen door in te gaan op de zorgen en wensen van de patiënt en afspraken te maken over het beleid bij een afwijkend beloop.

<sup>9</sup> [www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg.org/uploads/nhg-standpunt\\_huisarts\\_en\\_spoedzorg.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg.org/uploads/nhg-standpunt_huisarts_en_spoedzorg.pdf)

## Samenwerking met andere zorgverleners

De huisarts zal een andere zorgverlener inschakelen als deze passender zorg kan bieden. Als een spoedvraag voortkomt uit een aandoening waarvoor de patiënt gelijktijdig door een medisch-specialist wordt behandeld, is de medisch-specialist primair verantwoordelijk voor de beoordeling, tenzij hierover andere afspraken zijn gemaakt. Dit geldt bijvoorbeeld voor spoedeisende zorgvragen in aansluiting op een ziekenhuisopname of -behandeling, zoals bij postoperatieve complicaties en complicaties van lopende behandelingen. De ggz is verantwoordelijk voor het beantwoorden van spoedeisende vragen van patiënten die in behandeling zijn bij een ggz-instelling. De thuiszorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het organiseren en leveren van verzorging, ook buiten praktijkuren. Dat geldt ook als de huisarts aangeeft dat acute opname in een zorginstelling, zoals bijvoorbeeld een eerstelijnsverblijf, nodig is.

## Randvoorwaarden

- Voldoende beschikbaarheid van huisartsen is noodzakelijk voor 24-uurs huisartsenspoedzorg. Een goed ondersteunend team is onmisbaar voor optimale, duurzame zorg.
- De bereik- en beschikbaarheid van de zorg binnen de eigen huisartsenpraktijk overdag moet zodanig geregeld zijn dat patiënten met klachten die zorg behoeven maar niet spoedeisend zijn, daar tijdens praktijkuren terecht kunnen. De huisartsenpost is niet bedoeld om gebrek aan capaciteit in de reguliere dagzorg op te vangen.
- Optimaal gebruik van e-health, zoals Thuisarts.nl, is nodig om patiënten te ondersteunen bij het zo veel mogelijk zelf oplossen van hun medische problemen.
- Het is noodzakelijk om niet-spoedeisende hulpvragen op de huisartsenpost te beperken. Gezamenlijke inspanning van overheid, eerstelijns beroepsorganisaties en patiëntenorganisaties is hiervoor nodig.

## KERNTAAK PREVENTIEVE ZORG

Preventie is altijd onderdeel van de huisartsenzorg geweest. Het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekten en complicaties van aandoeningen bij individuele patiënten is de laatste jaren uitdagend geworden. Dit komt enerzijds door toegenomen aandacht voor het beïnvloeden van leefstijl en de beschikbaarheid van meer preventieve interventies, zoals screening en vaccinaties. Anderzijds door de wens van de overheid en partijen binnen en buiten de gezondheidszorg om meer werk te maken van preventie.<sup>10</sup>

Bij de herijking van de kernwaarden en -taken van de huisarts in 2019 is vastgesteld dat de huisarts geïndiceerde en zorggerelateerde *individuele preventie* als kerntaak ziet.<sup>11</sup> *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel de risicofactoren of symptomen hebben die voorafgaan aan een ziekte. Voorbeelden zijn cardiovasculair risicomanagement of het signaleren van leefstijlfactoren als roken of problematisch alcoholgebruik zonder aanwezige ziekte. *Zorggerelateerde preventie* richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lage kwaliteit van leven of sterfte. Voorbeelden hiervan zijn behandeling van hart- en vaatziekten met medicatie, gewichtsreductie bij diabetes mellitus 2 of terugvalpreventie bij depressie. Dit betreft medisch-preventieve zorg, zoals geadviseerd in NHG-Standaarden of andere richtlijnen. Deze zorg wordt vaak programmatisch aangeboden door het team van de huisarts in samenwerking met andere zorg- en hulpverleners.

Uitgangspunt voor het bepalen van de kerntaak preventieve zorg is het consult met de patiënt in de spreekkamer. De huisarts met het team in de huisartsenpraktijk biedt continue, persoonsgerichte zorg en zal in de loop der tijd de preventieve zorg aanpassen aan de levensfase van de patiënt. De belangrijkste taak van de huisarts hierbij is het signaleren en bespreekbaar maken van gezondheid en leefstijl en het voorkomen van (complicaties van) chronische ziekten.

### Individuele preventie is kerntaak

Bij individuele patiënten met een leefstijlgerelateerde aandoening (zoals diabetes of COPD, of symptomen die door leefstijlfactoren worden veroorzaakt, zoals hoesten bij roken) wijzen de huisarts en zijn team op het belang van een gezonde leefstijl en zelfmanagement.<sup>12</sup> De nadruk ligt op de veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de patiënt, en niet alleen op de beperkingen of de ziekte. Daarbij wordt rekening gehouden met de wensen, mogelijkheden en gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Als onderdeel van geïndiceerde of zorggerelateerde preventie verwijst de huisarts naar samenwerkingspartners voor vervolgp programma's op het gebied van leefstijl, zoals leefstijlcoaches, paramedici, aanbieders van stoppen-met-roken- of alcoholprogramma's, GGD of gemeenten.

<sup>10</sup> Ministerie van VWS. Juiste zorg op de Juiste plek. Landelijk Preventieakkoord, 2019.

<sup>11</sup> Zie voor verdere uitleg terminologie: [www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-doelgroepen-van-preventie](http://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#node-doelgroepen-van-preventie)

<sup>12</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening, 2010.

Leefstijlproblematiek hangt soms samen met psychosociale problematiek, zoals eenzaamheid, gezinsproblematiek of schulden. Vanuit de integrale persoonsgerichte werkwijze is het signaleren en bespreekbaar maken van deze psychosociale en welzijnsproblematiek een taak van de huisarts. Voor hulpverlening kan worden verwezen naar het welzijnsdomein en de gemeente. Het praktisch organiseren van niet-medische vervolgzorg gericht op deze problematiek is geen taak van de huisarts.

### Populatiegerichte preventie is geen kerntaak

Nationale preventieprogramma's, zoals griepvaccinatie, pneumokokkenvaccinatie, uitstrijkjes in het kader van bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en follow-up bij borstkankerscreening, behoren niet tot het basisaanbod en zijn geen kerntaken van de huisarts. Redenen om deze taken toch uit te voeren als aanvullend aanbod zijn dat de inbreng van de huisarts meerwaarde heeft doordat hij de context van de patiënt het beste kent, en dat de opkomst mogelijk hoger is dan bij aanbod vanuit publieke gezondheidsvoorzieningen, zoals de GGD. Deze preventieprogramma's mogen echter het basisaanbod niet in de weg staan. Een rol van de huisarts in nieuwe (nationale) preventieprogramma's is niet vanzelfsprekend.

Deelname aan de organisatie van preventieve activiteiten in de wijk of gemeente is geen kerntaak voor de individuele huisarts, maar kan – indien de huisarts meerwaarde ziet en hiervoor de tijd en middelen heeft – als aanvullend aanbod worden gerealiseerd, bijvoorbeeld vanuit de zorggroep of lokale of regionale huisartsorganisatie.

### Randvoorwaarden

- Een regionaal samenwerkingsnetwerk moet beschikbaar zijn als aanspreekpunt voor eventuele vragen en initiatieven op het gebied van preventie vanuit de wijk of gemeente.
- Gemeente en zorgverzekeraars zorgen voor voldoende aanbod en inzichtelijke, laagdrempelige toegang tot leefstijlprogramma's en vervolgzorg op psychosociaal gebied.