



Kader kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg

Het kader “*Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg*” beschrijft hoe de LHV goede toegankelijke huisartsenzorg ziet. Het kader geeft ons houvast in gesprek met huisartsen en stakeholders en geeft duidelijkheid over wat we verstaan onder huisartsenzorg.

We spreken van huisartsenzorg als aan de beroepsnormen voor kwaliteit en toegankelijkheid is voldaan, binnen de kernwaarden en kerntaken van de beroepsgroep. De LHV heeft verschillende richtlijnen, normen en kaders (hierna: richtlijnen) opgesteld die allemaal aspecten van huisartsenzorg beschrijven. Voorliggend kader bouwt voort op en verbindt deze richtlijnen (zie hiervoor de voetnoten).

Kwaliteit van zorg

In het kader beschrijven we kwaliteit van zorg op basis van de vier kernwaarden van de huisartsenzorg: persoonsgericht, medisch-generalistisch, gezamenlijk en continu. De vier kernwaarden samen zijn het fundament van de huisartsenzorg.

- *Persoonsgericht*

Huisartsenzorg is persoonsgerichte zorg en dat is in de basis zorg in persoon. Digitale zorg is mogelijk als aanvulling op de fysieke zorg, binnen een bestaande arts-patiëntrelatie. Een gesprek in persoon in de spreekkamer biedt patiënten de vertrouwelijkheid om andere zaken te bespreken die van invloed kunnen zijn op klachten, zoals financiële zorgen. Ook kunnen huisartsen de patiënt daadwerkelijk zien: de mens die last heeft van de klacht en er op zijn eigen manier mee om gaat.

Het kennen van de patiënt is de manier om een vertrouwensband op te bouwen. Door de vertrouwensband, kennis over de levensloop van patiënten en persoonlijke context, kan een huisarts de hulp richten op de persoon. Op die manier kan hij beter kan inschatten wanneer snel handelen geboden is of kan opmerken wanneer een patiënt zichzelf niet is¹. Onderzoek wijst uit dat persoonlijke continuïteit van huisartsgeneeskundige zorg leidt tot kwalitatief betere zorg: minder sterfte, snellere herkenning van zieken en grotere therapietrouw^{2,3,4}. Dit vraagt voor iedereen een huisarts in de eigen wijk⁵.

- *Medisch-generalistisch*

Huisartsen verhelderen en beoordelen klachten, problemen en vragen van velerlei aard vanuit een medisch perspectief. Bij diagnostiek en beleid hebben huisartsen een holistische blik: het betrekken van de voorgeschiedenis, omstandigheden en context van de patiënt, zoals werk of gezin, en de persoonlijke wensen, verwachtingen en voorkeuren⁶.

Huisartsen hebben een generalistische functie. Generalisme is de kracht van huisartsen ten opzichte van specialisatie en taakdifferentiatie. Huisartsen hoeven niet zelf op alle gebieden deskundig te zijn en hulp te verlenen. Het is belangrijk dat zij tijdig en laagdrempelig patiënten kunnen doorverwijzen naar andere zorgverleners (zie ‘Gezamenlijk’)⁷.



De 'Kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg'⁸ geven in grote lijnen weer welke zorg huisartsen bieden. Het 'aanbod huisartsgeneeskundige zorg' geeft specifiekere informatie over welke zorg binnen het basisaanbod past⁹.

- *Gezamenlijk*

Samen met hun patiënten bepalen huisartsen wat passende zorg is. Zorg die aansluit op de behoeften van een bepaalde patiënt in een bepaalde situatie en aangeboden in de passende vorm (digitaal of fysiek). Bij het kiezen van deze passende zorg is de medische indicatie leidend.

Huisartsenzorg is teamsport: een vast team van huisartsen en ondersteunend personeel werkt samen in een praktijk en draagt zorg voor goede en passende medische zorg. Zij zijn verbonden met en verantwoordelijk voor de ingeschreven patiënten in de praktijk die gesitueerd is in de wijk.

Huisartsen zorgen ervoor dat zij bevoegd en bekwaam zijn om medische zorg te verlenen. Dit doen zij onder meer door nascholingen te volgen en voldoende uren te werken als huisarts, waarmee zij zich kunnen herregistreren. Samen met de beroepsgroep bevorderen huisartsen de kwaliteit van de huisartsenzorg¹⁰. Voor het ondersteunend personeel zijn er vergelijkbare beroepsnormen voor de herregistratie.

Huisartsen werken als medisch-generalist samen met andere zorg- en hulpverleners om gemeenschappelijk de benodigde zorg of ondersteuning te bieden. De huisartsenpraktijk is in de wijk, gemeente en regio ingebed. Dit betekent dat huisartsen de andere (eerstelijns)zorgverleners in de wijk en uit het dichtstbijzijnde ziekenhuis kennen en kunnen inschakelen. Huisartsen weten laagdrempelig de GGD te vinden, maar ook het buurtteam en maatschappelijk werk. Door kennis van de contactpersonen in de wijk en de regio, zijn er korte lijnen, kan er tijdig worden geschakeld en gericht worden verwezen naar plaatselijke zorg en hulpverlening¹¹. Daarnaast voorkomt dit ook het medicaliseren van sociale of maatschappelijke problemen die een fysiek effect hebben (bijvoorbeeld stress door schulden).

Voor praktijk overstijgende vraagstukken, worden huisartsen ondersteund door een regionale organisatie. Deze kan ook als aanspreekpunt voor de huisartsen fungeren, bijvoorbeeld voor overleg met gemeenten (zie ook onder 'Toegankelijkheid van zorg') en voor samenwerkingsafspraken (denk aan verwijzing, ontslag, overdracht).

- *Continu*

Huisartsen en hun vaste team kennen de patiënten en streven naar langdurige arts-patiënt relaties gedurende meerdere substantiële periodes van ziekte in het leven van patiënten¹². Vertrouwen groeit immers met de jaren. Het kennen van de patiënt zorgt voor meer begrip en helpt het huisartsteam om passende zorg te bieden, onder meer omdat het netwerk om de patiënt heen al bekend is¹³. Zo voelen patiënten zich veilig om te praten over overspannenheid, fricties thuis of moeite met opvoeden. Uit onderzoek blijkt dat een bestaande arts-patiënt relatie belangrijk is voor effectieve inzet van het e-consult, het videoconsult en voor telemonitoring in de huisartsenzorg¹⁴.



Om dit te kunnen waarmaken, is het belangrijk dat een huisarts een passend aantal patiënten heeft. Voor een normpraktijk (1FTE huisarts) rekent de NZa met een 2095 ingeschreven patiënten. Gezien de druk op de huisartsenpraktijk en de wens tot het hebben van meer tijd voor de patiënt, is een kleiner aantal patiënten vaak wenselijk.

Huisartsen houden overzicht op de medische zorg die hun patiënten ontvangen en voeren waar nodig de regie. Hiertoe gebruiken zij doorgaans een HIS, waarin wordt bijgehouden welke klachten een patiënt heeft en welke behandelingen daarop zijn ingezet, of welke verwijzing is gemaakt. In geval van spoed heeft de dienstdoende arts op de huisartsenpost goede toegang tot de meest actuele informatie. In het dossier staan: objectieve medische gegevens, zoals de gemeten bloeddruk maar ook subjectieve gegevens zoals de pijnbeleving van de patiënt. Als de patiënt weer bij de vaste huisarts op consult komt, gebruikt de huisarts deze informatie in voorbereiding op het consult en zet ook de eigen kennis van de patiënt in het systeem. Bijvoorbeeld woonomstandigheden, opleiding, met baan of werkloos. Die kennis is van grote waarde om de klachten goed te kunnen inschatten en niet te medicaliseren, wanneer een probleem een andere oorzaak heeft.

Voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden is spoedeisende huisartsenzorg 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar. Dit vraagt om goede organisatie van ANW zorg, want het is niet werkbaar om zelf 24/7 zorg te leveren. Binnen de praktijkuren moet de continuïteit en bereikbaarheid zijn geborgd¹⁵.

Toegankelijkheid van zorg

De huisartsenzorg is voor de meeste mensen de eerste toegang tot de zorg. Toegang tot de zorg moet daarom gemakkelijk en laagdrempelig zijn. In lijn met de kernwaarden van de huisartsenzorg (zie 'Persoonlijk') betekent dit dat fysieke zorg de basis is, de relatie tussen arts en patiënt langdurig is en iedereen een huisarts in de wijk heeft.

- Fysieke zorg is de basis

Fysieke zorg is de basis van huisartsenzorg. Digitale zorg, geleverd vanuit de huisartsenpraktijk, kan een waardevolle ondersteuning en aanvulling zijn voor het huisartsteam en patiënten. Denk aan de mogelijkheid voor patiënten om op een eigen gekozen moment online een afspraak bij de huisarts te maken. Of een e-consult waarbij de patiënt snel en direct antwoord krijgt op een korte vraag.

Onderzoek laat zien dat digitale toepassingen in de huisartsenzorg vooral een aanvullende waarde hebben binnen een bestaande huisarts-patiënt relatie¹⁶. Daarnaast hebben digitale consulten ook nadelen, zoals de onmogelijkheid van lichamelijk onderzoek, zien hoe een patiënt de spreekkamer in loopt en non-verbale communicatie is lastiger. Ook blijkt dat digitale zorg niet arbeidsbesparend is, in tegenstelling tot hoe er vaak over gedacht wordt¹⁷. Voor veel patiënten is het ook niet vanzelfsprekend om gebruik te maken van digitale zorgtoepassingen, bijvoorbeeld door lage gezondheidsvaardigheden¹⁸.

Gezien het bovenstaande, is het van belang dat er altijd een mogelijkheid is om - zo nodig - fysieke huisartsenzorg binnen de eigen praktijk te bieden.



- *Langdurige vaste arts-patiënt relatie*

Een langdurige vaste huisarts-patiënt relatie is van grote waarde. Zo blijkt uit onderzoek dat deze vaste relatie leidt tot betere zorguitkomsten¹⁹ onder meer door snellere herkenning van ziekten, meer zorg op maat en minder overdiagnostiek en verwijzingen²⁰.

Veel spreekuurtijd wordt besteed aan patiënten met langdurige klachten of een chronische aandoening²¹. Een vaste huisarts in een langdurig ziekteproces geeft houvast in tijden van onzekerheid. Patiënten waarderen een duurzame relatie met de zorgverleners in de huisartsenpraktijk: huisarts²² en ondersteunend personeel. Zo ziet de POH chronische diabetespatiënten periodiek en meet de doktersassistente regelmatig de bloeddruk van bepaalde patiënten. Ook huisartsen geven aan zich graag meerjarig te binden aan een patiëntenpopulatie²³. Als een patiënt snel op het spreekuur gezien wil worden, is een pragmatische keuze voor de niet-vaste huisarts ook mogelijk.

- *Iedereen een huisarts in de eigen wijk*

Huisartsen zijn gevestigd in de wijk met een streefwaarde van 15 minuten aanrijdtijd bij spoed²⁴. Doordat een praktijk in de wijk is gevestigd kunnen patiënten er laagdrempelig terecht, ook met de kinderwagen of rollator. Bij het vermoeden van een longontsteking kan dan de eigen huisarts de longen beluisteren, eventueel een week later opnieuw en beoordelen of er vooruitgang of verslechtering is. Door de combinatie van expertise, ervaring en het kennen van de patiënt en zijn omgeving, kan de eigen huisarts klachten van zijn patiënten plaatsen en passend handelen.

Naast toegankelijkheid is inbedding van de huisartsenpraktijk in de wijk ook van belang voor de kwaliteit van zorg en verwijzingen. De in de wijk gevestigde huisarts heeft immers een goed beeld van de lokale gezondheidsproblemen en risicogroepen. Door inzicht in de lokale context kan de huisarts gericht inspelen op de persoonlijke problemen en tijdig doorverwijzen indien nodig²⁵.

Om continuïteit te bieden, zijn patiënten ingeschreven bij een huisarts in een huisartsenpraktijk. Wanneer huisartsenzorg enkel digitaal beschikbaar is en de patiënt bij uitzondering in persoon wordt gezien, valt continuïteit en contextkennis over de patiënt weg doordat ze al snel door verschillende huisartsen worden gezien²⁶. De laagdrempeligheid van de huisartsenzorg vervalt en uit onderzoek weten we dat dat patiënten vaker de spoedeisende hulp bezoeken als de huisarts niet laagdrempelig toegankelijk is²⁷.

De kenmerken van het basisaanbod en extra aanbod gedurende reguliere openingstijden zijn te vinden in het aanbod huisartsgeneeskundige zorg²⁸.



-
- ¹ RVS (2023). De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
 - ² Hogne S, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* 72, no. 715 (2022): e84-e90.
 - ³ Baker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data *BMJ* 2017; 356: j84 doi:10.1136/bmj
 - ⁴ Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ open*. 2018 Jun 1;8(6):e021161.
 - ⁵ RVS (2023). De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
 - ⁶ Zie: <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/kerntaken-in-de-praktijk/#toggle-id-15>
 - ⁷ RVS (2023). De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
 - ⁸ [Kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg](#)
 - ⁹ [Basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg](#)
 - ¹⁰ [Kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg](#)
 - ¹¹ RVS (2023). De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
 - ¹² WONCA Europa (2011). The European definition of general practice/family medicine (woncaeuropa.org). World Organization of Family Doctors, Europe.
 - ¹³ Pereira Gray D, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans P. Improving continuity: THE clinical challenge. *InnovAiT*. 2016;9(10):635-645. doi:10.1177/1755738016654504
 - ¹⁴ van der Burg L, Bruinsma J, Crutzen R, Cals J. Onderzoek naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg: e-consult, videoconsult, telemonitoring en digitale zelftriage. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2023
 - ¹⁵ [LHV-richtlijn: Bereikbaarheid en beschikbaarheid](#)
 - ¹⁶ van der Burg L, Bruinsma J, Crutzen R, Cals J. Onderzoek naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg: e-consult, videoconsult, telemonitoring en digitale zelftriage. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2023
 - ¹⁷ RVS (2023). De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.



-
- ¹⁸ Pharos. Digitale vaardigheden. [Factsheet](#)
- ¹⁹ Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ open*. 2018 Jun 1;8(6):e021161.
- ²⁰ Opstelten, W., J.W.L. Cals en H.E. van der Horst (2019). Continuïteit van de huisartsenzorg. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2019;163:D3502.
- ²¹ Heins M, Bes J, Weesie Y, Davids R, Winckers M, Korteweg L, Hellwich M, van Dijk L, Knottnerus B, Overbeek L, Hasselaar J, Hek K, Vanhommerig J. [Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022](#). Utrecht: Nivel, 2023. 175p.
- ²² Patiëntenfederatie (2021). *Patientenmonitor*. [Link](#)
- ²³ LHV (2021). Het gewenste carrièrepad van huisartsen. [Factsheet](#)
- ²⁴ [LHV-richtlijn: Bereikbaarheid en beschikbaarheid](#)
- ²⁵ RVS (2023). *De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- ²⁶ [Kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg](#)
- ²⁷ Berg, M.J. van den, T. van Loenen en G.P. Westert (2015). 'Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use.' In: *Family practice* 2015; 33(1), p. 42-50.
- ²⁸ [Basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg](#)