

Hoe denken huisartsen over de kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde?

Jettie Bont, Otto Maarsingh, Kees Kraaijeveld, Henriëtte van der Horst

Sinds de Woudschotenconferentie in 1959 zijn zowel de huisartsgeneeskundige zorg als de samenstelling van de beroepsgroep drastisch veranderd. Bij de herijking op de tweede Woudschotenconferentie in 2019 bleken de destijds geformuleerde kernwaarden en kerntaken weinig aan zeggingskracht hebben ingeboet. Blijkens de enquête die de herijking voorbereidde, zijn huisartsen het nog altijd eens over de kernwaarden, maar verschillen in de opvattingen over kerntaken maken voortgaande heroriëntatie op de organisatie van de huisartsenzorg noodzakelijk.

Ter voorbereiding op de herijking van kernwaarden en kerntaken tijdens de tweede Woudschotenconferentie van januari 2019 vroegen we in 2018 huisartsen en huisartsen in opleiding om hun mening te geven over de kernwaarden en -taken van het beroep. Uit een veldverkenning onder ruim 1300 huisartsen kwamen vragen over welke taken wel of niet als huisartsgeneeskundige kerntaak gezien moeten worden. Deze vragen legden we voor in de enquête.

Opvattingen over wat wel en niet een kerntaak is, hebben

waarschijnlijk te maken met veranderingen in de zorg door bijvoorbeeld verschuiving naar de eerste lijn en dubbele vergrijzing. De toegenomen zorgvraag dwingt ons tot een bezinning op welke zorg wij als huisartsen kunnen en moeten leveren, en welke zorg beter door anderen geleverd kan worden. Maar ook de veranderde samenstelling van de beroepsgroep dwingt tot nadere exploratie. Denkt de jonge generatie van aios en waarnemers anders over het vak dan de langer gevestigde huisarts?

Deze enquête was de een-na-laatste stap in het herijkingsproces waarvan de resultaten op 21 januari 2019 tijdens de conferentie in Woudschoten werden gepresenteerd [**kader**].¹ De overige stappen zijn eerder in dit blad gepubliceerd.^{2,3} In dit artikel beschrijven we hoe de enquête tot stand kwam en wat de opbrengst was. Daarbij concentreren we ons op de thema's waarover de respondenten uitgesproken verdeeld dan wel eensgezind waren.

METHODE

De enquête werd ontwikkeld door De Argumentenfabriek in samenwerking met een zo heterogeen en representatief mogelijk samengestelde inhoudelijke commissie. Drie auteurs (JB, OM en HvdH) maakten deel uit van deze commissie. Aan de basis lag een veldverkenning (zie [**kader**]) waarin ruim 1300 huisartsen en aios groepsgewijs discussieerden over een of meer van in totaal 12 thema's. De discussies werden gevoerd aan de hand van argumentenkaarten waarin het erom ging voor wie de huisarts werkt (de eigen patiënten of de hele bevolking) en door wie de



Huisartsen zijn het over veel kerntaken eens, maar er is minder overeenstemming over ANW-zorg, terminaal-palliatieve zorg en beschikbaarheid.

Foto: Margot Scheerder

WAT IS BEKEND?

- Veranderingen in het zorgstelsel en de toenemende zorgvraag door de dubbele vergrijzing dwingen tot bezinning op welke zorg huisartsen kunnen en moeten leveren.
- De samenstelling van de beroepsgroep verandert, en ook dat dwingt tot nadere exploratie van kernwaarden en kerntaken.

WAT IS NIEUW?

- Er is meer overeenstemming over welke taken wél tot de kerntaken van de huisarts behoren dan over welke taken daar niet toe behoren.
- De meeste steun krijgen kernwaarden zoals 'persoonsgericht', 'goede medische zorg', 'generalistisch', 'gebalanceerd', 'betrokken', 'continu' en 'laagdrempelig'.
- Het minst tot de kerntaken gerekend worden sociale problematiek, primaire populatiegerichte preventie, reguliere zorg buiten kantooruren, het terugdringen van gezondheidsachterstanden in wijk of dorp en adviezen over gezondheid en leefstijl.
- De minste overeenstemming bestaat er over de ANW-zorg, de terminaal-palliatieve zorg en de beschikbaarheid op minimaal drie dagen van de week.

taak wordt uitgevoerd (de huisarts zelf of een zorgverlener uit het sociaal-medisch netwerk). Telkens 3 antwoordscenario's vertegenwoordigden de 'traditionele opvatting' (optie A), de 'huidige opvatting' (optie B) en de 'trendvolgende opvatting' (optie C) [figuur 1].

De Argumentenfabriek sloeg de antwoorden uit de veldverkenning op in een database en keek in een kwantitatieve analyse of verschillende soorten huisartsen, zoals praktijkhouders, huisartsen in loondienst, waarnemers, aios of niet-praktiserende huisartsen, ook verschillende antwoorden gaven. De inhoudelijke commissie heeft vervolgens op basis van aanvullende kwalitatieve informatie uit de database vastgesteld welke vraagstukken c.q. dilemma's extra getoetst zouden moeten worden. Criteria voor de aanvullende toetsing waren:

- relevantie (welke thema's kozen huisartsen het meest tijdens de denksessies?)
- diversiteit (welke thema's zorgden voor veel discussie?)
- noodzaak tot verduidelijking (bij welke thema's c.q. antwoordopties was de opbrengst onvoldoende conclusief?)

De resulterende vragen en dilemma's zijn door de Argumentenfabriek in een iteratief proces met input van de inhoudelijke commissie verwerkt tot een enquête met in totaal 21 vragen [appendix].

De enquête bevatte 21 vragen die de respondenten in ongeveer 10 minuten online konden invullen. De vragen waren verdeeld

PROCES HERIJKING KERNWAARDEN

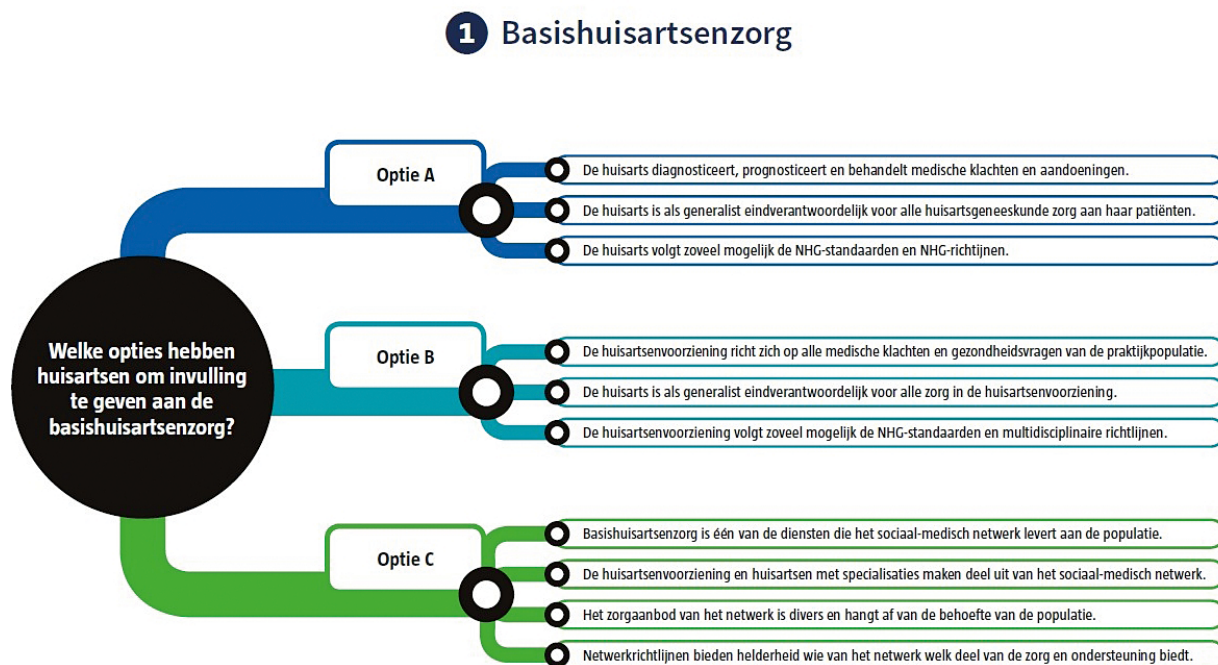
- **Inhoudelijke voorbereiding** Een divers samengestelde inhoudelijke commissie inventariseerde welke knelpunten huisartsen ervaren bij de uitvoering van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Tevens inventariseerden zij welke interne en externe trends relevant zijn bij de herijking van de kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde. Dit leidde tot 12 actuele thema's.²
- **Veldverkenning** Aan de hand van deze 12 thema's werden in augustus en september 2018 onder leiding van De Argumentenfabriek 70 denksessies gehouden met meer dan 1000 huisartsen en aios in het hele land.⁴ Kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten werden opgeslagen in een database.

- **Enquête** Op basis van de gegevens uit de database bepaalde de inhoudelijke commissie, samen met De Argumentenfabriek, voor elk van de 12 thema's over welke dilemma's de beroepsgroep zich zou moeten uitspreken. Dit vormde de basis voor een online enquête.
- **Herijking** De uitkomsten van de denksessies en de online enquête werden gebruikt om te komen tot een voorlopige herijking van de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg. Deze voorlopige herijking werd definitief gemaakt in een iteratief proces, gefaciliteerd door De Argumentenfabriek en met nauwe betrokkenheid van de stuurgroep waaraan de 8 Nederlandse huisartsenorganisaties deelnamen die het initiatief tot de herijking genomen hadden: Het Roer Moet Om, InEen, IOH, LHOV, LHV [inclusief afdeling Wadi], LOVAH, NHG en VPH.²



Figuur 1

Voorbeeld van de veldverkenning: argumentenkaart van het thema Basiszorg

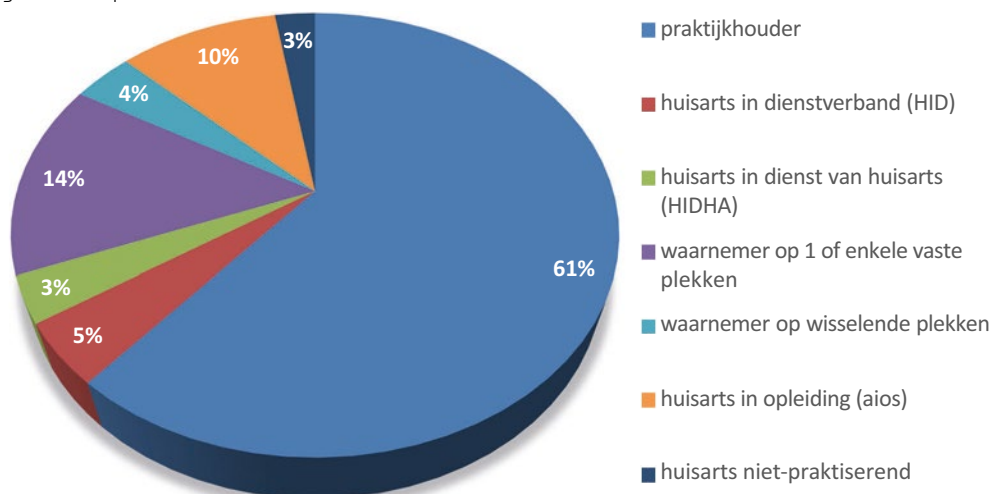


over 3 onderwerpen. Het eerste onderwerp, kernwaarden, startte met een puntenverdeelvraag waarin de respondent 10 punten kon verdelen over maximaal 5 uit een lijst van 19 waarden die de essentie van de huisartsgeneeskunde weergeven. Hierna volgde een open vraag waarin de respondent een kernwaarde kon toevoegen. Het tweede onderwerp, kerntaken, startte met een multiresponsvraag waarin de respondent maximaal 3 uit 10 taken moest kiezen die hij niet tot de kerntaken van de huisarts zou willen rekenen, gevolgd door een open vraag waarin de respondent een taak kon toevoegen die hij niet als kerntaak beschouwde. Daarna volgden 11 single-responsvragen over de in-

vulling van de kerntaken. De laatste 6 vragen waren meerkeuzevragen over kenmerken van de respondent zoals demografische gegevens, omvang van de aanstelling, praktijkvorm enzovoort. De 8 organisaties die het initiatief namen tot de herijking (zie [kader]) zetten in oktober 2018 een hyperlink naar de enquête op hun websites. Daarnaast stuurden LHV, NHG, LOVAH en de huisartsenopleidingen hun leden en aios op 23 oktober 2018 een e-mail met de hyperlink. De online enquête sloot op 4 november 2018. Elk respondent kon de enquête slechts 1 keer invullen. De beschrijvende analyses voerden we uit met Microsoft Excel en SPSS 22.0.

Figuur 2

Verschillende categorieën respondenten



Kernwaarden & kerntaken

Kernwaarden die de essentie van uw vak vormen: alle respondenten

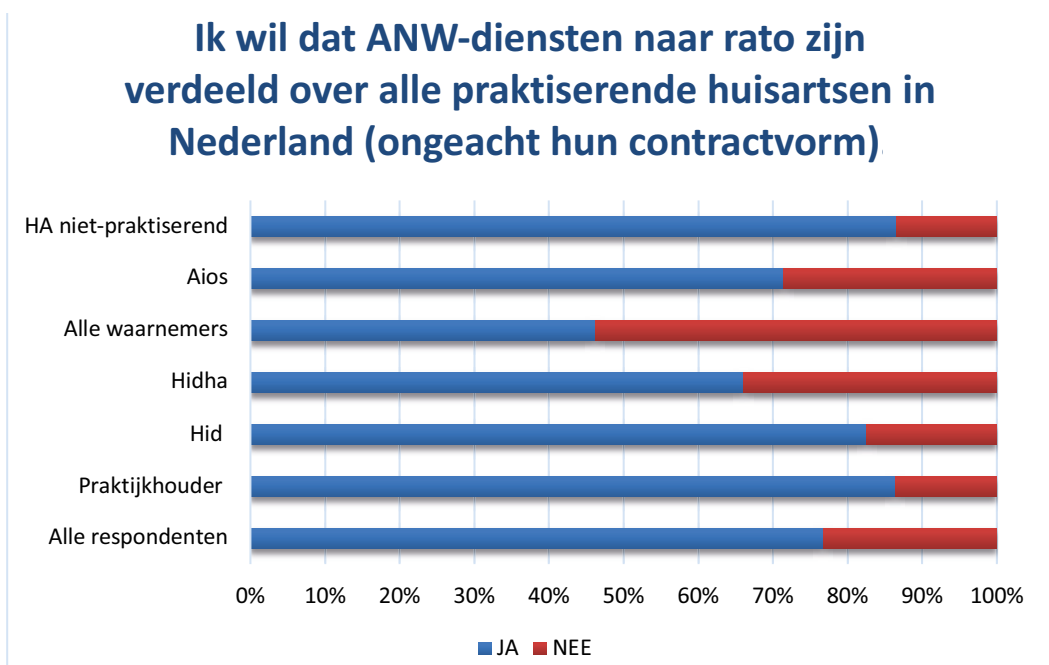


Taken die u NIET tot uw kerntaken rekent: alle respondenten



Figuur 3

Verdeling van ANW-diensten



RESULTATEN

Respons

De enquête werd ingevuld door 3452 huisartsen en aios. Van de huisartsen die de enquête invulden was 61% praktijkhouder [figuur 2]. Aangenomen dat alle huisartsen de uitnodiging ontvangen en gezien hebben, was de geschatte respons onder huisartsen 25% en onder aios 16%. Van alle respondenten was 45% man, 14% was korter dan 5 jaar geregistreerd als huisarts en 32% langer dan 20 jaar, 7% was minder dan 24 uur per week werkzaam als huisarts en 38% meer dan 40 uur.

Kernwaarden

De respondenten gaven gemiddeld de meeste punten aan 'persoonsgericht', 'medisch (goede medische zorg)', 'generalistisch', 'gebalanceerd', 'betrokken', 'continu' en 'laagdrempelig' [infographic]. De verschillende categorieën huisartsen verschilden hierin opvallend weinig. Huisartsen in dienstverband kozen beduidend vaker dan de overigen voor de kernwaarde 'coöperatief' en praktijkhouders kozen vaker voor de kernwaarde 'eindverantwoordelijk'.

Taken die niet als kerntaken worden gezien

Uit de veldverkenning kwam naar voren dat er meer overeenstemming was over welke taken wél tot de kerntaken van de huisarts behoren dan over welke taken daar niet toe behoren. Om die bevinding te toetsen was in de enquête juist over dit laatste aspect een vraag opgenomen: welke taken rekenden de respondenten niet tot hun kerntaak? [infographic].

Het meest werd genoemd dat huisartsen niet het eerste aanspreekpunt wilden zijn voor mensen met vragen over sociale problematiek. Als tweede noemden respondenten primaire

populatiegerichte preventie en daarna in afnemende volgorde reguliere huisartsenzorg buiten kantooruren, bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden in wijk of dorp en adviseren over gezondheid en leefstijl tijdens alle consulten. Ook bij deze vraag was er weinig variatie in antwoorden tussen de verschillende groepen respondenten.

Eensgezindheid

Over een aantal stellingen in de enquête bestond grote eensgezindheid. Meer dan 85% van de respondenten was het eens met de volgende stellingen:

- 'Patiënten moeten een langdurige relatie kunnen opbouwen met 1 of 2 vaste huisartsen.'
- 'Reguliere huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren moet alleen beschikbaar zijn voor vragen die vanuit medisch perspectief niet tot de eerstvolgende werkdag kunnen wachten.'
- 'Huisartsen willen zich meerjarig verbinden aan hun patiëntenpopulatie.'
- 'Huisartsen willen niet verantwoordelijk zijn voor primaire (universele) preventieactiviteiten voor de populatie van hun wijk of dorp.'

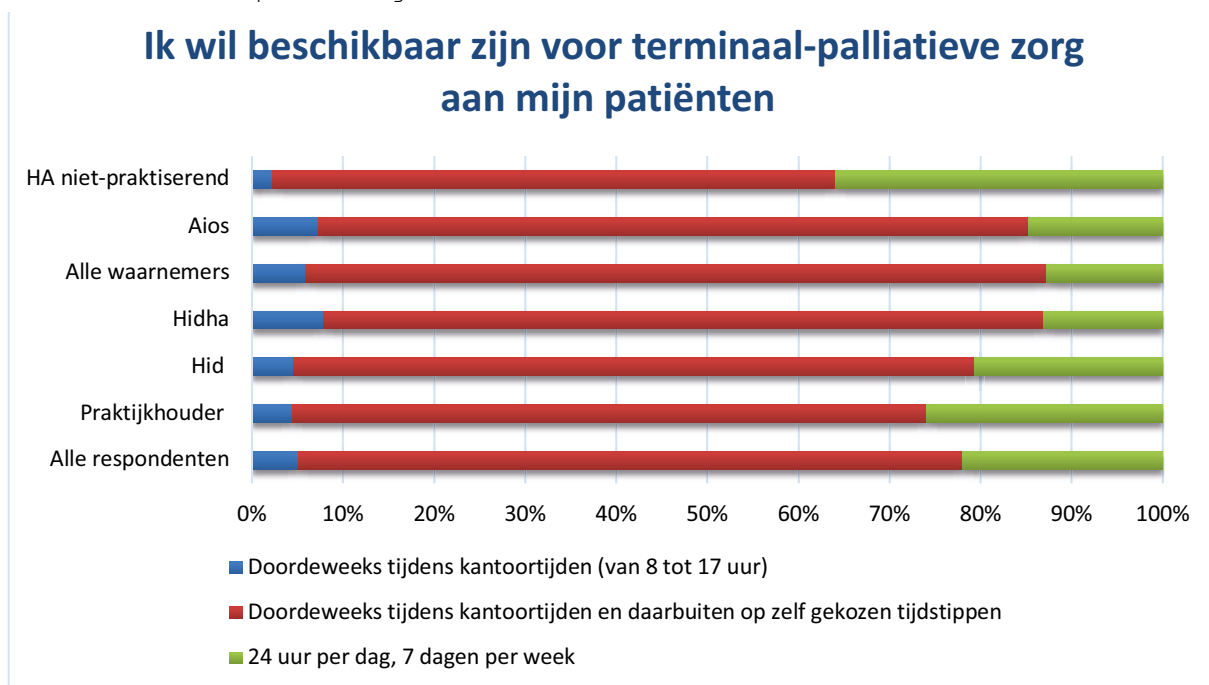
Verschillen tussen categorieën huisartsen

De stelling dat ANW-diensten naar rato zouden moeten worden verdeeld onder alle praktiserende huisartsen in plaats van alleen onder praktijkhouders kon rekenen op bijval van 86% van de praktijkhouders, 83% van de huisartsen in dienstverband en 46% van de waarnemers [figuur 3].

De meerderheid van de respondenten gaf aan dat zij buiten kantooruren op een zelf gekozen tijdstip beschikbaar waren

Figuur 4

Beschikbaarheid voor terminaal-palliatieve zorg



voor terminaal-palliatieve zorg. Een minderheid gaf aan dat zij 24/7 beschikbaar waren; van de praktijkhouders was dat een vierde, van de niet-praktiserende huisartsen een derde en van de waarnemers, hidha's en aios een zevende [figuur 4]. Meer dan driekwart van de praktijkhouders, hidha's, aios en niet-praktiserende huisartsen onderschreef de stelling 'Ik vind dat patiënten moeten kunnen rekenen op een huisarts die minimaal 3 dagen per week beschikbaar is.' Bij de waarnemers gold dit voor 64% en bij de hidha's voor 58% [figuur 5].

Verdeeldheid binnen de beroepsgroep

Over sommige onderwerpen was de beroepsgroep als geheel verdeeld; ongeacht beroeps categorie was 40-60% het eens met de voorgelegde stelling en een ongeveer even groot deel niet. Het ging om de volgende stellingen.

- 'Ik wil uitsluitend verantwoordelijk zijn voor het beleid bij hulpvragen die op het medische domein liggen.' (50% eens)
- 'Ik ben verantwoordelijk voor een actueel overzicht van alle medische behandelingen die mijn patiënten ondergaan.' (56% eens)
- 'Ik wil als huisarts de gezondheidsvaardigheden in mijn wijk of dorp vergroten.' (51% eens)
- 'Ik wil als huisarts maatschappelijke problemen in mijn wijk of dorp signaleren en melden.' (57% eens)
- 'Ik wil als huisarts structureel meedoen aan wetenschappelijk onderzoek dat huisartsgeneeskundig relevant is.' (46% eens)

BESCHOUWING

Voor zover bekend is dit het eerste grootschalige onderzoek naar de opvattingen van huisartsen over de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg. Een zoekopdracht in Pub-

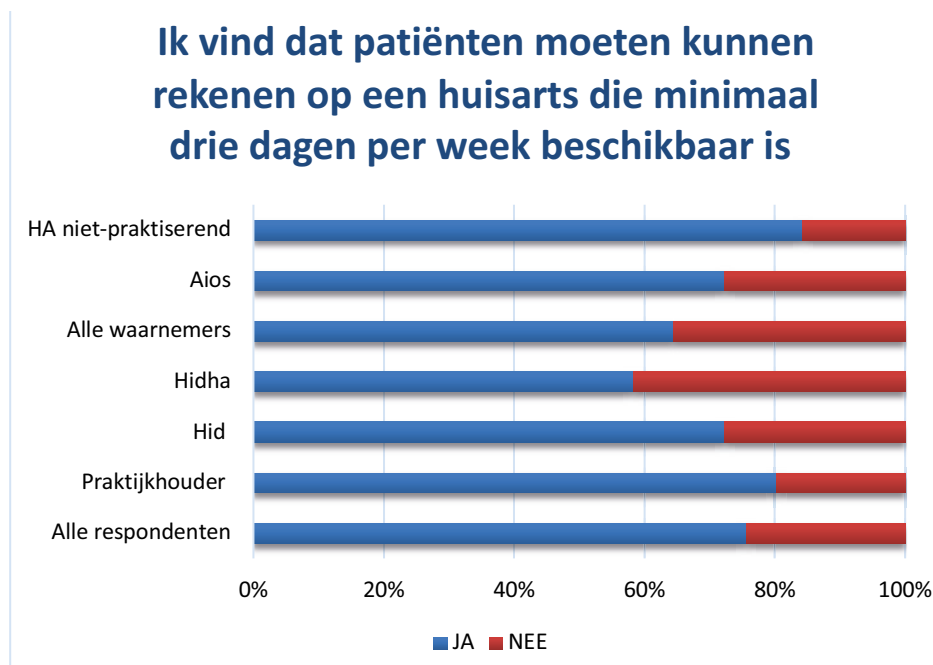
Med met de termen ('(general practice[MesH] OR primary care[MesH]) AND (core task*[tw] OR core value*[tw])') leverde geen vergelijkbare, grootschalige raadpleging van de beroepsgroep op. Wij vonden overwegend opiniërende artikelen en kleinschalig kwalitatief onderzoek. Onderzoekers die daadwerkelijk de beroepsgroep raadpleegden, richtten zich op een selectie van kernwaarden. In veel artikelen ging het met name om persoonlijke continuïteit als kernwaarde van de huisartsenzorg. We vonden nauwelijks onderzoek naar de opvattingen van huisartsen over hun kerntaken.

Continuïteit als belangrijke kernwaarde

Ook uit onze enquête komt naar voren dat huisartsen veel gewicht toekennen aan persoonlijke continuïteit. De kernwaarden 'persoonsgericht' en 'continu' krijgen hoge scores en haast alle respondenten vinden het hebben van een vertrouwensrelatie en het zich langdurig verbinden aan hun populatie zeer waardevol. Voor deze door huisartsen hooggewaardeerde kernwaarde komt ook steeds meer wetenschappelijke onderbouwing: persoonlijke continuïteit heeft een aantoonbaar positief effect op de arts-patiëntrelatie, patiënttevredenheid, ziekenhuisopnames, zorgkosten en sterfte.⁵⁻⁹ Tegelijkertijd komt de persoonlijke continuïteit steeds meer onder druk te staan, want patiënten en dokters worden mobieler, solopraktijken worden zeldzamer, huisartsen werken vaker parttime, organiseren zich in steeds grotere centra enzovoort. De daadwerkelijke operationalisatie van continuïteit van zorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk wordt steeds meer een uitdaging. Dit vraagt om herinrichting van de huisartsenzorg, een proactieve heroriëntatie waarbij alle stakeholders (patiënten, huisartsen, ondersteunend personeel, zorgverzekeraars, onderzoekers) betrokken worden.

Figuur 5

Beschikbaarheid per week



Overeenstemming over taakopvattingen

Bijna alle respondenten deelden de taakopvatting dat huisartsenzorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende werkdag beschikbaar moet blijven tijdens ANW-uren. Maar we weten dat er zeer wisselend gedacht wordt over het behoud van de verplichte spoedzorg door huisartsen.¹⁰ In het uiterste geval zou Nederland kunnen kiezen voor een systeem waarin niet meer elke huisarts de ANW-zorg doet – zoals dat sinds 2004 in het Verenigd Koninkrijk het geval is. Dit zal de komende jaren vast en zeker onderwerp van discussie blijven.

Opvallend eensgezind waren de respondenten over primaire (universele) preventie in hun wijk of dorp: een groot deel van hen wil daar niet verantwoordelijk voor zijn.

Opmerkelijk was verder de grote overeenstemming tussen aios en praktijkhouders over taakopvattingen. Een dergelijke eensgezindheid – met betrekking tot het thema ‘continuïteit’ – werd in 2004 ook al geconstateerd.¹¹

Verdeeldheid over taakopvattingen

De respondenten verschilden van mening over een aantal thema's. Vooral praktijkhouders vinden dat alle categorieën huisartsen ANW-diensten toebedeeld zouden moeten krijgen naar rato van de omvang van de aanstelling, terwijl met name de waarnemers dat niet vinden. Dit thema verdient nadere verkenning in de beroepsgroep.

Ook verschillen de meningen over de 24/7 beschikbaarheid voor patiënten die terminaal-palliatieve zorg nodig hebben. De *Richtlijn palliatieve zorg* van Pallialine adviseert in het algemeen afspraken te maken over de continuïteit van zorg, terwijl het *NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg* stelt dat de huisarts zelf de palliatieve zorg levert, zeker in de termi-

nale fase.^{12,13} Ook hier zal de beroepsgroep dus opnieuw naar moeten kijken, zeker in het licht van de dubbele vergrijzing. Dat de huisarts minimaal 3 dagen per week beschikbaar is, was een duidelijk uitgangspunt in de *Toekomstvisie huisartsenzorg 2022*.¹⁴ In onze enquête blijken de meningen echter verdeeld, wat des te opvallender is omdat bijna alle huisartsen continuïteit van zorg nog steeds als kernwaarde omarmen.

Sterke punten en beperkingen

Deze enquête onder huisartsen en aios is tot stand gekomen na een gedegen inhoudelijke voorbereiding en op basis van 70 denksessies met meer dan 1000 personen. De respons van ongeveer 25% onder huisartsen en 16% onder aios was helaas vrij laag. Dat komt mogelijk door de uitgebreide kernwaardendiscussies waar veel huisartsen en aios al aan deelgenomen hadden. Ook kregen we signalen van aios dat ze geen uitnodiging voor de enquête hadden ontvangen. We hebben dat niet verder uitgezocht, maar het zou de lage respons onder aios kunnen verklaren.

De vraag is in hoeverre onze resultaten generaliseerbaar zijn. Het is denkbaar dat huisartsen die de enquête niet invulden andere antwoorden zouden hebben gegeven, maar het pleit voor de representativiteit van onze respondentengroep dat alle categorieën huisartsen voldoende vertegenwoordigd waren. Die verdeling komt ruwweg overeen met cijfers van het Nivel volgens welke 66% praktijkhouder of hidha is (onze populatie 66%) en 19% werkt als hidha of vaste waarnemer (onze populatie 17%).¹⁵ Helaas zijn onze gegevens met betrekking tot leeftijdsverdeling, praktijkervaring en regionale verdeling niet goed vergelijkbaar met die van het Nivel, dus kunnen we geen uitspraak doen over de representativiteit op deze gebieden.

De selectie van vragen in de enquête kan aan bias onderhevig zijn geweest. We hebben de kans op vertekening of ongewenste beïnvloeding proberen te beperken door de procesbegeleiding neer te leggen bij een onafhankelijke organisatie (De Argumentenfabriek) en door zo veel mogelijk verschillende soorten huisartsen te laten deelnemen in de inhoudelijke commissie.

CONCLUSIE

Nederlandse huisartsen en aios lijken het eens te zijn over een aantal belangrijke kernwaarden van de huisartsgeneeskunde, namelijk 'persoonsgericht', 'medisch', 'generalistisch', 'betrokken', 'laagdrempelig' en 'continu'. De operationalisatie van deze kernwaarden is door alle veranderingen in de zorg en de beroepsgroep echter niet vanzelfsprekend, en vooral 'continu'.

In de veldverkenning die voorafging aan de enquête bleek dat men eensgezind was over verschillende kerntaken, maar de enquête zelf laat zien dat er over een aantal kerntaken minder overeenstemming is. Het gaat dan om de inrichting en uitvoering van de ANW-zorg, de terminaal-palliatieve zorg en de beschikbaarheid op minimaal 3 dagen van de week. Zowel de kernwaarden als de kerntaken vragen om een verdere heroriëntatie op de organisatie van de huisartsenzorg. ■

LITERATUUR

1. Huisartsen stellen samen vast: dit is waar we voor staan. Utrecht: NHG/LHV/VPHuisartsen/Ineen, 2019. <https://toekomsthuisartsenzorg.nl>, geraadpleegd februari 2020.
2. Van der Horst H, Dijkstra R. Woudschoten 2019: Huisartsgeneeskundige kernwaarden en kerntaken herijkt. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s1244501902602.
3. Brabers AE, De Wit N, Meijman HJ, De Jong JD. Wat beschouwen burgers als kernwaarden en kerntaken van de huisarts? Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0290-9.
4. Gespreksleidraad toekomst huisartsenzorg. Amsterdam: Argumentenfabriek, 2018 www.argumentenfabriek.nl, geraadpleegd februari 2020.
5. Frederiksen HB, Kragstrup J, Dehlholm-Lambertsen B. Attachment in the doctor-patient relationship in general practice: a qualitative study. Scand J Prim Health Care 2010;28:185-90.
6. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. Ann Fam Med 2004;2:445-51.
7. Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. J Eval Clin Pract 2010;16:947-56.
8. Shin DW, Cho J, Yang HK, Park JH, Lee H, Kim H, et al. Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea. Ann Fam Med 2014;12:534-41.
9. Pereira 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;8:e021161.
10. De basis spoedzorg: hoe het anders kan: Spoedeisende zorg op de juiste plaats [rapport]. Utrecht: KPMG Plexus, 2012.
11. Van den Bosch W, Schers H, Van de Ven C, Van den Hoogen H, Grol RT. Ook huisartsen-in-opleiding vinden continuïteit belangrijk. Huisarts Wet 2004;47:322-5.
12. Boddaert M, Douma J, Dijkhoorn F, Bijkerk M. Richtlijn palliatieve zorg. Utrecht: IKNL, 2014. www.pallialine.nl, geraadpleegd februari 2020.
13. NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg. Utrecht: NHG, 2009.
14. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022: Modernisering naar de menselijke maat. Utrecht: NHG/LHV, 2012.
15. Batenburg R, Van der Velden L, Vis E, Kenens R. Cijfers uit de registratie van huisartsen – een update van de werkzaamheidscijfers voor 2018 en 2019. Utrecht: Nivel, 2019.

Bont J, Maarsingh OR, Kraaijeveld K, Van der Horst HE. Hoe denken huisartsen over de kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde? Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0858-4. Amsterdam UMC locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. J. Bont, hoofd a.i. afdeling Huisartsgeneeskunde: j.bont@amsterdamumc.nl. Amsterdam UMC locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. O.R. Maarsingh, huisarts en onderzoeker; prof. dr. H.E. van der Horst, huisarts. De Argumentenfabriek, Amsterdam: K. Kraaijeveld, directeur. Mogelijke belangenverstrengeling: OM ontving van ZonMw een subsidie voor het onderzoeksproject 'Optimising personal continuity for older patients in general practice: a stepped wedge cluster randomised controlled trial'.

ABSTRACT

Bont J, Maarsingh OR, Kraaijeveld K, Van der Horst HE. General practitioners' opinions about the core values and tasks of general practice medicine. Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0858-4.

Background In preparation for the 2019 Woudschoten Conference, qualified and trainee general practitioners completed a questionnaire about the core values and tasks of general practice medicine.

Method After a pilot study involving more than 1300 qualified and trainee general practitioners in 70 brainstorming sessions, qualified and trainee general practitioners were asked to complete an on-line questionnaire held in October and November 2018. The questionnaire was disseminated by a number of professional organizations.

Results In total, 3452 respondents completed the ques-

tionnaire, an estimated 25% of general practitioners and 16% of trainee general practitioners. The most agreement was for the core values 'people-focused', 'good medical care', 'general', 'balanced', 'involved', 'continuity', and 'accessible'. The respondents mentioned 'social problems', 'primary population-based prevention', and 'out of hours non-emergency care' as not being core tasks. Opinions were divided about the 'organization and provision of 24-hour care', 'terminal palliative care', and 'availability minimally 3 days a week'.

Conclusion While the general practitioners agreed about the core values of general practice, the operationalization of these values, and particularly 'continuity of care', was not clear-cut. Moreover, there was often little agreement about a number of core tasks. This makes further investigation of how general practice care is organized necessary.

Appendix

1

Welkom bij de enquête over 'Toekomst huisartsenzorg – herijking kernwaarden en kerntaken'. We willen graag van alle huisartsen en aiossen weten hoe zij denken over de kerntaken en kernwaarden van de huisarts als individu en van de huisartsenzorg als organisatie. Met deze enquête toetsen we de opbrengst van de denksessies die afgelopen maanden door het hele land hebben plaatsgevonden met huisartsen en aiossen. We willen graag dat zoveel mogelijk huisartsen de enquête invullen, ook als ze aan een denksessie hebben deelgenomen. We willen weten wat u persoonlijk vindt van de kerntaken en kernwaarden van de huisartsgeneeskunde en hoe u het vak wilt invullen. Denk bij vragen of stellingen over 'mijn patiënt(en)' aan de patiënten waaraan u op dit moment huisartsenzorg verleent, bij 'mijn praktijk' aan de setting/organisatie waarin u werkt en bij 'mijn wijk of dorp' aan de wijk(en) of dorp(en) waarin u huisartsenzorg verleent. Deze enquête sluit op 4 november 2018. Alvast hartelijk dank namens alle betrokken huisartsenorganisaties NHG, LHV, InEen, HRMO, LOVAH, IOH, LHOV, VPH. Let op: deze enquête is niet geschikt om in te vullen op een mobiel.

Tussenpagina

2

A: Vragen over kernwaarden Tijdens de denksessies [gehouden in september] zijn veel waarden genoemd die huisartsen belangrijk vinden als het gaat om de kern en de afbakening van hun vak. Hieronder staan de meest genoemde waarden. Kies de waarden [maximaal 5] die voor u de essentie van het huisartsvak vormen. Geef de mate van belang van deze waarden aan door punten aan de waarden toe te kennen. U kunt in totaal 10 punten verdelen over maximaal 5 waarden.

Punten-
verdeelvraag

Aantal punten te verdelen: 5

Willekeurige volgorde antwoorden

- ☐ Flexibel: 'arbeidsomvang en contractvorm zelf kiezen'
- ☐ Klantgericht: 'inspelen op de behoefte van de patiënt'
- ☐ Specialistisch: 'expertise op deelgebieden van de huisartsgeneeskunde is noodzakelijk'
- ☐ Betrokken: 'verbondenheid tonen met de patiënt en diens context'
- ☐ Deskundig: 'relevante kennis kunnen toepassen'
- ☐ Persoonsgericht: 'mijn patiënten en hun context kennen'
- ☐ Zinnig: 'slechts doen wat nodig is'
- ☐ Continu: 'patiënten ervaren continuïteit in de huisartsenzorg'
- ☐ Generalistisch: 'aanspreekbaar zijn voor klachten, problemen en vragen van alle mensen'
- ☐ Eindverantwoordelijk: 'baas zijn over praktijkorganisatie én patiëntenzorg'
- ☐ Gebalanceerd: 'het vak met plezier uitoefenen in een goede balans met privé'
- ☐ Pluriform: 'het vak is veelkleurig in organisatie en stijl'

- ☐ Coöperatief: 'samenwerken in een multidisciplinair team'
- ☐ Autonoom: 'onafhankelijk zijn'
- ☐ Betrouwbaar: 'verantwoordelijk zijn, samen met mijn team'
- ☐ Medisch: 'goede medische zorg leveren voor zieke mensen' -
- ☐ Innovatief: 'continu bezig zijn met verbetering van het vak'
- ☐ Geëngageerd: 'betrokken zijn bij maatschappelijke vraagstukken'
- ☐ Laagdrempelig: 'toegankelijk zijn voor alle mensen'

3

Als u 1 waarde zou mogen toevoegen, welke zou dat zijn? Leg kort uit wat u hieronder verstaat.

Open vraag
[groot]

4

B: Vragen over kerntaken Uit de denksessies zijn verschillende ideeën naar voren gekomen over taken die huisartsen niet meer willen doen. Hieronder staan deze taken. Kies de taken [maximaal 3] die u NIET tot de kerntaken van huisartsen zou willen rekenen.

Multi-
responsevraag

Om verder te gaan dient u hier minstens 0 en maximaal 3 antwoorden te selecteren.

- ☐ Primaire (universele) populatiegerichte preventietaken uitvoeren
- ☐ Terminaal-palliatieve zorg verlenen buiten kantooruren
- ☐ Ketenzorg aan chronische patiënten coördineren
- ☐ Poortwachter zijn voor de toegang tot tweedelijnszorg
- ☐ Adviseren over gezondheid en leefstijl tijdens alle consulten
- ☐ Urgentie van klachten beoordelen (triage)
- ☐ Bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden in mijn wijk of dorp
- ☐ Samenwerken met andere zorgverleners in multidisciplinair teamverband
- ☐ Eerste aanspreekpunt zijn voor mensen met vragen over sociale problematiek
- ☐ Reguliere huisartsenzorg bieden buiten kantooruren

5

Als u 1 andere taak zou mogen toevoegen die u juist NIET tot uw kerntaken rekent, welke zou dat dan zijn?

Open vraag
[groot]

6

Ik wil dat reguliere huisartsenzorg:

Single-
responsevraag

- ☐ 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar is.
- ☐ Doordeweeks van 8 tot 20 uur beschikbaar is.
- ☐ Doordeweeks tijdens kantoortijden (van 8 tot 17 uur) beschikbaar is.

7

Ik wil beschikbaar zijn voor terminaal-palliatieve zorg aan mijn patiënten:

Single-
responsevraag

- ☐ 24 uur per dag, 7 dagen per week.
- ☐ Doordeweeks tijdens kantoortijden (van 8 tot 17 uur).
- ☐ Doordeweeks tijdens kantoortijden en daarbuiten op zelf gekozen tijdstippen.

8

C. Stellingen over kerntaken Uit de denksessies zijn verschillende ideeën naar voren gekomen over de kerntaken van het huisartsenvak. Met de volgende stellingen willen we uw mening peilen over deze taken. Geef aan of u het eens of oneens bent met de stelling

Tabelvraag
[single
response]

Willekeurige volgorde subvragen

	Eens	Oneens
Ik wil dat een huisarts eindverantwoordelijk is voor alle huisartsenzorg die het praktijkteam aan patiënten levert.	☐	☐
Ik wil uitsluitend verantwoordelijk zijn voor het beleid bij hulpvragen die op medische domeinen liggen.	☐	☐
Ik vind dat differentiatie van taken tussen huisartsen noodzakelijk is voor kwalitatief goede huisartsenzorg.	☐	☐
Ik wil doordeweeks tijdens kantooruren verantwoordelijk zijn voor acute spoedzorg aan mijn patiënten.	☐	☐
Ik ben verantwoordelijk voor een actueel overzicht van alle medische behandeling(en) die mijn patiënten ondergaan.	☐	☐
Ik wil dat patiënten met een of twee vaste huisartsen een langdurige arts-patiëntrelatie kunnen opbouwen.	☐	☐
Ik vind het mijn verantwoordelijkheid de kosten van een behandeling mee te laten wegen in mijn advies aan de patiënt.	☐	☐

9

Geef aan of u het eens of oneens bent met de volgende stellingen

Tabelvraag
[single
response]

Willekeurige volgorde subvragen

	Eens	Oneens
Ik wil alle klachten, problemen en vragen van mijn patiënten beoordelen en triageren.	☐	☐
Ik wil me meerjarig verbinden aan mijn patiëntenpopulatie.	☐	☐
Ik wil samen met mijn patiënt al zijn medische zorg coördineren.	☐	☐
Ik wil dat een sociaal-medisch team patiënten triageert.	☐	☐
Ik wil dat ANW-diensten naar rato zijn verdeeld over alle praktiserende huisartsen in Nederland (ongeacht hun contractvorm).	☐	☐
Ik wil alleen medische klachten, problemen en vragen van mijn patiënten beoordelen en triageren.	☐	☐
Ik wil dat reguliere huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren alleen beschikbaar is voor vragen die vanuit medisch perspectief niet tot de eerstvolgende werkdag kunnen wachten.	☐	☐
Ik wil dat acute huisartsenzorg (spoedzorg) in de nacht beschikbaar is.	☐	☐

10

Geef aan of u het eens of oneens bent met de volgende stellingen

Tabelvraag
[single
response]

Willekeurige volgorde subvragen

	Eens	Oneens
Ik wil eindverantwoordelijk zijn voor zowel de medische zorg als de organisatie van de praktijk.	☐	☐
Ik vind dat patiënten moeten kunnen rekenen op een huisarts die minimaal drie dagen per week beschikbaar is.	☐	☐
Ik vind dat alle huisartsen samen met universiteiten verantwoordelijk zijn voor het opleiden van nieuwe huisartsen.	☐	☐
Ik wil als huisarts de gezondheidsvaardigheden in mijn wijk of dorp vergroten.	☐	☐

Ik wil als huisarts de gezondheidsverschillen in mijn wijk of dorp actief bestrijden.	☐	☐
Ik wil verantwoordelijk zijn voor primaire (universele) preventie-activiteiten voor de populatie in mijn wijk of dorp.	☐	☐
Ik wil als huisarts maatschappelijke problemen in mijn wijk of dorp signaleren en melden.	☐	☐
Ik wil als huisarts structureel meedoen aan wetenschappelijk onderzoek dat huisartsgeneeskundig relevant is.	☐	☐

11

Tenslotte willen we u enkele vragen stellen over uw achtergrond. Wat is uw geslacht? [deze vraag is niet verplicht]

Single-responsevraag

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

12

Welke situatie is op u van toepassing?

Single-responsevraag

Toelichting: Indien meerdere opties van toepassing zijn, kiest u de optie die u het meest vindt aansluiten bij uw situatie.

- ☐ Praktijkhouder
- ☐ Hid (huisarts in dienstverband)
- ☐ Hidha (huisarts in dienst van huisarts)
- ☐ Waarnemer op 1 of enkele vaste plekken
- ☐ Waarnemer op wisselende plekken
- ☐ Aios (huisarts in opleiding) [>> Einde onderzoek]
- ☐ Huisarts niet-praktiserend [>> Einde onderzoek]

13 Hoeveel jaar werkt u als geregistreerd huisarts?

Single-
responsevraag

- ☐ Minder dan 5 jaar
- ☐ 5 – 10 jaar
- ☐ 10 – 20 jaar
- ☐ 20 – 30 jaar
- ☐ Meer dan 30 jaar

14 Hoeveel uren per week bent u werkzaam als huisarts ?

Single-
responsevraag

- ☐ tot 24 uur
- ☐ 24 - 32 uur
- ☐ 32 - 40 uur
- ☐ 40 - 48 uur
- ☐ meer dan 48 uur

15 In welke provincie[s] werkt u als huisarts?

Multi-
responsevraag

Meerdere antwoorden mogelijk.

Minimaal aantal vinkjes: 1

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Drenthe | ☐ Noord-Brabant |
| ☐ Flevoland | ☐ Noord-Holland |
| ☐ Friesland | ☐ Overijssel |
| ☐ Gelderland | ☐ Utrecht |
| ☐ Groningen | ☐ Zeeland |
| ☐ Limburg | ☐ Zuid-Holland |

16

Welke omschrijving sluit het beste aan op de praktijk(en) waar u werkt?

Multi-
responsevraag

Meerdere antwoorden mogelijk.

Minimaal aantal vinkjes: 1

- ☐ Niet stedelijk (minder dan 500 adressen per km², bijv. Lopik en Wieringen)
- ☐ Weinig stedelijk (500 tot 1.000 adressen per km², bijv. Rozendaal-Gelderland en Stadskanaal)
- ☐ Matig stedelijk (1.000 tot 1.500 adressen per km², bijv. Ede en Lelystad)
- ☐ Sterk stedelijk (1.500 tot 2.500 adressen per km², bijv. Apeldoorn en Gouda)
- ☐ Zeer sterk stedelijk (2.500 adressen of meer per km², bijv. Amsterdam en Delft)