



Toekomst huisartsen- zorg

Gespreks-
leidraad
denksessie

Inhoudelijke commissie

Henriëtte van der Horst (voorzitter)

Jettie Bont

Emily Broeders

Sylvia Buis

Marinka van Dijk

Guus Jaspar

Rinske van de Goor

Otto Maarsingh

Bastiaan van Nieuwenhuizen

Toosje Valkenburg

Carine Westerweel

Raymond Wetzels

De Argumentenfabriek

Gertrude van Driesten

Kees Kraaijeveld

Vormgeving

Willem van den Goorbergh

In opdracht van



Wat staat waar in dit boek?

Introductie

- 3 Voorwoord
- 5 Verantwoording
- 8 Begrippenlijst

Hoofdstuk 1

- 9 Aanpak denksessie

Hoofdstuk 2

- 11 De twaalf thema's

Hoofdstuk 3

- 25 Trends en factoren

Voorwoord

De samenleving en de gezondheidszorg zijn in beweging, de laatste jaren meer dan ooit. De visie op onze rol als huisarts in 2022, zoals verwoord in ‘Modernisering naar menselijke maat’, sluit niet meer goed aan bij de actuele ontwikkelingen.

Het uitgangspunt ‘De juiste zorg op de juiste plek’ leidt tot steeds verdergaande substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerste lijn. Samen met de gewenste koppeling tussen het medische en het sociale domein zorgt deze substitutie voor het vervagen van de grenzen aan huisartsgeneeskunde. Daardoor dreigen we te worden overvraagd. Wij willen met plezier, deskundigheid en betrokkenheid ons werk kunnen doen. Wij willen helder kunnen aangeven wat patiënten van ‘hun dokter’ mogen verwachten – nu en in de toekomst.

De initiatiefnemers – Het Roer Moet Om, InEen, IOH, LHOV, LHV, LOVAH, NHG en VPH – willen de kernwaarden en de kerntaken van de huisarts als individu en van de huisartsenzorg als organisatie

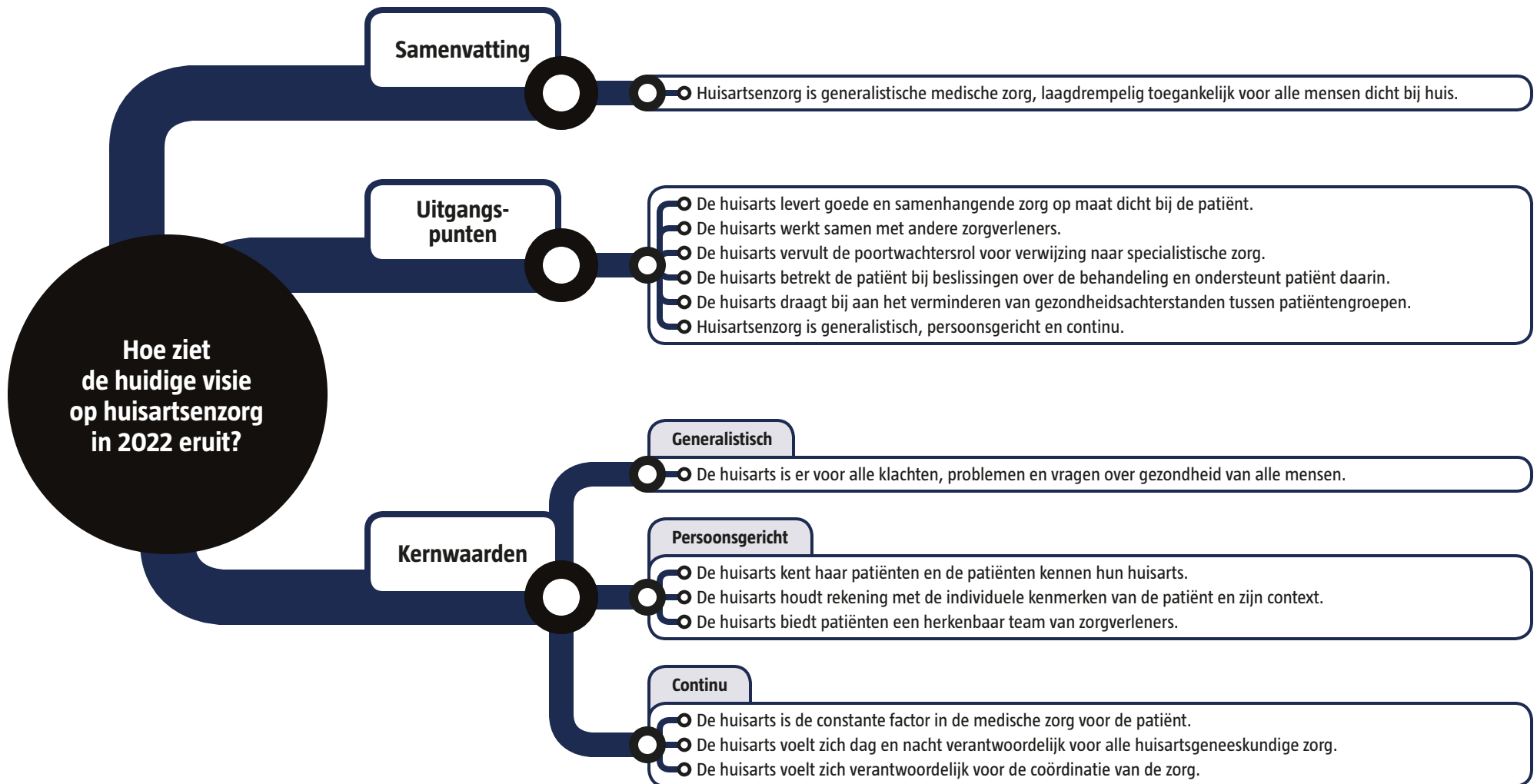
herijken. Dit vraagt om bezinning op de huidige visie en het maken en onderbouwen van strategische keuzes voor de huisarts en de huisartsenzorg in 2030.

We hoeven niet vanaf nul te beginnen. Een inhoudelijke commissie van huisartsen heeft het nodige voorwerk gedaan onder begeleiding van De Argumentenfabriek. Nu is het de beurt aan alle (toekomstige) huisartsen in Nederland om met elkaar na te denken over de strategische keuzes rond de taken van de huisarts en de huisartsenzorg. Dit boekje vormt de leidraad voor dat gesprek.

Ik wens jullie veel inspiratie en keuzekracht!

Prof. dr. Henriëtte van der Horst

Voorzitter inhoudelijke commissie Toekomst huisartsenzorg



Afbeelding 1

Verantwoording

Als commissie hebben we besproken welke knelpunten huisartsen ervaren bij de uitwerking van de huidige visie ‘Modernisering naar menselijk maat, huisartsenzorg in 2022’. De uitgangspunten van deze visie hebben we kort samengevat in **afbeelding 1**.

Ook hebben we interne en externe trends en factoren in kaart gebracht, die relevant zijn bij het nadenken over de herijking van onze kernwaarden en kerntaken. Deze kaarten vind je in hoofdstuk 3.

Op basis van deze inzichten hebben we twaalf thema’s geformuleerd waarover huisartsen knopen moeten doorhakken. Bij ieder thema hebben we de vraag gesteld: ‘Welke opties hebben huisartsen om invulling te geven aan dit thema?’ Vervolgens hebben we per vraag antwoordopties geformuleerd in drie gradaties: A, B en C.

- **Optie A** beschrijft de meer traditionele benadering van de taken van de huisarts en de huisartsenzorg;
- **Optie B** beschrijft in grote lijnen de situatie zoals die is verwoord in de visie 2022;

- **Optie C** beschrijft een alternatief waarin we bewust proberen mee te bewegen met de trends die beschreven worden in hoofdstuk 3.

Het gaat ons er nu niet zozeer om te voorspellen welke kant het waarschijnlijk opgaat. We willen juist weten wat huisartsen zelf het liefst zouden willen. Daarom nodigen we jullie uit per vraag het antwoord van jullie voorkeur (A, B of C) te geven.

Vervolgens willen we weten waarom deze optie volgens jullie het meest aantrekkelijk is. Hoezo kiezen jullie voor deze optie? Welke argumenten onderbouwen deze keuze? Waarom vinden jullie die argumenten van belang? En welke onderliggende waarden spelen daarbij een rol?

We zullen als commissie de opbrengst van jullie denkwerk toetsen met een enquête onder alle huisartsen in Nederland. De uitkomst van de enquête vormt de opmaat voor de daadwerkelijke

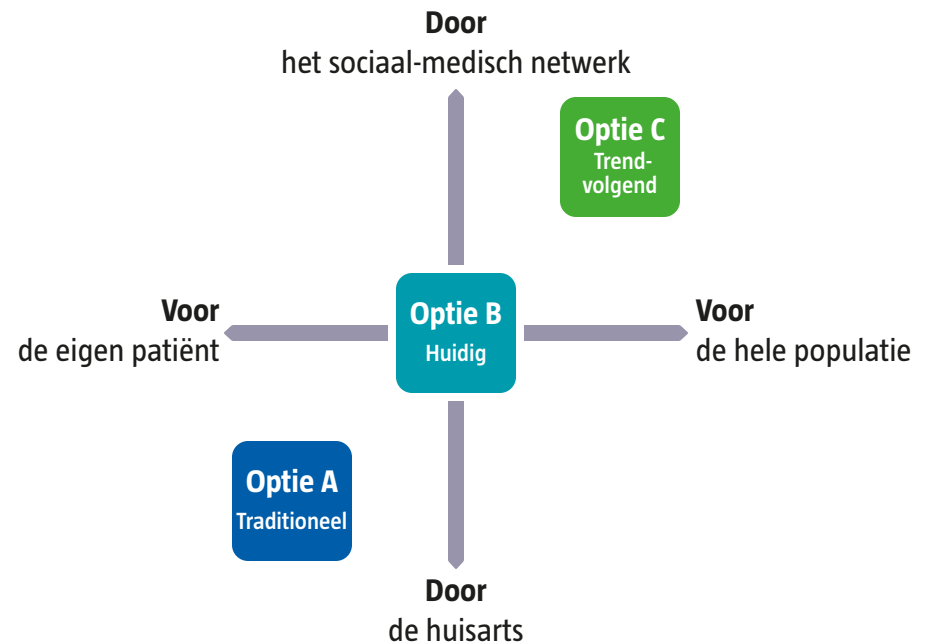
herijking van kernwaarden en kerntaken waarmee we dit najaar aan de slag gaan.

Op 21 januari 2019 zullen we op Woudschoten – 60 jaar na de oorspronkelijke Woudschotenconferentie – de nieuwe kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg presenteren.

Het assenkruis hiernaast toont in één oogopslag wat de antwoordopties A, B en C globaal inhouden. De x-as laat zien vóór wie de huisarts en de huisartsenzorg werken: voor de eigen patiënten of voor de hele populatie. De y-as laat zien dóór wie de taak uitgevoerd wordt: door de huisarts zelf of door een zorgverlener in het sociaal-medisch netwerk waarvan de huisarts één van de leden is.

Een verdere uitwerking van antwoordopties A, B en C toont **afbeelding 3** op de volgende pagina.

Welke opties hebben huisartsen om een taak in te vullen?



Afbeelding 2

Hoe zien de drie opties er globaal uit?

	Optie A Traditioneel	Optie B Huidig	Optie C Trendvolgend
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> De huisarts is primair praktijkhouder. De organisatie is kleinschalig en bestaat uit een huisarts plus ondersteunend team. 	<ul style="list-style-type: none"> De huisarts is onderdeel van een huisartsenvoorziening. De organisatieschaal is middelgroot. 	<ul style="list-style-type: none"> De huisarts is onderdeel van een sociaal-medisch netwerk. De huisartsenvoorziening en wijkteams zijn onderdeel van het sociaal-medisch netwerk. De organisatieschaal is groot.
Rolafbakening	<ul style="list-style-type: none"> De huisarts is eindverantwoordelijk voor een klein ondersteunend team. De huisarts is poortwachter. 	<ul style="list-style-type: none"> De huisarts maakt deel uit van een team van huisartsen. De huisarts is als generalist eindverantwoordelijk voor alle zorg in de huisartsenvoorziening. De huisarts kan medeverantwoordelijk zijn voor de organisatie van de huisartsenvoorziening. 	<ul style="list-style-type: none"> De huisarts maakt deel uit van een multidisciplinair team. De huisarts is medeverantwoordelijk voor het zorgaanbod.
Inhoud van de dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> De huisartsenzorg richt zich op medische vragen. Alleen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn onderdeel van de huisartsenzorg. 	<ul style="list-style-type: none"> De huisartsenzorg richt zich op medische en gezondheidsvragen. 	<ul style="list-style-type: none"> Het sociaal-medisch netwerk richt zich op medische, gezondheids- en sociale vragen.
Domeinafbakening	<ul style="list-style-type: none"> De huisartsenzorg is gericht op de eigen patiënten. 	<ul style="list-style-type: none"> De huisartsenzorg is gericht op patiënten in de wijk of het dorp. 	<ul style="list-style-type: none"> Het sociaal-medisch netwerk is gericht op de hele populatie.

Afbeelding 3

Begrippenlijst

Voor een goed gesprek is het nodig dat we dezelfde terminologie gebruiken. Daarom lichten we hieronder enkele begrippen toe, die we hanteren in dit boekje.

ANW-zorg

Huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren.

Basishuisartsenzorg

Het basisaanbod dat alle huisartsen leveren, zoals beschreven door de LHV in 2015.

Huisarts

Alle huisartsen, ongeacht hun arbeidsrelatie.

Een huisarts kan praktijkhouder, in loondienst of waarnemer zijn.

Huisartsenteam

Team dat bestaat uit de huisarts en het ondersteunend personeel en eventueel de co-assistent en huisarts-in-opleiding.

Huisartsenvoorziening

Duo- & meermanspraktijken en gezondheidscentra.

Ondersteunend personeel

Praktijkassistent, praktijkondersteuner (POH), *physician assistant* en verpleegkundig specialist.

Preventie

Universele preventie: Richt zich op de gezonde bevolking (of delen daarvan). Bevordert en beschermt actief de gezondheid van (delen van) de bevolking.

Selectieve preventie: Richt zich op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op een ziekte. Voorkomt dat mensen met één of meerdere risicofactoren daadwerkelijk de ziekte krijgen.

Geïndiceerde preventie: Richt zich op een individu met beginnende klachten. Voorkomt dat beginnende klachten verergeren tot een aandoening.

Zorggerelateerde preventie: Richt zich op een individu met een gezondheidsprobleem. Voorkomt dat de ziekte leidt tot (verdere) complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

Sociaal domein

Gemeentelijk beleidsterrein waaronder ook de zorgtaken vanuit Wmo en Jeugdwet vallen.

Sociaal-medisch netwerk

Samenwerkingsverband van onder meer huisartsenvoorziening, wijkverpleging, paramedici en sociaal wijkteam.

Aanpak denksessie

Dit boekje dient als gereedschap voor de denksessies voor en door huisartsen. We vragen jullie om in groepjes de volgende denkstappen te doorlopen:

- 1 Kies drie thema's die jullie als groepje willen bespreken.
- 2 Kies per thema de antwoordoptie van jullie voorkeur, A, B of C (of, C1 of C2).
- 3 Onderbouw per antwoordoptie jullie keuze. Vul hiervoor de Argumentenladder in, door drie keer de vraag "Hoezo?" te beantwoorden.
- 4 Noteer op het invulformulier het thema, de gekozen antwoordoptie én de drie argumenten.

De opbrengst van de groepjes bespreken jullie plenair, om elkaars keuze en onderbouwing te horen. De gespreksleiders maken hiervan een verslag.

Lever na afloop de invulformulieren in bij de gespreksleiders.

Afbeelding 4 op de volgende pagina toont het invulformulier met een Argumentenladder. We hebben deze ingevuld met een denkbeeldige redenering voor het thema Palliatieve zorg.

Herijking kernwaarden en kerntaken van huisarts & huisartsenzorg

Instructie

- Noteer het thema waar jullie vraag betrekking op heeft.
- Kies de antwoordoptie van jullie voorkeur, noteer A, B, C (of, C1 of C2).
- Onderbouw jullie keuze, door drie keer de vraag "Hoezo?" te beantwoorden en vul de Argumentenladder in met deze drie argumenten.

Voor welk thema kiezen we?

3. Palliatieve zorg

Welke optie kiezen we?

Optie A: De huisarts verleent dag en nacht palliatieve zorg aan haar eigen patiënten.

Argument 1

↓ Hoezo?

De huisarts is het best in staat om terminale zorg te verlenen aan haar patiënten.

Argument 1.1

↓ Hoezo?

De huisarts kent haar patiënten en hun gezinnen al vele jaren.

Argument 1.2

↓ Hoezo?

Patiënten hebben één vaste huisarts gedurende hun levensloop.

Welke
strategische
keuze maken
wij?

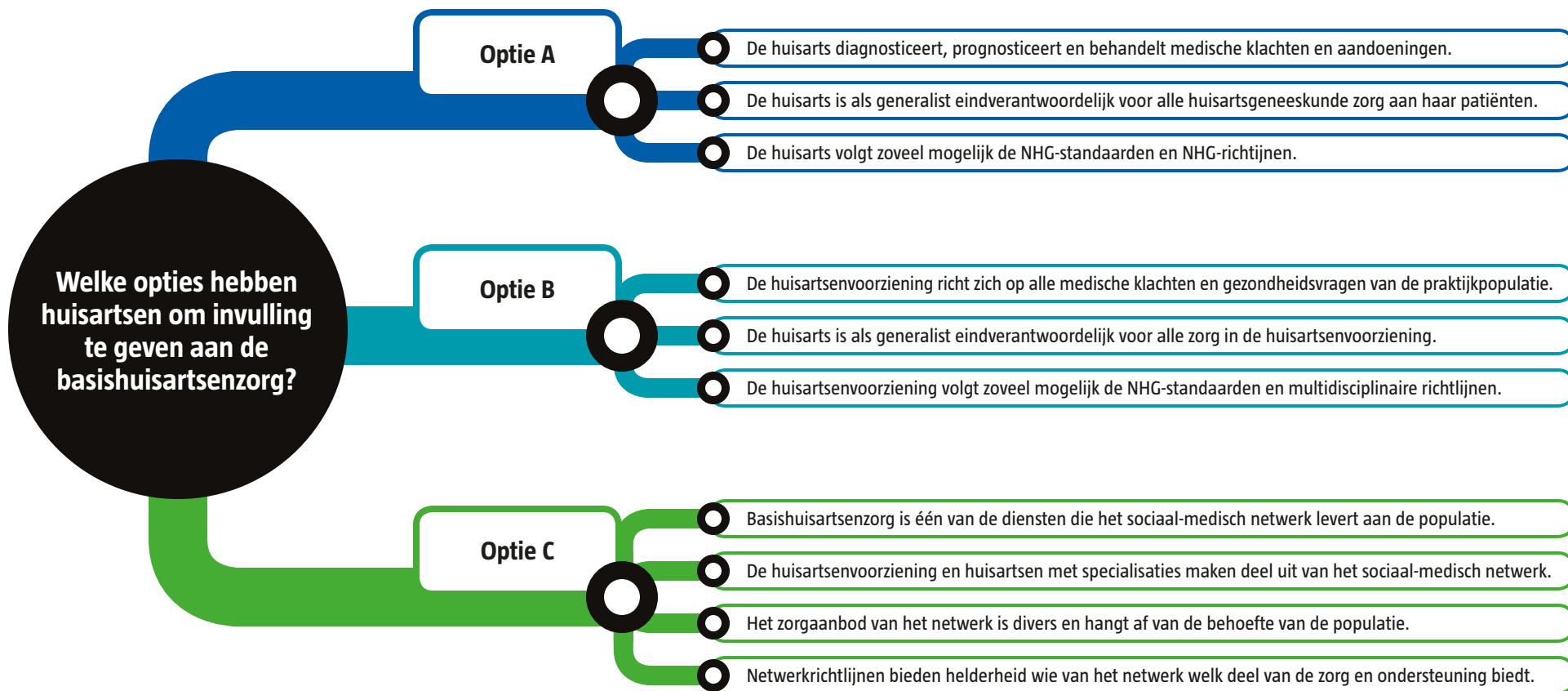
Afbeelding 4

De twaalf thema's

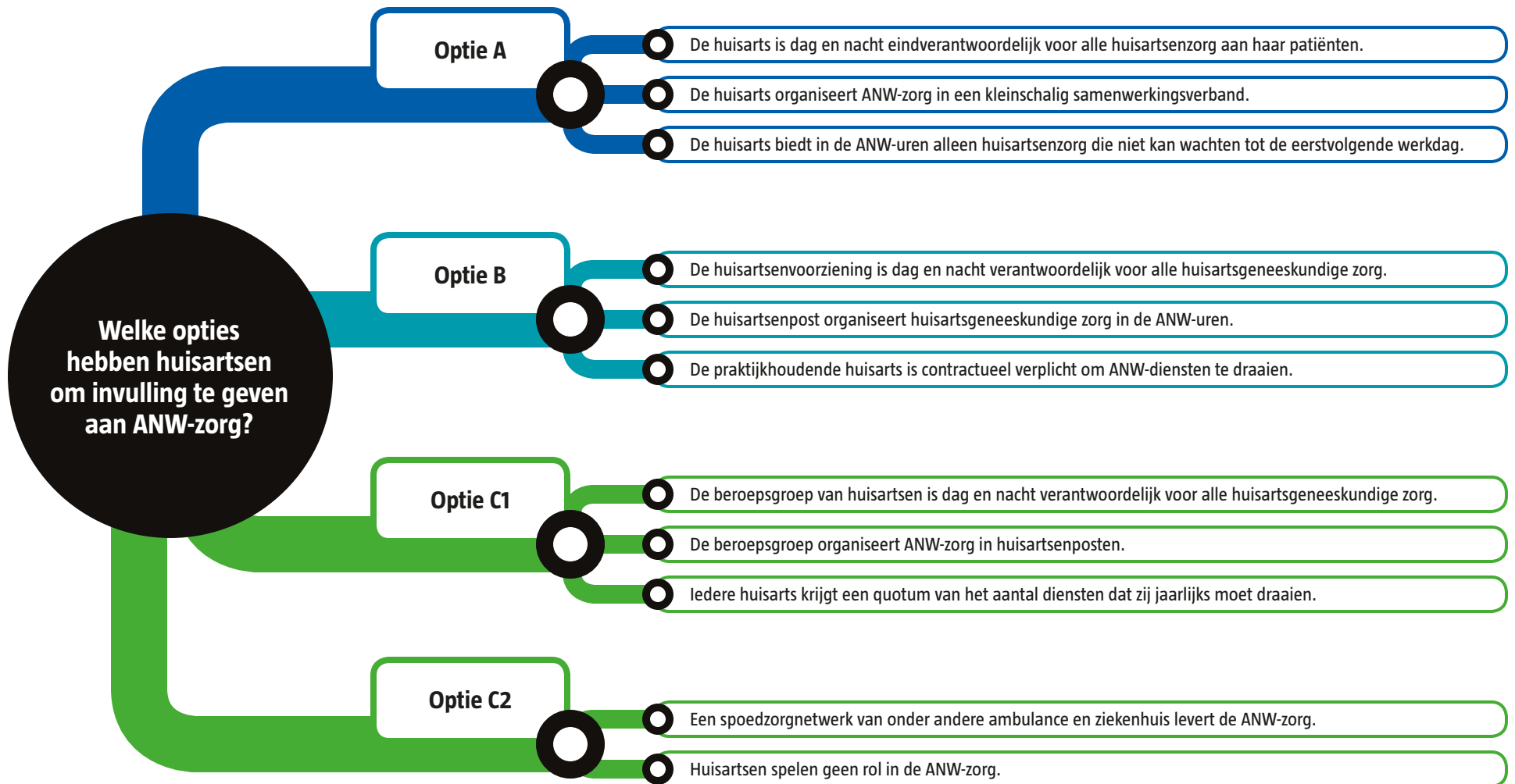
De commissie heeft twaalf thema's geformuleerd, waarover wij als huisartsen knopen moeten doorhakken. Je vindt ze hieronder. Bij ieder thema stelden we de vraag 'Welke opties hebben huisartsen om invulling te geven aan dit thema?' De vraag en de antwoordopties lees je op de volgende pagina's.

- 1 Basishuisartsenzorg
- 2 ANW-zorg
- 3 Palliatieve zorg
- 4 Poortwachtersrol
- 5 Preventie
- 6 Arts-patiëntrelatie
- 7 Netwerkgzorg
- 8 Opleiding
- 9 Onderzoek
- 10 Innovatie
- 11 Eindverantwoordelijkheid
- 12 Contractvorm

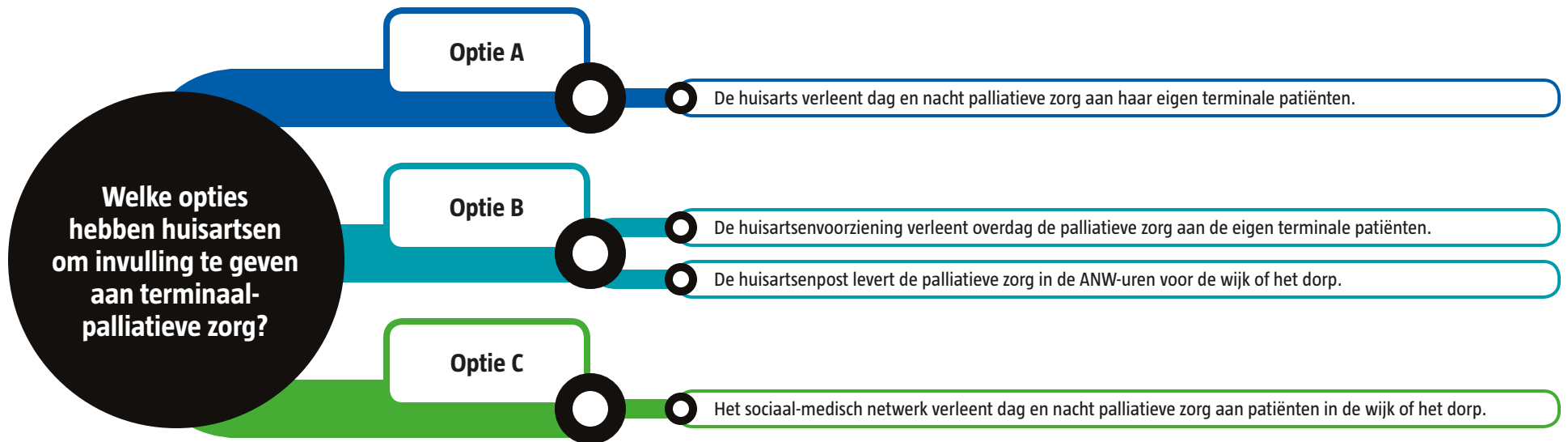
1 Basishuisartsenzorg



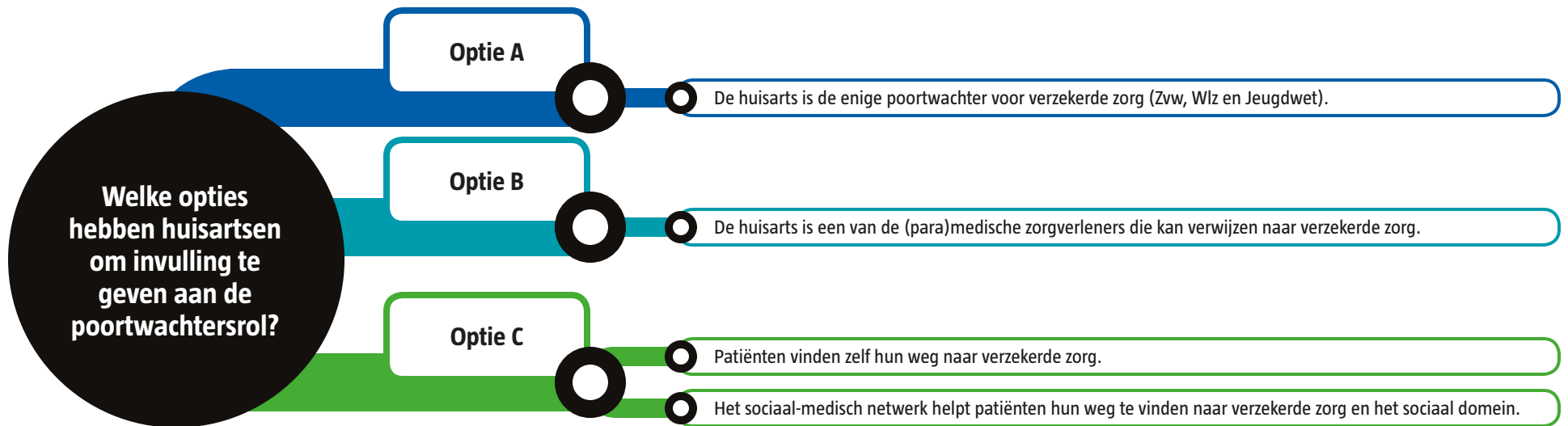
2 ANW-zorg



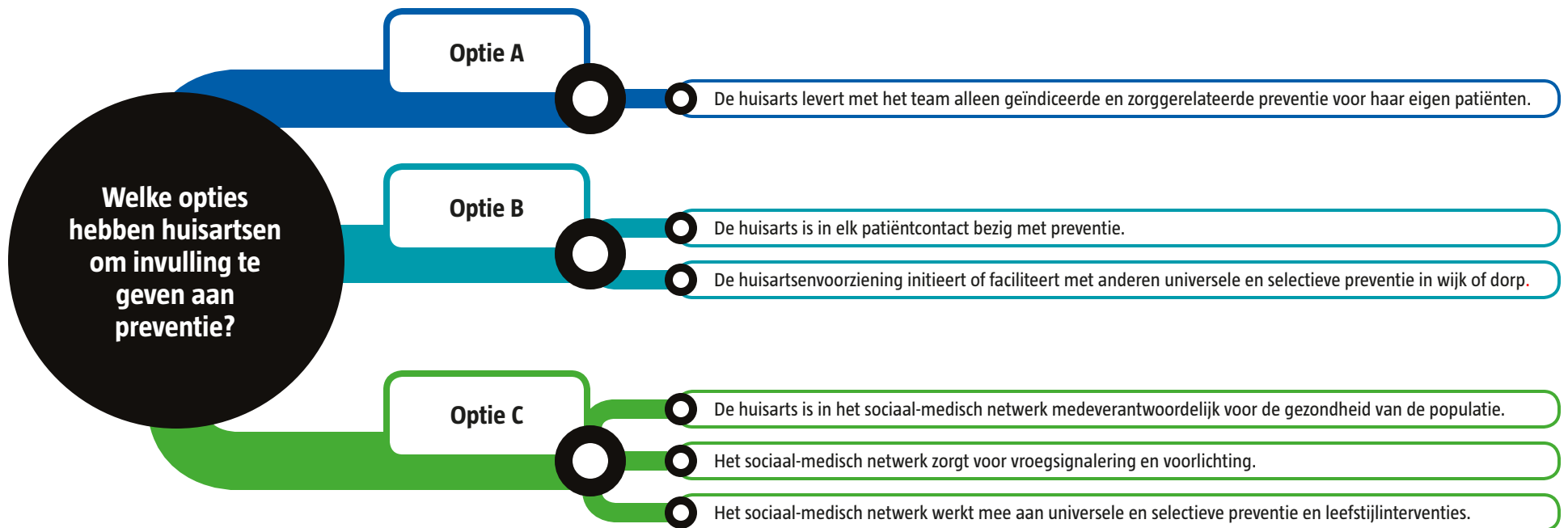
3 Palliatieve zorg



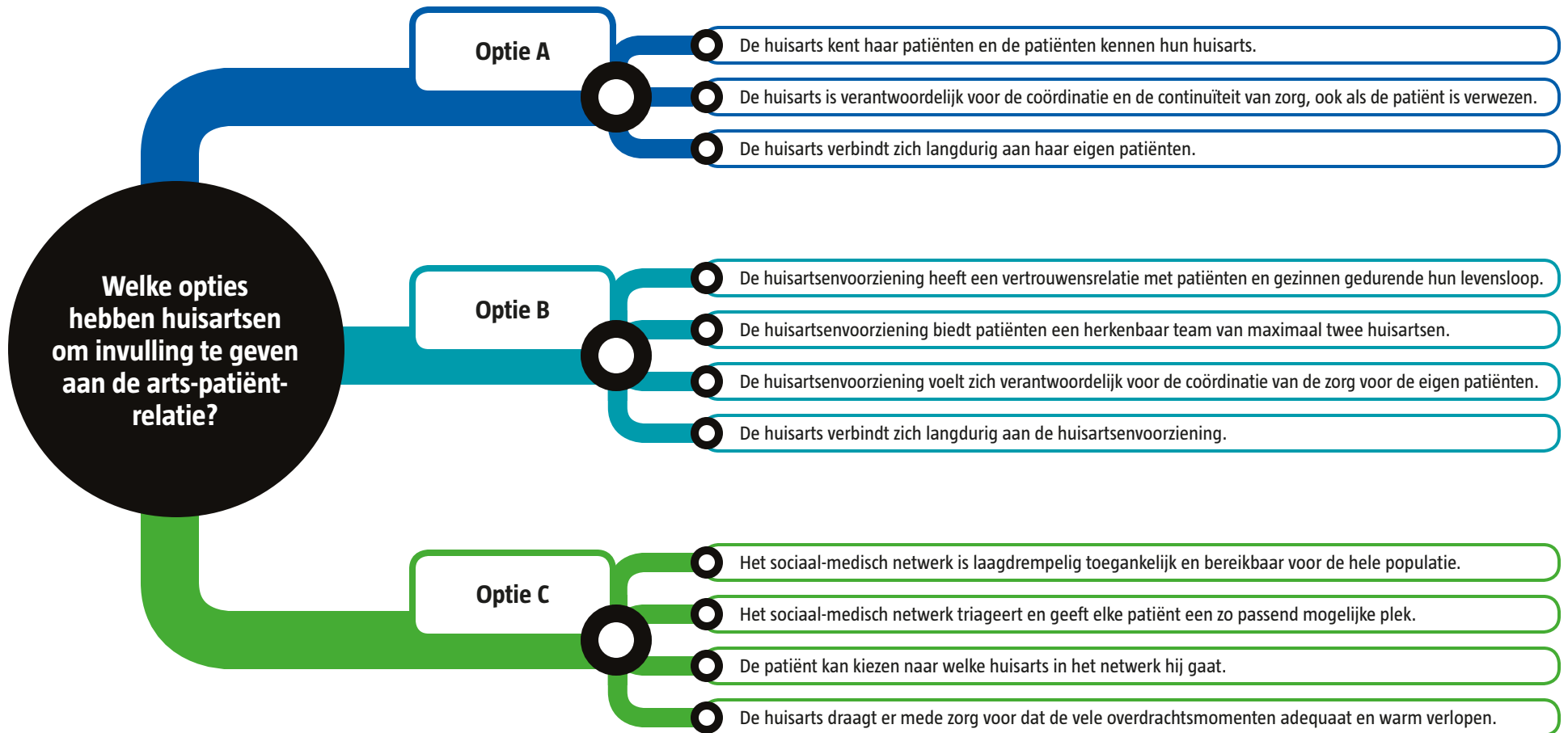
4 Poortwachtersrol



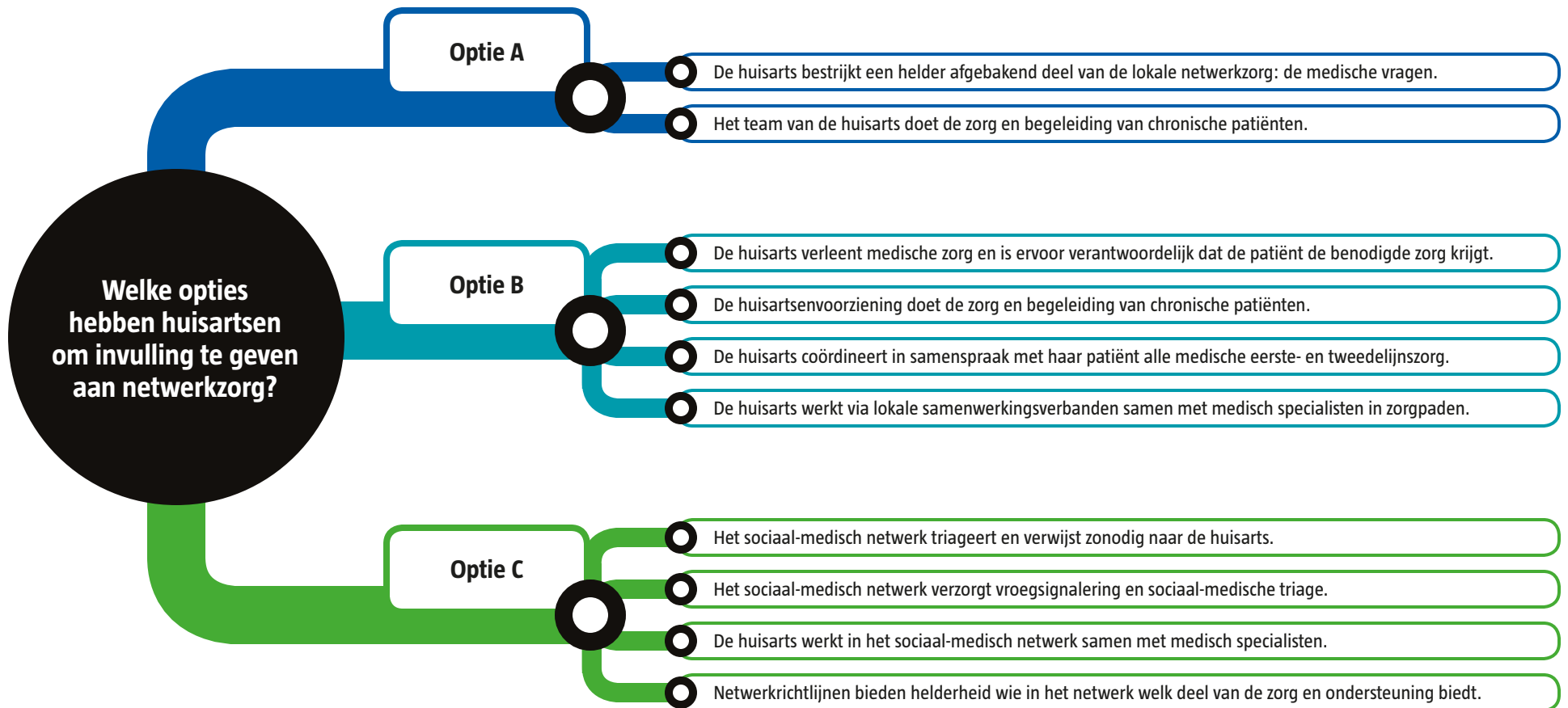
5 Preventie



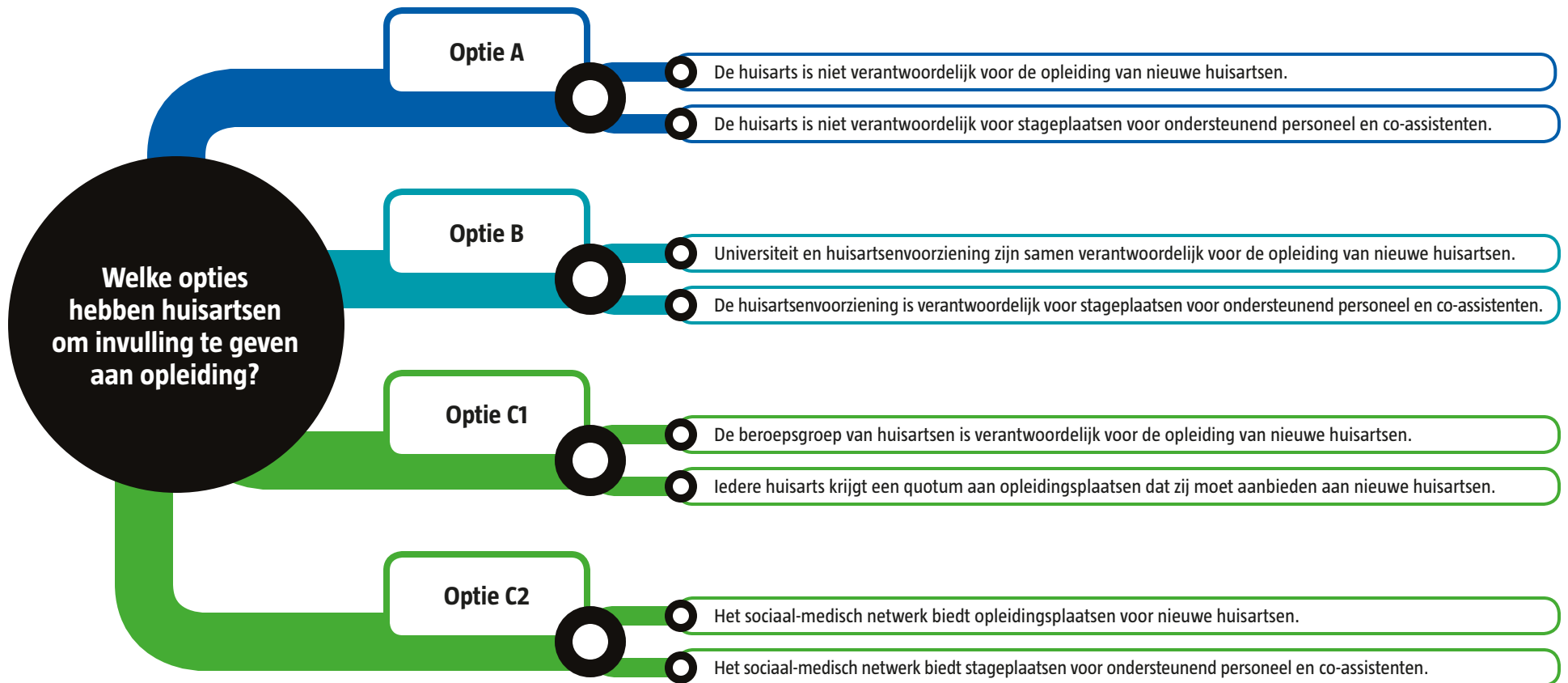
6 Arts-patiëntrelatie



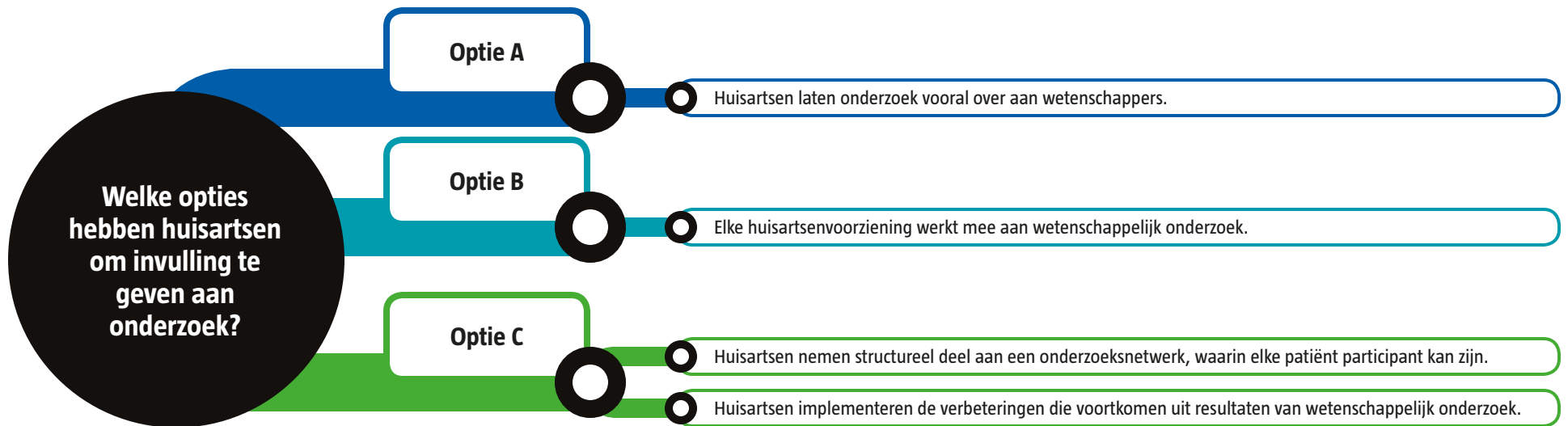
7 Netwerkzorg



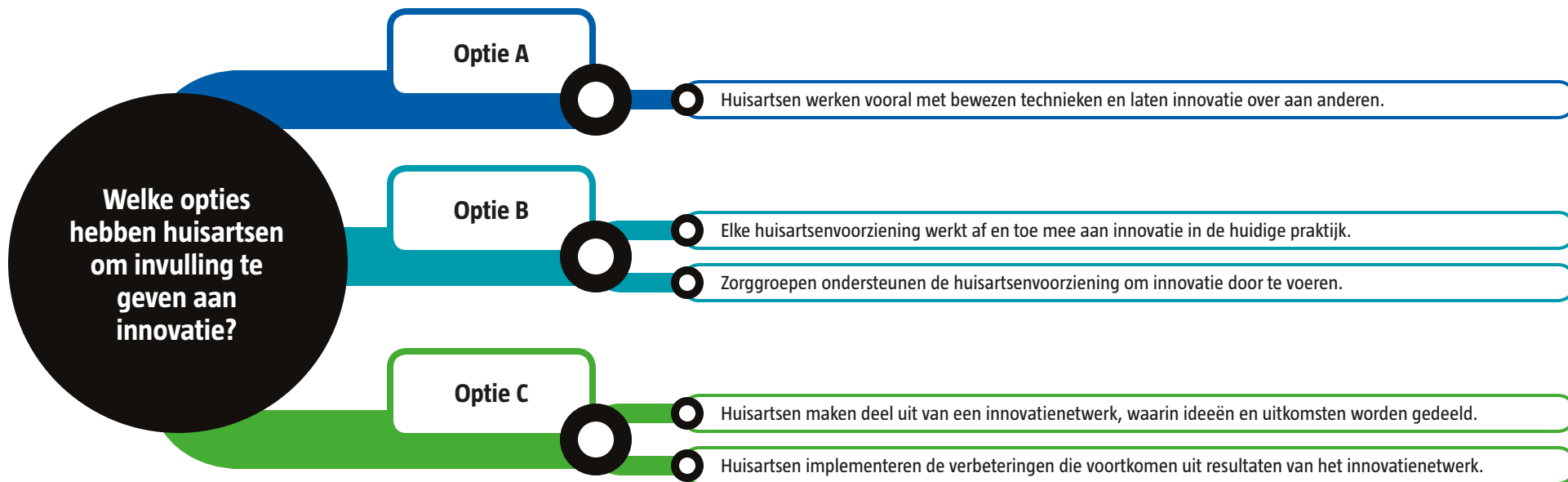
8 Opleiding



9 Onderzoek



10 Innovatie



11 Eindverantwoordelijkheid

Welke opties hebben huisartsen om invulling te geven aan hun organisatorische eindverantwoordelijkheid?

Optie A

De huisarts is de baas binnen de kleinschalige huisartsenvoorziening.

De huisarts legt rekenschap af aan zichzelf.

Optie B

Een manager – al dan niet samen met een huisarts – is de baas van de huisartsenvoorziening in de wijk of het dorp.

De huisarts legt rekenschap af aan de eigen beroepsgroep, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing.

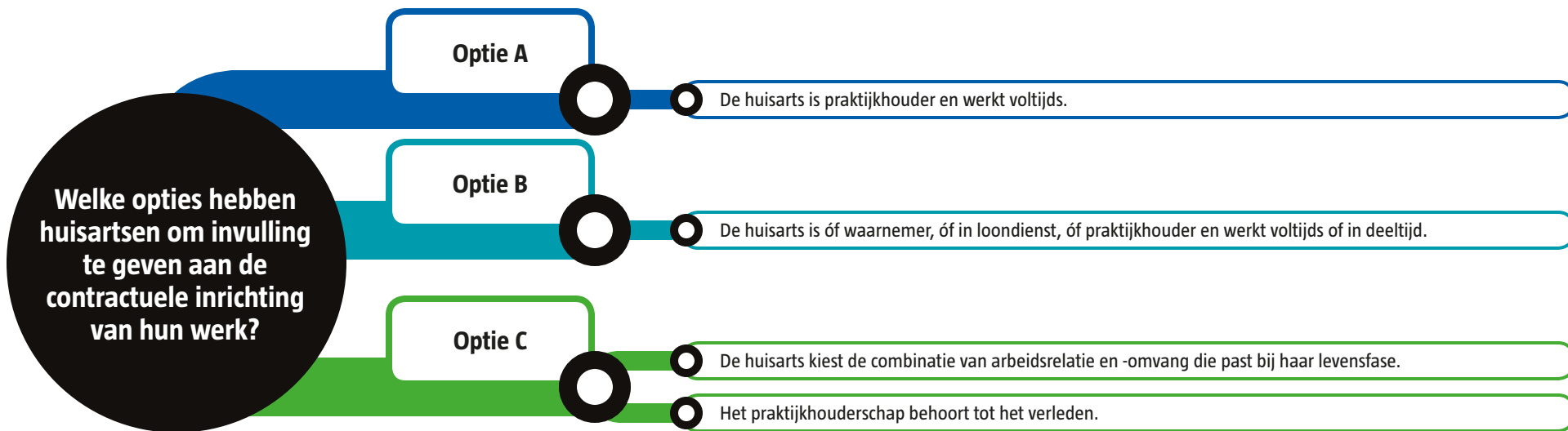
Optie C

Alle huisartsen werken in dienst van een regionaal sociaal-medisch netwerk.

De manager of bestuurder is de baas van het sociaal-medisch netwerk.

Het sociaal-medisch netwerk legt rekenschap af aan gemeente en zorgverzekeraar.

12 Contractvorm



Herijking kernwaarden en kerntaken van huisarts & huisartsenzorg

Instructie

- Noteer het thema waar jullie vraag betrekking op heeft.
- Kies de antwoordoptie van jullie voorkeur, noteer A, B, C (of, C1 of C2).
- Onderbouw jullie keuze, door drie keer de vraag "Hoezo?" te beantwoorden en vul de Argumentenladder in met deze drie argumenten.

Voor welk thema kiezen we?

Welke optie kiezen we?

Argument 1

↓ Hoezo?

Argument 1.1

↓ Hoezo?


Argument 1.2

↓ Hoezo?

Welke strategische keuze maken wij?

Trends en factoren

Op de volgende pagina's staan trends en factoren die relevant zijn voor het nadenken over de toekomst van de huisartsenzorg.

De inhoudelijke commissie heeft trends en factoren **gemarkeerd**  die zij voor de herijking van de kerntaken en de kernwaarden van de huisarts en van de huisartsenzorg het meest relevant vindt.

Interne trends en factoren

Welke *interne* trends en factoren zijn relevant bij het nadenken over de toekomst van de huisartsenzorg?

Organisatie

Huisartsen organiseren de zorg in avond-, nacht- en weekenduren via huisartsenposten ¹

- Van de huisartsen is 95 procent aangesloten bij een huisartsenpost, waarvan er nu in Nederland 120 zijn.
- Praktijkhoudende huisartsen besteden hun ANW-diensten steeds vaker uit aan waarnemers.
- Het aantal bezoeken, telefonische consulten en verrichtingen op huisartsenposten stijgt. (Bron: InEen)

Het aantal huisartsen en huisartsenpraktijken stijgt en het aantal consulten per normpraktijk neemt toe

- Het aantal huisartsen (inclusief waarnemers) is gestegen van 8.612 in 2006 naar 11.834 in 2016. (Bron: NIVEL)
- Het aantal huisartsenpraktijken is gestegen van 4.469 in 2006 naar 5.028 in 2016. (Bron: NIVEL)
- Sreeds meer huisartsen werken in een duo- of meermanspraktijk. (Bron: NIVEL)
- Het aantal patiënten per normpraktijk daalt, terwijl het aantal consulten per praktijk stijgt. (Bron: NZa)

Huisartsen organiseren de huisartsenzorg in praktijkoverstijgende samenwerkingsverbanden

- Huisartsen werken in een grote diversiteit aan samenwerkingsvormen.
- Voor patiënten met chronische ziekten organiseren huisartsen ketenzorg in 115 zorggroepen. (Bron: InEen)
- Huisartsen besteden 18 procent van hun tijd aan niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals vergaderen. (Bron: NIVEL)

Bemensing

Door deeltijdbanen, taakdelegatie en schaalvergroting neemt de continuïteit van zorg af ¹

- Het aandeel consulten met de eigen huisarts is teruggelopen (Bron: NIVEL)
- De huisarts werkt steeds meer met ondersteunend medisch personeel. (Bron: NZa)
- Huisartsenpraktijken worden steeds grotere bedrijven, terwijl huisartsen niet zijn opgeleid als ondernemer.
- Vrouwen zijn onder huisartsen in de meerderheid sinds 2016 en hun aandeel neemt toe. (Bron: NIVEL)
- Huisartsen werken steeds vaker in deeltijd (4 van de 10 mannen, 8 van de 10 vrouwen).
- Het aantal huisartsen dat in loondienst of als waarnemer werkt, neemt toe. (Bron: NIVEL)

Huisartsen vinden het steeds lastiger om waarnemers en opvolgers te vinden

- In sommige regio's in Nederland is een tekort aan huisartsen, opvolgers en waarnemers.
- Jonge huisartsen kiezen er niet voor praktijkhouder te worden.
- Huisartsen ervaren een hoge werkdruk en ervaren het beroep vaker als baan dan als roeping.

Zorgaanbod
Kwaliteit
Opleiding
Innovatie
Bekostiging

Interne trends en factoren

Organisatie
Bemensing

Zorgaanbod

Het aanbod van de huisartsenzorg wordt steeds diverser en de zorg wordt steeds meer geprotocolleerd ⓘ

- Huisartsen voeren steeds meer medisch specialistische taken uit (substitutie). (Bron: LHV)
- Huisartsen organiseren zorg voor chronisch zieken als 'ketenzorg'.
- De huisartsenzorg ligt steeds meer vast in protocollen.
- Steeds meer huisartsen specialiseren zich in een medisch-inhoudelijk thema.

Kwaliteit

Kwaliteitssystemen en praktijkaccreditatie leiden tot extra administratieve regeldruk

- Huisartsen voelen zich verplicht jaarlijks mee te doen met de NHG-praktijkaccreditatie.
- Interne kwaliteitssystemen, toetsgroepen en onderlinge visitatie vragen tijden en energie van huisartsen.
- Huisartsen gaan defensiever werken vanwege de steeds luidere roep om transparantie.
- Huisartsen verzetten zich tegen toenemende administratieve lastendruk in hun werk.

Opleiding

De vraag naar en het aanbod van stage- en opleidingsplaatsen sluiten niet op elkaar aan

- Huisartsen in sommige regio's krijgen de opleidingsplaatsen voor nieuwe huisartsen niet gevuld.
- Huisartsen bieden te weinig stageplaatsen aan voor ondersteunend personeel, zoals praktijkondersteuners.

Innovatie

Technologische ontwikkelingen en uitkomsten van onderzoek veranderen het werk van de huisarts

- De mogelijkheden van digitale diagnostiek, behandeling en communicatie in de huisartsenzorg nemen toe.
- Ontoereikende standaardisering en niet-communiserende ict-systemen belemmeren huisartsen in hun werk.
- Het doel dat huisartsen in 2022 structureel meewerken aan wetenschappelijk onderzoek, is nog niet gehaald.

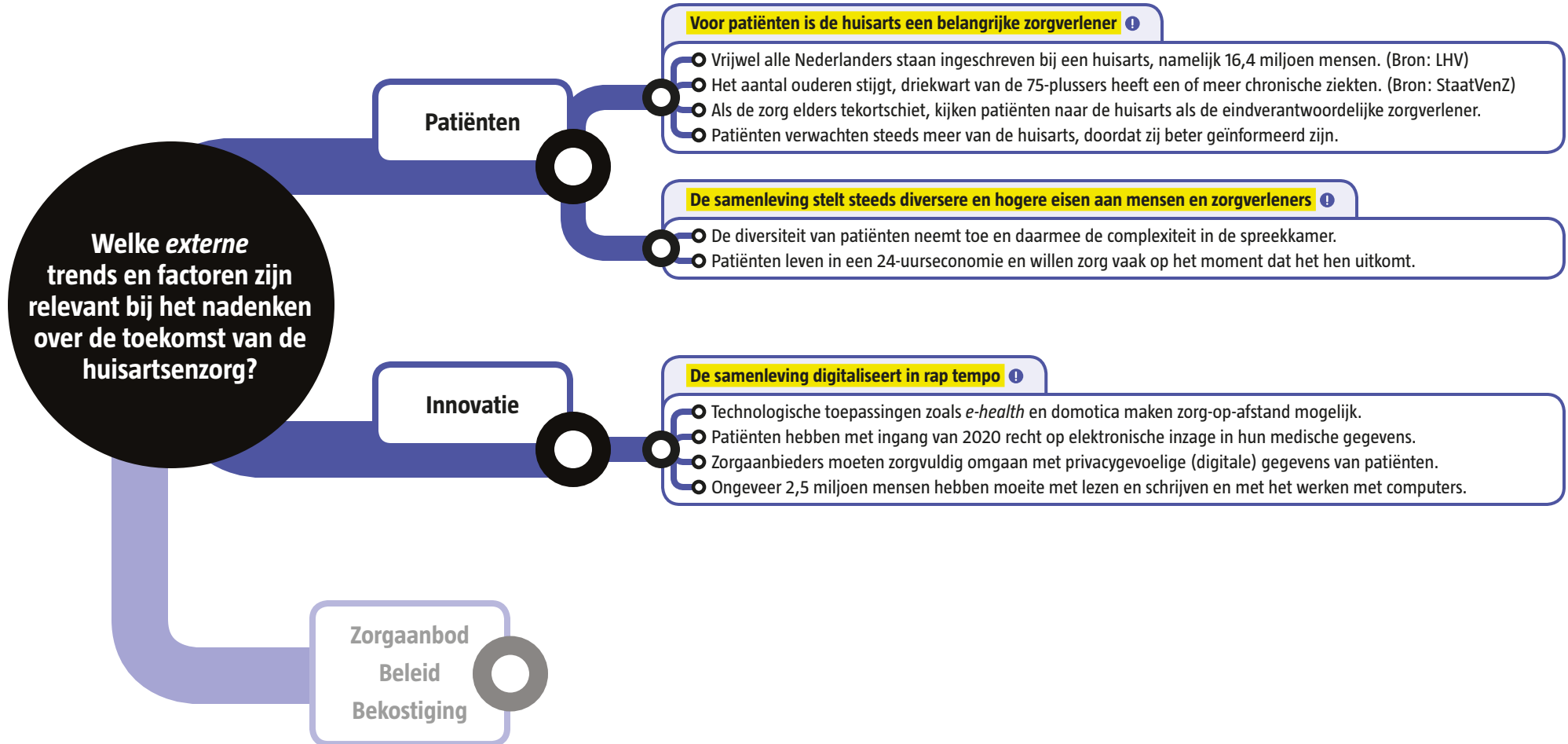
Bekostiging

De contractering van het totaal aanbod aan huisartsenzorg gebeurt op afstand van de huisartsenpraktijk

- Huisartsen ervaren relatief weinig invloed op de contractering van huisartsenzorg in hun regio.
- Huisartsen organiseren zich in zorggroepen voor de contractering van ketenzorg met zorgverzekeraars.

Welke interne trends en factoren zijn relevant bij het nadenken over de toekomst van de huisartsenzorg?

Externe trends en factoren



Externe trends en factoren

