

Stuurgroep Toekomst Huisartsenzorg (Ineen, LHV, NHG, VPH)
Ter attentie de heer Paul van Rooij
Algemeen directeur LHV

Utrecht, 26 mei 2020

Geachte heer de Rooij, Beste Paul,

Naar aanleiding van uw mail op 7 mei jl. willen wij, de gezamenlijke beroepsverenigingen in de huisartsenvoorziening, u hierbij graag onze bevindingen en suggesties meegeven ten behoeve van het concept Toekomst Huisartsenzorg - Kerntaken in de praktijk. Daarnaast delen wij, ter inspiratie en ter onderbouwing aan onze reactie op uw zienswijze, onze visie op de Huisartsenvoorziening 2032 als bijlage aan dit schrijven.

De gezamenlijke beroepsverenigingen vertegenwoordigen de circa 30.000 werkenden in de huisartsenvoorziening. Zoals u kunt lezen gebruiken wij de term huisartsenvoorziening omdat dit breder is dan alleen de individuele praktijk en of de huisarts.

Dit is dan ook direct een eerste opmerking met betrekking tot uw document. Oprecht blij waren wij met de nieuwe kernwaarden. Gezamenlijk. Samen met de patiënt, samen met het team, beroepsgroep en andere zorg- en hulpverleners.

Gezamenlijk

U spreekt in de algemene inleiding (huisarts nu) uit dat huisartsen samen met hun team medische zorg biedt voor patiënten met chronische aandoeningen en voor patiënten in de laatste levensfase. Tevens geeft u aan dat in de huidige praktijk patiënten met medische vragen terecht kunnen in de huisartsenpraktijk.

Wij ervaren dit (al) breder. Wij zien op onze spreekuren ook patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen. De POH-ggz en POH-ouderen (waarbij ook psychische en sociaal-maatschappelijke problematiek in het spreekuur zichtbaar worden als oorzaak van de medische klacht) is naast de andere zorgprofessionals een belangrijk onderdeel van het zorgteam. De huisartsenpraktijk bestaat uit een samengesteld team zorgprofessionals met ieder een eigen takenpakket, expertisegebied, behandelingsbevoegdheid specifieke patiënten of cliënten en verantwoordelijkheden. Onder supervisie van de huisarts, want deze is eindverantwoordelijk. De zorgprofessionals staan naast elkaar en vullen elkaar aan. Dat gebeurt nu en zal in de komende jaren nog meer het geval zijn. De zorgprofessional in de huisartsenvoorziening is een nieuwsgierig en op niveau opgeleid onderdeel van het zorgteam.

Door een oplopend tekort aan huisartsen en een toenemende complexe zorgvraag, verwachten wij een 'nieuwe' rol voor de huisarts. Naast het uitvoeren van het beroep Huisarts, is deze werkgever en ondernemer. Onder de noemer goed werkgeverschap dient er op gepaste wijze leiding gegeven te worden aan een team van professionals. De praktijkmanager kan hierbij de 'praktische' zaken uit handen nemen, de werkgever (praktijkhouder, eindverantwoordelijke huisarts) is de (vakinhoudelijke) leidinggevende.

De Huisartsenvoorziening van de toekomst

“De huisartsenpraktijk is in beweging. Dit is mede ingezet door trends en ontwikkelingen op het gebied van de ‘veranderende patiënt’, technologie, arbeidsmarkt, ICT en e-health en financiering van zorg. Dit stelt nieuwe eisen aan de herschikking van taken en werkzaamheden binnen de huisartsenpraktijk. Geboden zorg is niet meer alleen medisch van aard. Het aandeel van preventie en geestelijke gezondheid neemt toe. Evenals de samenwerking met andere partijen in de nulde-, eerste- en tweede lijn. De huisartsenpraktijk verbreedt naar huisartsenvoorziening, waarbinnen de huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners en verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en praktijkmanagers één team vormen” concludeerde de gezamenlijke beroepsverenigingen op 6 maart jl. tijdens een strategische dag (zie ook bijlage1.)

In uw concept denken wij een andere zienswijze te lezen. Door het woord medisch toe te voegen aan de kernwaarden generalistisch (Woutschoten 2019), zien wij een discrepantie tussen de behoeftevraag van de (toekomstige) Nederlandse bevolking en het toekomstige aanbod in de huisartsenvoorziening.

In uw concept denken wij deze als tegenstrijdigheden tegen te komen. Bijvoorbeeld bij de kerntaak medisch-generalistische zorg. De patiënt komt met een hulpvraag en de huisarts maakt een goede inschatting: is er sprake van (een combinatie van somatisch, psychisch of sociale problematiek. Als gids in de zorg verwijst de huisarts. Om een goede inschatting te kunnen maken, dient volgens ons de huisartsenvoorziening een brede kennis te hebben zodat het mogelijk is om de huisartsenzorg persoonsgericht en continu te kunnen voeren. De vertrouwensrelatie die de huisartsenvoorziening heeft met haar patiënten vraagt dit ook. Degenen die ingeschreven staan bij de huisartsenvoorziening mogen verwachten dat zij bij een hulpvraag een professional tegenover zich hebben die laagdrempelig en binnen korte tijd, een eerste hulp kan bieden.

Basisaanbod

Iedere patiënt moet kunnen rekenen op het zogenoemde basisaanbod aldus uw visie. U stelt dat het hierbij gaat om een veelal (hulp)vraag gestuurde zorg binnen de beschreven kerntaken en zorg die alle huisartsen kunnen leveren.

U geeft hierbij aan dat in ieder geval de inventarisatie van gezondheidsklachten en aandoeningen, hulpvraagverheldering en triage vallen onder dit basisaanbod. Vervolgens geeft u in de visie aan dat huisartsen kunnen kiezen om extra aanbod te bieden. U noemt hierbij een aantal voorbeelden en voorwaarden.

Om in de toekomst huisartsenzorg op hetzelfde niveau te kunnen bieden, achten wij het raadzaam mee te nemen in de daartoe nodige onderhandelingen, het genoemde extra aanbod juist binnen het basisaanbod te kunnen gaan aanbieden. De samenleving wordt immers complexer en de zorgvraag neemt toe, aldus uw inleiding. De keuze om preventieve zorg als kerntaak op te nemen, ondersteunt dit advies. Het is een wezenlijk onderdeel van het dagelijkse werk van alle zorgprofessionals binnen de huisartsenvoorziening.

Vandaag en morgen!

Reactie op de specifieke kerntaken

Algemene inleiding

1. Het doel van de uitwerking van de kerntaken is om in de toekomst de huisartsenzorg op hetzelfde niveau te kunnen bieden, zo staat in regel 14. Of dit doel bereikt wordt door de kerntaken van de huisarts te beschrijven, vragen de beroepsverenigingen zich af. De voorliggende notitie is met name gericht op de inhoud van de taken van de huisartsenzorg en gaat voorbij aan de organisatie van de huisartsenzorg. Met de komst van soh, poh, poh-ggz en de poh-ouderen is meer differentiatie ontstaan in de personeelsopbouw van huisartspraktijken. Ook de schaalvergroting in huisartspraktijken, toename van de aantallen waarnemers en HidHa's, mogelijke inzet van verpleegkundig specialisten en/of physician assistants vergroten de mogelijk heden tot taakdifferentiatie voor huisartspraktijken. Door het bepalen van een optimale Skillmix en inzet van professionals binnen de huisartsenvoorziening kan de huisarts samen met het team van professionals effectiever en efficiënter werken. Hierdoor kunnen patiënten ook in de toekomst op een laagdrempelige wijze terecht bij de huisartsenvoorziening.

2. In aansluiting hierop zien we op dit moment al een verandering in de huisartsenvoorziening plaatsvinden ten gevolge van het COVID virus. We zien een opmars van het gebruik van digitale middelen en we verwachten, dat dit een enorme vlucht gaat nemen. We begrijpen dat u bij de uitwerking van de notitie nog niet geconfronteerd was met het COVID-19 virus en dit niet heeft mee kunnen nemen bij de plannen. Toch willen we hier graag de noodzakelijk ontstane veranderingen benoemen, die het COVID virus met zich meebrengt. We voorzien mede hierdoor, dat de rol en functie van de poh's ingrijpend is aangepast aan de situatie en blijvend anders wordt ingevuld. Zo zullen zij in toenemende mate gericht zijn op het uitlezen van de gegevens van de verschillende gezondheidsapps, een analyserende rol hierbij hebben en een signalerende functie rol ten behoeve aan de specifieke hulpvraag hebben. Patiënten hebben zelf de regie met behulp van alle slimme apps en andere zelfhulpmiddelen; de poh interpreteert deze digitale gegevens en zal zo nodig bijsturen om de gezondheid van de patiënt zo optimaal mogelijk te houden. Ook het zogenaamde beeldbellen zal, waar het kan, blijvend worden ingezet is onze verwachting en zien wij een verschuiving qua vakinhoudelijk handelen. Veel poh's zijn in de afgelopen maanden ingezet voor de z.g. ACP gesprekken. Voor COVID signaleerden wij al een belangrijke rol voor de poh rondom levenseinde en palliatieve zorg. Nu is het voor veel poh's een belangrijk onderdeel van het werk.

3. We staan met elkaar voor de taak de huisartsenzorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit is een enorme opgave en we zullen inderdaad gezamenlijk actie moeten ondernemen om in de toekomst goede huisartsenzorg aan te kunnen blijven bieden. De huisarts is anno 2020 niet meer individualistisch werkzaam, en heeft een team van competente professionals waarmee hij/zij in de praktijk samenwerkt. In dit team heeft de doktersassistent en triagist, de poh / poh-ggz en poh-ouderen, de verpleegkundige specialist, physician assistant en praktijkmanager inmiddels een belangrijk en waardevolle positie verworven en heeft hierin een toegevoegde waarde voor de huisarts en de patiënt. Dat in deze notitie met name de rol van de huisarts is benoemd, is begrijpelijk vanuit de context waarin de notitie tot stand is gekomen. Het doet echter geen recht aan de huidige praktijk, omdat de huisarts gezamenlijk met het betreffende team hulpvragen behandelt. De kernwaarde 'gezamenlijk' komt helaas nauwelijks tot uiting in de beschrijving van de kerntaken.

4. De afbakening van de werkzaamheden in de huisartsenzorg door de toevoeging van het begrip ‘medisch’ leidt tot een versmalling van de werkzaamheden, die in de huisartsenvoorziening worden verricht. Hoe de zorg in de huisartsenvoorziening er wel uit ziet, staat passend en helder omschreven in de kernwaarde ‘persoonsgericht’. Hierin staat namelijk dat huisartsen de hele mens centraal stellen en niet alleen op diens ziekte en beperkingen focussen. Deze kernwaarde geeft goed weer waar huisartsen en overige teamleden zich dagelijks mee bezighouden. Zij beperken zich niet tot de ‘medische’ hulpvraag, maar bieden een laagdrempelige mogelijkheid waar patiënten met vragen over gezondheid en ziekte terecht kunnen, zoals mooi omschreven in regel 58. Op andere punten in de notitie komen we echter regelmatig de term ‘medisch’ tegen, hetgeen afbreuk doet aan de werkelijkheid. In de dagelijkse praktijk houden de teamleden zich bezig met lichamelijke en psychische klachten en proberen zij daarnaast deze klachten te voorkomen door preventieve leefstijladviezen.

Kerntaak Medisch-generalistische zorg

In regel 81 en verder staat te lezen dat bepaalde vormen van zorg niet binnen de huisartsenzorg thuishoren. Voor de praktijk is echter de vraag of de scheidslijnen zo makkelijk te trekken zijn en dat hier niet meer een fluïde manier van werken gekozen moet worden. Hoe strikt is de grens in de praktijk te trekken? “Vragen van niet medische aard worden buiten de huisartsenpraktijk behandeld”. Enige ruimte op basis inschatting patiëntrelatie is gewenst en onderschat de rol van de doktersassistent hierin niet.

In regel 89 staat dat medische zorg voor bijzondere patiëntengroepen, zoals thuiswonende, dementerende ouderen, specialistische kennis en kunde vereist, die de huisartsenzorg overstijgt. Het roept de vraag op wat dit betekent voor patiënten met dementie en de poh-ouderen. Een professional die zich dagelijks bezighoudt met de zorg voor kwetsbare ouderen en hierin een belangrijke coördinatiefunctie heeft. Vanwege het toenemend aantal ouderen en de co-morbiditeit zien we de vraag naar de functie van poh-ouderen alleen maar toenemen. Nu al komen steeds meer (thuiswonende) ouderen met dementie in beeld bij de eerstelijnszorgverleners en blijven langer onder de zorgverantwoordelijkheid van de huisarts. We vragen ons af tot wie de dementerende ouderen zich moeten wenden indien deze niet meer onder verantwoordelijkheid van de huisarts valt. En we zien een discrepantie met de kernwaarde ‘medisch-generalistisch’ waarin staat beschreven dat huisartsen het eerste aanspreekpunt zijn voor de lichamelijke en psychische klachten van jong tot oud. En hoe verhoudt de uitspraak in regel 89 zich tot de kerntaak terminaal palliatieve zorg? Het gaat hier om een groep, waar de ouderen een groot aandeel in hebben, omdat ze naast lichamelijke klachten, ook dementerend zijn.

Kerntaak Zorgcoördinatie

In de kerntaak zorg coördinatie ontbreekt de uitwerking van de coördinatie van zorg voor patiënten met psychische klachten. De poh-ggz werkt samen met de patiënt aan het behouden, versterken en herstellen van de psychische gezondheid. Patiënten kunnen hier terecht met hulpvragen op het gebied van psychische, psychosomatische en psychosociale klachten. Coördinatie van zorg voor deze patiënten is eveneens relevant. Temeer, omdat psychische klachten en lichamelijke klachten nauw met elkaar verweven zijn.

Het hoort wellicht niet allemaal bij de randvoorwaarden maar wij lezen niets over bijvoorbeeld : blauwdruk m.b.t. samenwerking in regio of wijk, concept contracten, m.b.t. deze samenwerkingen, wie draagt waar de verantwoordelijkheid voor, het waarborgen van kwaliteit van rapporteren, financiering van samenwerkingen.

Kerntaak Terminaal-palliatieve zorg

In de kerntaak terminaal-palliatieve zorg missen we de rol van het ondersteunend team in de huisartsenzorg, zoals benoemd onder punt 3 bij de algemene punten. Vaak hebben de poh en de poh-ouders (en in sommige gevallen de poh-ggz) al een lange professionele relatie met deze doelgroep en gaan zij - naast de huisarts - op huisbezoek bij deze patiënten. De kernwaarde persoonsgericht geeft hierbij treffend aan waar de behoeftevrage van de patiënt dient te worden gerespecteerd. In de dagelijkse praktijk zien wij poh's die middels nascholingsprogramma's zich deskundig voorbereiden op deze belangrijke rol binnen hun vakgebied.

Kerntaak Spoedeisende huisartsenzorg

In de randvoorwaarden wordt in regel 277 gesproken over functionarissen in een goed ondersteunend team de assistent genoemd. Hier lezen wij de algemene term 'assistenten'. Graag zien wij dat de functie van doktersassistent wordt genoemd.

In regel 286 wordt gesproken over de rol van de eerste lijns- beroepsorganisaties. We zijn benieuwd welke inspanning van ons hier als beroepsvereniging wordt verwacht.

Kerntaak Preventieve Zorg

In de preventieve zorg hebben de teamleden binnen de huisartsenvoorziening een onmisbare rol. In deze tijd van het COVID 19 virus zien we hoe belangrijk preventieve interventies zijn voor risico groepen. Toch lezen we in regel 332 dat een rol van de huisarts niet vanzelfsprekend is in nieuwe nationale preventieprogramma's. De patiënt heeft een vertrouwensrelatie met de arts en juist deze relatie kan bijdragen aan het feit dat de patiënt deelneemt aan preventieprogramma's.

Tot slot

Veel randvoorwaarden worden in uw concept gesteld om de huisartsenvoorziening in de toekomst op hetzelfde niveau te kunnen behouden. Stel dat aan deze randvoorwaarden geen gehoor kan worden gegeven en of in de praktijk geen gehoor aan wordt gegeven. Kunnen alle ingeschreven Nederlanders dan bij de huisartsenvoorziening terecht?

Het stellen van deze randvoorwaarden zal ons te weinig beweegruimte geven voor persoonsgerichte zorg. Het kan onze intrinsieke wens, om als huisartsenvoorziening laagdrempelig en continu onze belangrijke rol in de samenleving op te kunnen pakken, mogelijk frustreren en dat lijkt ons onwenselijk.

Wij blijven daarom graag betrokken bijdragen aan de visievorming van de huisartsenvoorziening, de tactische overwegingen hieromtrent en de praktische uitvoering in de dagelijkse praktijk.

Hoogachtend,

Namens de gezamenlijke beroepsverenigingen,



Petra Portengen

Bijlage 1. Kerntaken uitgewerkt door de gezamenlijke beroepsverenigingen

5 Kerntaken door werkenden in de Huisartsenzorg uitgewerkt door bestuur en leden van de beroepsverenigingen LV POHGGZ, NVDA, NVvPO, NVvPM, V&VN vpk/poh en V&VN Verpleegkundig Specialisten.

6 Maart 2020

Inleiding

Hoewel de gezamenlijke beroepsverenigingen niet formeel zijn uitgenodigd door de huisartsenverenigingen LHV, NHG en InEen om deel te nemen aan project Toekomst Huisartsenzorg, zijn er wel nauwe contacten met Jenny Heering, arts en projectleider Visie op de huisartsenzorg LHV, over de visievorming op de toekomst van de huisartsenzorg.

De gezamenlijke beroepsverenigingen hebben het initiatief genomen om met elkaar hun visie op te toekomst te vormen. Van de huisartsenverenigingen is vernomen dat zij dit initiatief op prijs stellen.

Proces

Jenny Heering gaf aan dat de huisartsenverenigingen eerst de huisartsen aan het woord wenste te laten door aan het werk te gaan met de 5 kernwaarden (Woutschoten Conferentie 2019). Deze worden vertaald naar de 5 kerntaken in de Huisartsenzorg.

De gezamenlijke beroepsverenigingen worden vervolgens betrokken in het vervolgtraject.

Kerntaken

De geformuleerde kerntaken zijn:

- Medisch-generalistische zorg
- Spoedeisende zorg
- Terminale en Palliatieve zorg
- Preventieve zorg
- Zorgcoördinatie

Programma van de gezamenlijke beroepsvereniging om tot het adviesdocument te komen

De uitwerking is onderverdeeld in de volgende stappen:

- Stap 1. Omgevingsanalyse en het waardebod-model
- Stap 2. Uitwerking van de kerntaken
- Stap 3. Samenvattend
- Stap 4. Vervolgstappen

Stap 1. Omgevingsanalyse en het Waardebod-model

Omgevingsanalyse

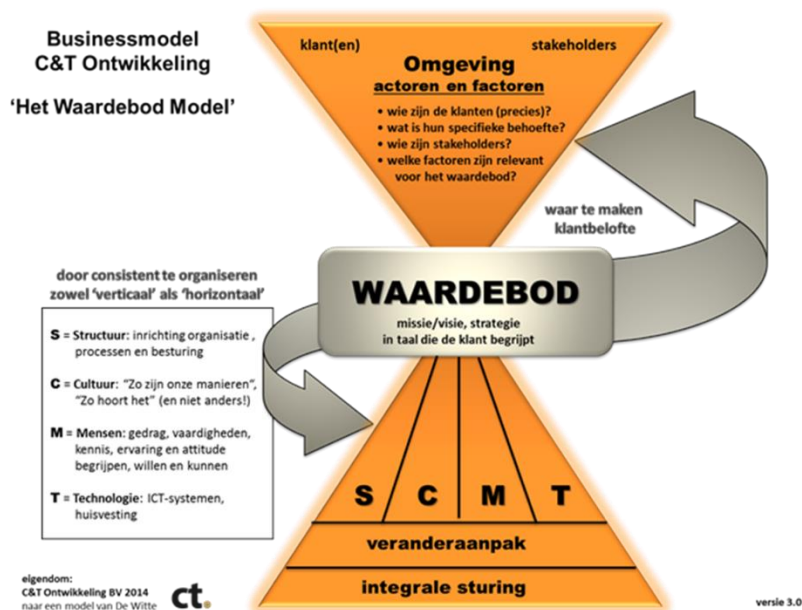
Ter onderbouwing aan de gezamenlijke visie zijn enkele stellingen voorgelegd:

- *In 2032 is het arbeidsmarktprobleem opgelost!*
 - ja: mede door verdere ontwikkeling van e-health, robotisering en de bereidheid tot andere wijze van werken dragen daaraan bij.
 - nee: door grotere zorgvraag blijft de roep om personeel bestaan.
- *In 2032 triageert de assistent niet meer!*
 - meerderheid is het eens met deze stelling. Er wordt meer afgevangen.
- *De huisarts is meer supervisor van professionals!*
 - twijfel eens: door de komst van meerdere diverse taken. Superviseren wordt meer samenwerken, wat tot gevolg heeft dat de rol van de praktijkmanager meer opkomt. De trend lijkt dat de jonge generatie huisartsen niet meer een eigen praktijk nastreeft, maar parttime deelneemt aan een huisartsenvoorziening.
- *In 2032 zijn er in elke praktijk tenminste 2 SOH (zelfstandig spreekuur afhandelen van bepaalde ziektebeelden)!*
 - vrijwel ieder is het eens. Kanttekening daarbij is, dat er ook in de praktijk naar maatwerk wordt gekeken.
Een nieuwe ontwikkeling is een pilot waarbij een assistent van de POH ondersteuning biedt door bijvoorbeeld afspraken te maken of metingen te verrichten, waardoor de POH zich meer op de inhoudelijke taak kan richten. Interessant is hoe de functie van DA zich ontwikkelt en wat de triggers daarvoor zijn, welke competenties zijn dan nodig?
- *In 2032 is het hele huisartsteam betrokken bij 24 uurs/ spoedzorg!*
 - Vrijwel ieder is het hiermee eens.
- *Alle professionals in de huisartsenzorg hebben in 2032 een eigen betaaltitel!*
 - Door de betaaltitel wordt het voor de huisarts makkelijker om juiste medewerker op de juiste plaats aan te nemen.
- *Alle zorgprofessionals zijn zelfstandig bevoegd en bekwaam!*
 - Vrijwel ieder is het hiermee eens.
Dit is waar wij als beroepsverenigingen voor stáán.
- *In 2032 is de huisarts niet meer alleen de regiebehandelaar!*
 - Vrijwel ieder is het hiermee eens: dit is de overgang van superviseren naar samenwerken.
- *Samenwerking met wijk en 2^e lijn en sociaal domein is nadrukkelijk intensiever!*
 - Deze ontwikkeling is nu al ingezet.

Veelal is sprake van huisartsenvoorziening, omdat dit breder is dan alleen de *huisartsenpraktijk*. De beroepsverenigingen pleiten ervoor om de term *huisartsenvoorziening* in het vervolg te gebruiken.

Het Waardebod Model

Met behulp van dit model kan op een gestructureerde manier de visie op de huisartsenzorg worden geactualiseerd. Door de stappen uit dit model te volgen, wordt informatie verkregen voor een geactualiseerd visiedocument namens de leden van de beroepsverenigingen.



Centraal in dit model staat het **waardebod** ofwel, het waarmaken van de klantbelofte. Wie zijn de spelers waarmee je te maken hebt en wat zijn de factoren die van invloed zijn. Vervolgens is de vraag hoe organiseer je het waarmaken van die belofte (pijl naar beneden)

Een korte uitwerking:

Als eerste stap aan de slag met het bovenste deel van het model

Factoren die van invloed op de huisartsenzorg zijn:

- We leven langer: de gemiddelde leeftijd van vrouwen en mannen is de afgelopen decennia gestegen.
- We worden eerder chronisch ziek: probleem van de zorg is dat zowel mannen als vrouwen steeds jonger een chronische ziekte krijgen.
- De totale zorguitgaven nemen toe: de zorgkosten stijgen en daarmee neemt de druk op de betaalbaarheid van het systeem toe. Hierbij wordt opgemerkt dat de kosten voor de huisartsenzorg een klein aandeel heeft in de totale zorgkosten in Nederland.
- Wettelijke regelingen (ZVW, WLZ, WMO, Jeugdwet), waardoor mensen langer thuis wonen en ondersteuning moeten krijgen. Ook andere stakeholders hebben een bepalende stem (Zorgverzekeraar, CIZ, Gemeente etc.).

Dit vraagt om een verandering in visie en aanpak en zal moeten leiden tot verbetering van de betaalbaarheid, beleving van een individu en gezondheidswinst van de populatie. Verschuiving van enkele ziekten naar de huisartsvoorziening is een goede zet en deze is een goede plek hiervoor.

Overige factoren en ontwikkelingen die van invloed zijn op de huisartsenzorg:

- Mondige patiënten en zelfmanagement / weet zelf meer kennis te halen -google- / invloed van ICT en e-health.
- Commerciële zorg.

- Regionalisering, goede organisatie en samenwerking 1^e en 2^e lijn in een regio.
- Door complexiteit van maatschappij en van bevolking kan een tweedeling in de maatschappij ontstaan.
- Demografie: ontstaan van eenzame, alleenstaande ouderen, diversiteit (andere culturen).
- Invloed van data en algoritmen.
- Integratie in de keten, niet alleen in de lijnen maar ook andere partners.
- 24 uren zorg.
- Privacy, wet en regelgeving.
- Arbeidsmarktproblematiek.
- Opkomst en invloed van technologie-reuzen op het gebied van e-health.

De vraag is: wat is het beeld dat op ons afkomt? En wat betekent dit voor de huisarts?

De onderstaande vragen zijn nader uitgewerkt:

- wat zijn de gevolgen van de boven gesignaleerde ontwikkelingen voor de huisartsenzorg?
- hoe moet de huisartsvoorziening hiermee omgaan?
- welke rol kunnen de zorgprofessionals (beroepsverenigingen die aanwezig bij deze bijeenkomst) hierbij spelen op het gebied van:

- 1) Patiënt
- 2) Technologie
- 3) Arbeidsmarkt
- 4) Samenwerking
- 5) Systeem van de huisartsenzorg

1) Patiënt

1- gevolg voor de huisartsenzorg is frequenter CHP. Verwachting 24 uur zorg is niet realistisch (zowel organisatorisch als inhoudelijk)

2- de organisatie van de huisartsvoorziening zal veranderen. Kleinschaliger?

3- passende scholing (aanpassen), PRO-ACTIEF, streven naar gelijkwaardigheid

4- diversiteit binnen het de huisartsenvoorziening. Aanname is dat diversiteit van patiënten organisch toeneemt. Binnen de Randstad is diversiteit op gang gekomen.

Daarop zullen de huisartsenvoorzieningen op moeten inspelen. Daarbij ook de verwachtingen van de patiënten managen.

2) Technologie / ICT en data

Data heeft invloed op alle gebieden in de maatschappij en daarmee ook binnen de huisartsenzorg, en gaat een steeds grotere rol spelen in de toekomst.

Voorbeeld: patiënten hebben toegang tot hun dossier. De vraag is in hoeverre zij de informatie die daarin staat kunnen interpreteren en beoordelen? De kans bestaat dat patiëntengroepen afhaken. Contact tussen huisartsvoorziening en patiënt is in dit voorbeeld van groot belang.

Samenwerken met commerciële partijen is een kans, immers zij zorgen vaak voor innovatie.

3) Arbeidsmarkt

Doordat het moeilijk is om personeel aan te trekken, legt dit druk op de kwaliteit van de zorgverlening en leidt tot afnemende patiënt-tevredenheid en afnemende patiënt-veiligheid.

Het niet kunnen vervullen van vacatures kan uiteindelijk leiden tot sluiting van huisartsenvoorzieningen.

Huisartsenvoorzieningen kunnen hiermee omgaan door goed te anticiperen op de ontwikkelingen en out-of-the-box denken.
Optie is om de praktijk anders te organiseren, door andere specialisten naast de arts in te zetten.

4) Samenwerken

van spin naar duizendpoot. Taakdifferentiatie krijgt grotere vormen binnen de praktijk.
Er is een grote groep stakeholders om mee samen te werken: direct zorg-gerelateerd in de lijnen, maar ook toeleveranciers, mantelzorgers etc.
Belangrijk hierbij is de sociale kaart.
Vraag is: wie heeft de regie in dit alles? Is dit uitsluitend voorbehouden aan de huisarts(voorziening)?

5) Systeem

Als we dit systeem voortzetten neigt dit tot bureaucratie, belemmert de taakdifferentiatie en laat de zorgverzekeraar aan het stuur.
Op dit moment zitten we in een systeemcrisis.
De trend is al wel dat het protocol gestuurde afvinken van activiteiten aan het veranderen is naar persoonsgerichte zorg. De wal zal het schip keren.

Stap 2. Uitwerking van de kerntaken

Het proces over de totstandkoming van de visie op de huisartsenpraktijk/-voorziening tot nu toe is als volgt:

- huisartsenbijeenkomst Woudschoten, aanscherpen en bepalen de kernwaarden en -taken
- beroepsverenigingen hebben op basis daarvan een eigen sessie gehouden en visie gevormd
- huisartsen hebben de kerntaken aangescherpt
- beroepsverenigingen komen bijeen (maart 2020) hier om eigen visie te vormen op de 5 kerntaken:
medisch-generalistische zorg; zorgcoördinatie; preventieve zorg; terminaal-palliatieve zorg en spoedeisende huisartsenzorg.

De boodschap vanuit de kernwaardendiscussie is: *dít is waar wij voor staan!*.
Vandaaruit zijn de kerntaken gedefinieerd.

Per kerntaak zijn de onderstaande vragen gesteld en beantwoord:

1. wat verstaan we precies onder deze kerntaak (focus/afbakening)?
2. hoe ziet deze kerntaak er in 2032 uit?
3. wat is onze bijdrage aan het realiseren van deze kerntaak?

Kerntaken, zoals deze door de huisartsen zijn geformuleerd en de reactie van de deelnemers:

Medisch-generalistische zorg

- Huisartsen leveren medisch-generalistische zorg in een consult met individuele patiënten; telefonisch, digitaal, in de spreekkamer of bij mensen thuis.
- Huisartsen en hun team beoordelen de urgentie van klachten van de patiënten (triage).
- Huisartsen beoordelen klachten, problemen en vragen van hun patiënten vanuit een medisch perspectief.
- Huisartsen betrekken bij diagnostiek en beleid de voorgeschiedenis en omstandigheden van hun patiënten, zoals werk of gezin.
- Huisartsen bepalen in overleg met hun patiënten of zorg nodig is en zo ja, welke zorg het best bij de persoon past.
- Huisartsen en hun team behandelen hun patiënten, volgen het beloop en stellen de behandeling zo nodig bij.
- Huisartsen fungeren als poortwachter voor tweedelijns zorg.
- Huisartsen en hun team bieden doordeweeks overdag minimaal het basiszorgaanbod zoals beschreven is door de beroepsgroep.

a. Kerntaak: Medisch-generalistische zorg (plenair)

Aanwezigen pleiten ervoor om de aanduiding huisarts(en) overal te wijzigen in huisartsvoorziening(en).

Niet alleen de huisarts, maar hele team levert de zorg.

De huisartsenvoorziening is basis algemene en basis geestelijke gezondheidszorg, waardoor het niet medisch- generalistisch, maar generalistisch is, met aanvulling dat *'waar mogelijk en/of noodzakelijk het aanbieden van specialistische behandelmogelijkheden'* De omschrijving is nu te smal. Het gaat niet alleen om *cure*, maar ook om *care en welzijn*.

Immers de zorg reikt verder dan alleen medische zorg. De scope is medisch, psychisch en sociaal.

Geconstateerd wordt dat er wel een grijs gebied is. Met name waar het gaat over zaken die wellicht beter passen binnen het sociaal domein.

Huisartsen zijn sterk gefocust op medisch en afbakenen. Echter binnen de huisartsenvoorziening zijn diverse professionals actief, met een eigen beroepsprofiel.

b. Kerntaak: Zorg coördinatie

Zorgcoördinatie

- Huisartsen zijn eindverantwoordelijk voor de zorg die hun huisartsteam levert.
- Huisartsen zijn een verbindende factor in de samenwerking met andere zorg- en hulpverleners in de zorgketen.
- Huisartsen bewaken dat er regie wordt gevoerd over de zorg aan hun patiënten met complexe medische problemen.
- Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners voor medische vragen over hun patiënten.
- Huisartsen beheren in het huisartsendossier beschikbare medische informatie over hun patiënten.
- Huisartsen en hun team helpen patiënten met sociale problemen de weg te vinden naar de juiste hulpverlening.

Zorgcoördinatie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ieder binnen de huisartsenvoorziening.

De boodschap is dan ook: 'huisarts, verbreedt u naar een team!'

c. Kerntaak: Preventie

Preventieve zorg

- Huisartsen bieden geïndiceerde preventie aan individuele patiënten met beginnende gezondheidsklachten.
- Huisartsen bieden zorggerelateerde preventie aan individuele patiënten om complicaties te voorkomen.

Vroegsignalering kan worden gedekt door geïndiceerde preventie tussen haakjes te zetten. Preventieve zorg is preventief en daarmee niet geïndiceerd.

In de toekomst initiëren van meer groepsconsulten, e-health, thuisarts etc. of GGZ cursussen draagt bij aan preventieve zorg.

Een andere optie is om preventieve zorg in samenwerking met het wijkteam organiseren. Een concreet voorbeeld van preventieve zorg op het gebied van GGZ is de cursus 'ontspannen kun je leren'.

d. Kerntaak: terminaal palliatieve zorg

Terminaal-palliatieve zorg

- Huisartsen bieden doordeweeks overdag terminaal-palliatieve zorg aan hun eigen patiënten.
- Huisartsen zorgen ervoor dat terminaal-palliatieve huisartsenzorg 24 uur per dag beschikbaar is voor hun patiënten.

TPZ wordt behandeld door een samengesteld team. Waar nu huisartsen staat, dit veranderen in huisartsenvoorziening. Belangrijk hierbij is dat dit niet het afgebakende domein van de huisarts is, maar van een samengesteld team. Hierbij is sprake van evenwaardige interne relatie binnen het team.

De patiënt heeft de regie kan aangeven wie de hoofdbehandelaar is.

e. Kerntaak: spoedeisende zorg

Spoedeisende huisartsenzorg

- Spoedeisende huisartsenzorg is 24 uur per dag beschikbaar.
- Spoedeisende huisartsenzorg is bedoeld voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden.

Qua omschrijving is deze groep akkoord. Huisartsenzorg moet worden huisartsenvoorziening. 24 uur beschikbaar door huisartsenvoorziening, exclusief crisis GGZ.

Stap 3. Samenvatting van deze dag

De huisartsenpraktijk in beweging is. Dit is mede ingezet door trends en ontwikkelingen op het gebied van de 'veranderende patiënt', technologie, arbeidsmarkt, ICT en e-health en financiering van zorg.

Dit stelt nieuwe eisen aan de herschikking van taken en werkzaamheden binnen de huisartsenpraktijk. Geboden zorg is niet meer alleen medisch van aard. Het aandeel van preventie en geestelijke gezondheid neemt toe. Evenals de samenwerking met andere partijen in de nulde-, eerste- en tweede lijn.

De huisartsenpraktijk verbreedt naar huisartsenvoorziening, waarbinnen de huisartsen, doktersassistenten, praktijkondersteuners en verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en praktijkmanagers één team vormen.

Stap 4. Het vervolg

Het traject is in gang gezet:

huisartsen visie → beroepsverenigingen → huisartsen met 5 werkgroepen

De beroepsverenigingen geven aan bij in gesprek te willen blijven met de huisartsen over de visie op de toekomst van de huisartsenzorg en de invulling daarvan.

Immers, zij vertegenwoordigen 30.000 professionals die samen met de huisartsen de zorg voor patiënten uitvoeren.