

Huisartsenzorg in 2012: 'Medische zorg in de buurt'

Huisartsenzorg

De huisartsenzorg is het eerste aanspreekpunt van patiënten bij hun primaire gezondheidsvragen. De huisartsenzorg anno 2012 biedt, teneinde op een veelheid van medische vragen te kunnen antwoorden, een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Daarnaast biedt de huisartsenzorg begeleiding aan mensen en hun omgeving tijdens en na hun ziekte.

Huisartsenzorg wil ook in de toekomst persoonsgericht, continu en toegankelijk zijn. Aan deze termen kennen huisartsen de volgende betekenissen toe.

Huisartsenzorg blijft ook in de toekomst persoonsgericht en integraal. Dit betekent toegesneden op de behoeften en mogelijkheden van de individuele mens. Met kennis van de levensloop van de patiënt wordt de zorg geplaatst in het bredere kader van de eigen leefomgeving en sociale context.

Continue zorg is duurzaam en strekt zich uit over langere periodes van het leven. Deze continue zorg is beschikbaar gedurende het etmaal en zeven dagen per week.

Toegankelijk betekent dat huisartsenzorg drempelloos toegankelijk is voor ieder mens in Nederland en dat huisartsenzorg in de nabijheid van de patiënt geboden kan worden.

Van huisarts naar huisartsenzorg

Om de ambitie van huisartsen te kunnen realiseren is het nodig om tussen nu en 2012 veranderingen aan te brengen in de manier van werken van huisartsen en de organisatie van de huisartsenzorg.

Huisartsen willen huisartsgeneeskundige zorg in de toekomst meer en meer bieden vanuit de huisartsgeneeskundige voorziening, die kleinschalig van aard is en beschikbaar in de nabijheid van de patiënt. Binnen deze voorziening zal taakdelegatie en taakdifferentiatie plaatsvinden, die op een zodanige manier is georganiseerd dat het persoonsgerichte karakter van de huisartsenzorg gewaarborgd is.

De huisartsenzorg heeft binnen de gezondheidszorg een centrale rol. Binnen de huisartsenzorg voeren huisartsen de regie. Academisch gevormde huisartsen concentreren zich daarbij op specifieke, medisch inhoudelijke taken. Zij wijden zich in de eerste plaats aan de directe patiëntenzorg. Als onafhankelijke huisartsen luisteren zij naar de gezondheidsvragen van hun patiënten, vertalen deze naar diagnoses, behandelen, begeleiden, adviseren en gidsen zij hun patiënten en hun directe omgeving bij ziekte in de verschillende fasen van het leven. Dit alles gedurende langere tijd.

Om de continuïteit en de persoonsgerichte benadering te garanderen heeft het begrip huisartsenvoorziening zijn intrede gedaan. In een dergelijke voorziening kunnen meerdere huisartsen de krachten bundelen. Daarnaast maakt ondersteunend personeel deel uit van de huisartsenvoorziening. Zij bieden gecoördineerde hulp aan de ingeschreven patiënten en maken daarbij gebruik van een gemeenschappelijk persoonsdossier. Een goed onderhouden en toegankelijk elektronisch medisch dossier is van vitaal belang voor de garantie van kwaliteit en continuïteit van de huisartsenzorg, en meer in het algemeen: de zorg. Dit dossier bevat de verslaglegging van de gezondheidstoestand en de relevante achtergrondinformatie. Het dossier wordt per persoon of per samenlevingsverband bijgehouden. Het ligt ter inzage voor de patiënt en voor alle door de patiënt geautoriseerde hulpverleners. Het beheer van het elektronisch medisch dossier ligt bij de huisarts.

Huisartsen staan voor kwalitatief goede zorg. Huisartsen realiseren dat door structureel aandacht te geven aan de kwaliteit van het medisch handelen, zowel persoonlijk, als binnen het samenwerkingsverband of regionale en landelijke organisaties.

Huisartsen leveren een bijdrage aan behoud, uitbouw, vorming en versteviging van de beroepsgroep, onder andere door mee te werken aan de opleiding van (huis)artsen.

Een specifiek aandachtspunt is dat huisartsen een goede balans willen vinden tussen privé- en professioneel leven. De behoefte aan deeltijdwerk zal toenemen, evenals de wens om maatschappelijk gezien meer 'gebruikelijke' werktijden te hebben.

Samenwerken en delegeren

Zoals gezegd, zal de huisarts steeds meer met anderen samenwerken. Dat gebeurt in samenwerkingsverbanden met andere huisartsen, met professionele ondersteuners en met andere zorgverleners, ieder met hun eigen deskundigheden en verantwoordelijkheden. De assistente leidt de patiënt door een goede eerste inventarisatie van de vraag naar de juiste medewerker in het samenwerkingsverband. Binnen het samenwerkingsverband zorgen de huisartsen voor de inhoudelijke verheldering van de hulpvragen en de coördinatie en de samenhang van het zorg- en begeleidingsaanbod.

Samenwerken betekent: delegatie van taken. Management- en beheerstaken worden gedelegeerd naar professionals op dit gebied die daartoe worden aangesteld binnen of buiten de huisartsenvoorziening. Medische taken worden gedelegeerd aan ondersteunend personeel. De delegatie betreft met name die taken die met behulp van richtlijnen en protocollen controleerbaar zijn. Delegatie vindt plaats met behoud van de persoonsgerichte benadering van de huisartsenzorg. Huisartsen houden overzicht over het geheel aan gegevens die beschikbaar komen. Hier ligt de meerwaarde van de huisarts: door de combinatie van en besluitvorming op grond van de veelheid van gegevens zorgt de huisarts ervoor dat de gehele behandeling meer is dan de som der delen.

I. Inleiding

De besturen van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben besloten om een nieuwe visie op het huisartsenvak te ontwikkelen. Binnen de beroepsgroep en in de samenleving daarvan hebben zich belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. LHV en NHG willen proactief het initiatief nemen tot een beschrijving van een eigen visie op de huisartsgeneeskunde en de huisartsenzorg in 2012. Hiertoe installeerden zij op 1 januari 2001 de 'Projectgroep Toekomstvisie' met de opdracht: 'ontwikkel een door de beroepsgroep breed gedragen toekomstvisie op de functie en de positie van de huisarts in de gezondheidszorg en een geactualiseerde functieomschrijving van de huisarts c.q. de voorziening huisartsenzorg'. Dit initiatief had de volgende achtergronden.

Sinds het einde van de jaren vijftig van de vorige eeuw ontwikkelde de huisartsgeneeskunde in Nederland zich tot een onmisbare schakel in het gezondheidszorgsysteem. Eind jaren vijftig werd door een voorhoede van de Nederlandse huisartsen de volgende visie op het vak van de huisarts gedefinieerd:

— *'De huisarts aanvaardt de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Hij ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (een drievoudige taak: curatief, revaliderend en preventief).'*

Vanuit deze visie kon de huisartsgeneeskunde - met grote inzet van de beroepsgroep en de universitaire huisartsinstituten - uitgroeien tot de moderne huisartsgeneeskunde. Het ontwikkelen van een gedegen onderzoeksprogramma en beroepsopleiding door de huisartsinstituten en het ontwikkelen van een volwaardig kwaliteitsbeleid met eigen richtlijnen door de beroepsverenigingen waren hierbij belangrijke pijlers.

Het domein van de huisartsgeneeskunde breidde zich de afgelopen decennia uit. Huisartsen konden steeds meer taken op zich nemen, waardoor werkzaamheden vanuit de andere sectoren van de gezondheidszorg bij de huisarts terecht kwamen. Gezondheid bleef onverminderd een belangrijk goed voor iedereen waardoor vraag en aanbod bleven stijgen. Dit in combinatie met technologische ontwikkelingen en nieuwe inzichten in de aanpak van ziektebeelden, leidde tot een toenemende vraag naar huisartsgeneeskundige zorg. Het geloof en vertrouwen in eigen kunnen leidde ertoe dat huisartsen deze zorg boden. De keerzijde was een grote toename van de werkdruk voor huisartsen. Waar de taken van de huisarts in een rap tempo toenamen, bleef de ontwikkeling van de randvoorwaarden echter achter. Een voorbeeld is de belangrijke randvoorwaarde van de capaciteit van huisartsen. Gezien de taakuitbreiding en toename van de zorgvraag zou de capaciteit moeten uitbreiden. De capaciteit staat nu en in de nabije toekomst echter onder druk. Daar komt nog een extra belemmerende factor bij zoals ondermeer de wens om meer in deeltijd te werken en de werktijden te normaliseren. Ook nam het aantal mensen dat solliciteerde als huisarts-in-opleiding (haio's) af.

Het was kortom tijd om pas op de plaats te maken en als beroepsgroep te kijken naar de toekomst: hoe ziet de huisartsenzorg in 2012 eruit? In welke richting willen we ons ontwikkelen? Het Visie-project is de eerste stap in dit proces.

II. Methode

De uitwerking van de visie-ontwikkeling is in een gedegen proces ter hand genomen. Kort weergegeven - veel uitgebreidere informatie treft u aan in een separate onderbouwende tekst - bestond de methode om tot een toekomstvisie te komen uit drie onderdelen:

- a. *een situatie-analyse;*
- b. *het ontwikkelen van toekomstscenario's;*
- c. *een inventarisatie van ambities van huisartsen tijdens visiedagen in het land.*

a. *De situatie-analyse*

Op vijf verschillende manieren werd de huisartsenzorg vanuit verschillende invalshoeken doorgelicht:

- een probleemverkenning
- het bepalen van de plaats in het zorgsysteem
- een krachtenanalyse
- een strategische positiebepaling
- het formuleren van de waarde van de huisartsenzorg (het handelsmerk).

b. *Het ontwikkelen van toekomstscenario's*

Daarnaast was het van belang inzicht te krijgen in de omgeving waarbinnen de huisartsenzorg in 2012 zou functioneren en de mogelijke rollen van de huisartsenzorg daarin. Dat gebeurde door verschillende scenario's te ontwikkelen en door te denken. Met literatuuronderzoek en interviews met deskundigen werden de scenario's verder onderbouwd en getoetst.

c. *Een inventarisatie van ambities van huisartsen tijdens visiedagen in het land.*

Huisartsen in het land werden geraadpleegd tijdens zogenaamde 'visiedagen'. Het doel van de visiedagen was:

- de huisartsen te informeren over de eerste fase van het project;
- de ambities van de huisartsen te inventariseren;
- draagvlak te creëren voor een nieuwe visie.

Om dit doel te bereiken werden de huisartsen de situatie-analyse en de toekomstscenario's voorgelegd zodat zij inzicht konden opdoen over de mogelijkheden en beperkingen voor de huisartsenzorg in de toekomst en werden zij met oefeningen uitgedaagd hun ambities, werkprocessen en organisatievorm te formuleren.

Tijdens deze dagen werd ook nagedacht over het 'handelsmerk' van huisartsenzorg, waarover in paragraaf III meer.

Deze visiedagen werden gehouden in 22 districten en op de universitaire huisartsinstituten in de periode van april 2001 tot november 2001. De 695 deelnemende huisartsen waren veelal vertegenwoordigers van hun huisartsengroep (Hagro). Daarnaast bezochten 322 huisartsen in opleiding en 146 staf-leden van de universitaire huisartsinstituten deze visiedagen.

Resultaten situatie-analyse

De huisarts is de spil in het Nederlandse zorgsysteem. Hij verwijst en begeleidt de toegang tot tal van andere zorgverleners, handelt negentig procent van de klachten zelf af en neemt slechts vier procent van het totale budget voor de gezondheidszorg in beslag. Hij levert daarmee doelmatige zorg. De sterke punten van de huisartsenzorg zijn de breedte van het aanbod, de continuïteit van hulpverlening en de persoonsgerichte benadering van patiënten. Door het (dreigende) gebrek aan huisartsen kan deze sterke positie in gevaar komen. Er zijn geen directe concurrenten die de plaats van huisartsen kunnen overnemen. Wel zijn er disciplines die deelgebieden van de huisartsenzorg zouden willen invullen. Indien dat zou gebeuren zouden het persoonsgerichte karakter van de huisartsenzorg en de continuïteit van zorg in het gedrang komen.

Deze kenmerken van de huisartsenzorg zijn echter een groot goed dat breed gewaardeerd wordt en een belangrijke meerwaarde voor de kwaliteit van zorg oplevert.

Uit de situatie-analyse kwam naar voren dat huisartsen de volgende knelpunten ervaren:

1. De werkdruk voor de huisartsen is fors toegenomen;
2. Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen in de maatschappij leiden tot een grotere en gewijzigde zorgvraag;
3. De beroepsgroep vergrijsst en er is een toenemende uitstroom;
4. Er dreigt onvoldoende aanwas van nieuwe huisartsen omdat het aantal sollicitanten voor de huisartsenopleiding afneemt;
5. De ideeën over bereikbaarheid en beschikbaarheid in de beroepsgroep wijzigen;
6. De arbeidsvoorwaarden voor huisartsen schieten te kort.

Resultaten scenario-ontwikkeling

Onderzoek naar zekerheden en onzekerheden om scenario's voor de toekomst te kunnen ontwikkelen bracht het volgende aan het licht:

- de bevolking zal groeien en van samenstelling veranderen: vergrijzen en meer multicultureel worden;
- de chronische morbiditeit zal toenemen en daarmee de zorgvraag;
- de huisartsenpopulatie zal veranderen, de vraag naar deeltijdwerken en normalisering van werktijden neemt toe;
- de middelen (financieel en personeel) in de zorg zullen beperkt blijven;
- onzekerheid over de toekomstige inrichting van het zorgstelsel, de keuzes die de politiek daarover zal maken, en de rol van zorgverzekeraars;
- onzekerheid over de gevolgen van de technologische vooruitgang voor de huisartsgeneeskunde;
- onzekerheid over een kwaliteitsverbetering in de ICT in de (huisartsen)zorg.

Met deze zekerheden en onzekerheden als uitgangspunten werden vier scenario's ontwikkeld en een optie voor de toekomst. In die vier scenario's is de visie, toen nog als optie, getoetst. De visie bleek in alle scenario's stand te houden.

Resultaten visiedagen

De analyse van de huidige situatie werd door de deelnemers aan de visiedagen herkend.

De huidige generatie huisartsen en huisartsen-in-opleiding hebben de ambitie een breed aanbod van taken te verzorgen. Zij onderschrijven het handelsmerk van de huisarts (waarover in III meer) en willen dit in de toekomst behouden. Ze zijn zich er volop van bewust dat hiervoor organisatorische maatregelen getroffen moeten worden. De huisartsen gaven aan zelf vooral het uitvoeren van medische taken te ambiëren.

III. Van huisarts naar huisartsenzorg

Handelsmerk

In de voorbereidingsfase en vervolgens in de visiedagen is het handelsmerk van de huisarts geformuleerd. De uitkomst hiervan is het volgende handelsmerk.

Huisartsen bieden zorg en begeleiding aan hun patiënten en hun omgeving op een persoonsgerichte, continue en toegankelijke wijze.

De huisarts biedt patiënten een breed aanbod van diensten, waarbij de huisarts:

- klachten weet te vertalen naar diagnoses om vervolgens een adequate aanpak voor te stellen;
- klachten weet te voorkomen;
- patiënten en hun omgeving kan behandelen, verwijzen en begeleiden;
- gedurende lange tijd zorg biedt die op de persoon en zijn omgeving is gericht.

Ten opzichte van andere zorgverleners onderscheiden huisartsen zich hierbij met name door:

- de wijze van klachtenvertaling (namelijk vanuit een persoonsgericht en generalistisch perspectief);
- de nabijheid;
- de persoonsgerichte benadering van de patiënten waarbij een klacht met kennis van de levensloop wordt gezien in het bredere kader van de leefomgeving en sociale context van de patiënt.

Deze kenmerken leiden tot een vertrouwensrelatie tussen huisartsen en patiënten. De huisarts is als onafhankelijke vertrouwenspersoon met dit handelsmerk in ons land een begrip. Huisartsen staan voor deze taken en voor een kwalitatief hoge uitvoering daarvan. Goede huisartsenzorg is generalistisch en laat zich niet versplinteren.

Tussen droom en werkelijkheid...

Zoals gezegd, huisartsen onderschreven dit handelsmerk tijdens de visiedagen, maar gaven tegelijkertijd aan dat er een aantal ingrijpende wijzigingen nodig is om dit handelsmerk ook in de toekomst te kunnen waarmaken. Dit zal met name gevolgen hebben voor de manier waarop de huisartsenzorg ingericht is en waarop huisartsen - zowel inhoudelijk als organisatorisch - hun werk doen.

Van zorg van huisartsen naar huisartsenzorg

De belangrijkste wijziging in de organisatie van de zorg is de herdefinitie van 'zorg van de huisarts' in 'huisartsenzorg'. Niet de huisarts, maar huisartsenzorg als voorziening geeft uitvoering aan het handelsmerk. De huisartsenzorg is in de toekomst georganiseerd in een samenwerkingsverband. Het samenwerkingsverband kan verschillen qua grootte en intensiteit. Voor de relatie tussen huisarts en individuele patiënt, de huisartsenzorg in het algemeen of de huisartsenzorg buiten kantooruren gelden verschillende schaalgroottes.

De ideale schaalgrootte - die per situatie kan verschillen - moet nader uitgewerkt worden.

Generalistische, persoonsgerichte en continue huisartsenzorg vergt een breed aanbod. Huisartsenzorg biedt diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Daarnaast draagt de huisartsenzorg zorg voor begeleiding van mensen en hun omgeving tijdens en na hun ziekte. Dit brede aanbod aan huisartsenzorg wordt door patiënten hogelijk gewaardeerd, het leidt tot een kosteneffectieve hulpverlening en - door de generalistische kijk - tot een hoge kwaliteit van zorg.

Uit registraties blijkt dat de huisarts dit brede pakket momenteel waarmaakt. Om brede huisartsenzorg in de toekomst te kunnen garanderen is delegatie

aan ondersteunend personeel nodig, een intensievere samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners - zowel binnen als buiten de huisartsenzorg - en differentiatie. Gezien de centrale rol binnen de gezondheidszorg stemmen huisartsen af met andere zorgverleners.

Huisartsenzorg: persoonsgericht, continu, en toegankelijk

Het persoonsgerichte karakter van de huisartsenzorg blijft een belangrijk kenmerk van het handelsmerk.

Persoonsgericht betekent in dit verband dat de geboden zorg op de persoon is toegesneden en aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de individuele mens. Binnen de huisartsenzorg wordt een ziektebeeld niet geïsoleerd bekeken, maar met kennis van de levensloop in het bredere kader van de leefomgeving en sociale context van de patiënt. Hierin onderscheidt de huisartsenzorg zich van andere zorg, waar het uitgangspunt altijd een klacht of ziektebeeld is.

Continuïteit blijft een kenmerk van huisartsenzorg, ook als deze zorg vanuit een huisartsenvoorziening wordt geboden. De term continuïteit heeft twee betekenissen.

Continue zorg is duurzaam en strekt zich uit over langere periodes van het leven. Daarnaast betekent continue zorg dat huisartsenzorg rond de klok beschikbaar is. Huisartsenzorg is voor de avond-, nacht- en weekenddiensten in de toekomst georganiseerd in goed functionerende dienstenstructuren.

Het belang van persoonlijke continuïteit is gelegen in de voorkennis die de huisartsenzorg over patiënten opbouwt, een betere kwaliteit van de arts-patiëntrelatie, een groter vertrouwen in de huisarts en een grotere tevredenheid bij zowel patiënten als huisartsen.

Ten slotte is toegankelijkheid een belangrijk kenmerk van de huisartsenzorg. Huisartsen zijn van mening dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg goed gewaarborgd moet zijn. Huisartsenzorg behoort volgens huisartsen dremelloos toegankelijk te zijn voor ieder mens in Nederland. Toegankelijk betekent ook dat huisartsenzorg in de nabijheid van de patiënt geboden kan worden, inclusief visites aan huis.

Goede ICT van vitaal belang voor de huisartsenzorg van morgen

Persoonsgerichte, continue en toegankelijke zorg blijven kenmerken van de huisartsenzorg, ook in de nieuwe setting waarin dat gegeven zal kunnen worden. Om dit te garanderen is een goede ICT van vitaal belang. De huisarts beheert het medisch dossier van de patiënt. Daarin is de medische geschiedenis van het leven van de patiënt vastgelegd. Met behulp van een goed onderhouden en goed toegankelijk Elektronisch Medisch Dossier zijn relevante gegevens beschikbaar voor patiënt of behandelaars bij nieuwe of recidiverende ziekte-episodes. De huisarts draagt zorg voor een zorgvuldige interpretatie en overdracht van de gegevens in samenspraak met de patiënt.

Huisartsgeneeskunde binnen de huisartsenzorg

Binnen de huisartsenzorg concentreert de huisarts zich op het medisch werk. Wezenlijk voor de huisartsgeneeskunde is dat huisartsen luisteren, klachten vertellen naar diagnoses, behandelen, adviseren, verwijzen en begeleiden. Omdat de vraag toeneemt en complexer wordt, delegeren huisartsen een deel van de medische taken naar ondersteunend personeel. Deze taken moeten op toetsbare protocollen gebaseerd zijn. Het ondersteunend personeel voert onder verantwoordelijkheid van de huisarts gedelegeerde taken zelfstandig uit. Ook zullen huisartsen binnen de groep waarbinnen ze werken differentiaties kiezen.

Delegatie en differentiatie gaan echter nooit ten koste van het integrale karakter van de huisartsenzorg. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de persoons-

gerichte zorg en begeleiding. Huisartsen hebben overzicht over het grotere geheel van het leven, de levensgeschiedenis en omgeving van de patiënt. Door de integrale en generalistische blik voorkomen huisartsen versplintering van het zorg- en begeleidingsaanbod. Zij zijn eindverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. De meerwaarde van de huisarts is dat huisartsen er daarmee voor zorgen dat de zorg en begeleiding van patiënten en hun omgeving méér is dan de som van - al dan niet gedelegeerde - delen. Dat geldt niet alleen voor de huisartsgeneeskunde, maar voor de zorg in het algemeen. Huisartsenzorg is attent op en zorgt voor samenhang in de medische zorg.

In een dergelijk samenwerkingsverband is een juiste éérste inventarisatie van de vraag een belangrijke voorwaarde. Een belangrijke rol is hier weggelegd voor de assistent die de vraag van de patiënt op adequate wijze verheldert en interpreteert. Op basis van deze inventarisatie wordt de patiënt naar de juiste medewerker geleid. Huisartsen blijven verantwoordelijk voor de verheldering van de hulpvraag en de kwaliteit van huisartsgeneeskundige zorg.

Werken volgens deze visie zal volgens huisartsen betekenen dat een nieuw evenwicht gevonden zal moeten worden tussen verschillende polen, zoals

- tussen solitair werken en team- en netwerken,
- tussen zelf doen en delegeren/organiseren,
- tussen alles doen en durven kiezen.

IV. De weg naar de toekomst

Het is duidelijk dat er veel werk wacht als we de visie die we hierboven formuleerden willen realiseren. In de komende jaren zal daar structureel en op verschillende gebieden aan gewerkt moeten worden. Ook zullen enkele discussies - zowel binnen de beroepsgroep, als met andere betrokkenen bij de gezondheidszorg - met nog meer diepgang gevoerd moeten worden, zodat goed onderbouwde en gedragen keuzes gemaakt kunnen worden.

Zonder volledig te zijn is op grote lijnen duidelijk dat er actie ondernomen zal moeten worden op onderstaande punten. Bij al deze acties zijn zowel randvoorwaardelijke als inhoudelijke aspecten te onderkennen. Daarom zullen de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap hierbij - ieder vanuit een eigen verantwoordelijkheid en deskundigheid - waar mogelijk en nodig gezamenlijk optrekken.

1. **beperking van de uitstroom** uit het huisartsenvak, door het scheppen van loopbaanperspectief;
2. concrete ondersteuning bij de bevordering van **samenwerking**, zowel binnen de voorziening als met andere samenwerkingspartners (binnen een geïntegreerde eerstelijns), onder andere met ondersteuning van de beroepsverenigingen;
3. **huisvesting en infrastructuur** met (gemeentelijke) politiek en verzekeraars mogelijk maken;
4. Op grond van de visie dient een aangepaste **functie-omschrijving** gemaakt te worden, met een beschrijving van de daarbij behorende praktische invulling en het daarbij behorende brede **takenpakket** van de huisartsenzorg. Dit is van belang omdat huisartsenzorg expliciet duidelijk wil maken welke zorg ze levert en omdat het van belang is dat de samenleving weet wat ze van de huisartsenzorg kan verwachten (en wat niet).
5. verbetering **ICT** binnen de voorziening, de geïntegreerde eerstelijns en verticale samenwerking tussen eerste en tweedelijns, inclusief adequaat elektronisch patiëntendossier en goede informatie-uitwisseling;
6. de **instroom in de huisartsenopleiding** aantrekkelijker maken door het imago van het vak te verbeteren en te investeren in de beroepsopleiding zowel inhoudelijk als financieel;
7. opleiding en financiering **ondersteunend personeel**;
8. ontwikkelen van **protocollen** voor inventarisatie van de hulpvraag en te delegeren taken;
9. opleiding en certificering van **differentiaties**;
10. **inhoudelijke ondersteuning** voor huisartsen bij actuele ontwikkelingen en het kwaliteitsbeleid;
11. verbetering van de organisatie en inhoudelijke ondersteuning van **avond-, nacht-, en weekenddiensten**;
12. **structurele aandacht voor kwalitatief hoogstaande huisartsenzorg** vanuit de samenleving (i.c.: de politiek);
13. Het uitdragen van de Nederlandse visie op de huisartsenzorg en huisartsgeneeskunde in **internationaal verband**, tegen de achtergrond van de Europese eenwording.