

NHG • LHV

TOEKOMSTVISIE huisartsenzorg



Modernisering naar menselijke maat
Huisartsenzorg in 2022

Huisartsenzorg is
generalistische medische
zorg, laagdrempelig
toegankelijk voor alle
mensen dichtbij huis.
Huisartsenzorg is de
sleutel tot een duurzame,
doelmatige gezondheids-
zorg van hoge kwaliteit.



Utrecht, 2012

Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is een uitgave van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde.

Leeswijzer

De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is opgebouwd uit twee documenten:

1. Het **kerndocument (t/m pagina 19)** met uitgangspunten, ambities en een streefbeeld voor 2022. Het beschreven streefbeeld 2022 is de stip op de horizon en heeft geen normstellend karakter. De uitgangspunten vormen het fundament voor deze kijk op de toekomst. De ambities zijn nadrukkelijk geen normen voor huisartsgeneeskundig handelen of huisartsgeneeskundige organisatie. Zij geven weer waar de beroepsgroep naar streeft in de komende tien jaar.
2. Een **achtergronddocument (vanaf pagina 21)** met de uitkomsten van een literatuurstudie op de belangrijkste thema's van deze Toekomstvisie en een procesbeschrijving hoe de Toekomstvisie tot stand is gekomen. Dit achtergronddocument is ook beschikbaar op de websites van LHV en NHG.

Het realiseren van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is alleen mogelijk in samenwerking met patiënten en andere partners in de zorg. Daarbij zullen ook de nodige randvoorwaarden moeten worden ingevuld.

Voorwoord

'Modernisering naar menselijke maat', aldus het leidende motto bij de formulering van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, die met vereende krachten en in nauwe samenspraak met de achterban tot stand is gekomen.

Een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg kenmerken de Nederlandse huisartsenzorg. Dat moet ook zo blijven en waar mogelijk versterkt, want het zijn juist deze kenmerken die patiënten zo waarderen in hun huisarts. Het is voor de patiënt essentieel zich gekend te weten door een vaste huisarts nu de maatschappij en gezondheidszorg steeds complexer worden. De huisarts op zijn beurt voelt zich bij het verstrekken van zijn adviezen-op-maat gesterkt door zijn langdurige betrokkenheid bij de patiënt en het vertrouwen dat die in hem stelt.

De Toekomstvisie wil de kernwaarden van de Nederlandse huisarts zorgvuldig borgen. Daarnaast is er oog voor de behoefte aan vergroting van de samenhang in de zorg. De huisarts – nu, maar ook in 2022 – levert zorg in fysieke consulten en visites, aangevuld met ICT-hulpmiddelen. In de spreekkamer vormen deskundigheid, overzicht en betrokkenheid van de huisarts nog altijd de basis van een door de patiënt gerespecteerd advies. Maar de huisarts merkt dagelijks dat diezelfde patiënt ook buiten de spreekkamer behoefte heeft aan gezaghebbende en persoonsgerichte afwegingen. Daarmee is de patiënt meer geholpen dan met een gedetailleerd, objectief beargumenteerd besluit door een instantie waarbinnen hij zich niet gekend weet. Vanuit zijn gids- en spilfunctie kan de Nederlandse huisarts, in samenspraak met andere betrokkenen, op zoek gaan naar een model waarin de zorg doelmatig, tijdig en gepast wordt ingezet.

Met deze Toekomstvisie willen NHG, LHV en IOH bijdragen aan een gezonde mens én samenleving. De steun van de VHN waarborgt dat ook in de organisatorische randvoorwaarden zal worden voorzien op een bij de beroepsgroep passende manier. Zo kunnen huisartsen zich sterk maken voor een toekomst waarin zij er voor de patiënt zijn én blijven, als vertrouwenspersoon met een deskundig oordeel. Niet alleen zal de patiënt zich dan blijvend gekend en erkend voelen, maar ook kan hij zo beter zelf verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen gezondheid.

Uitgangspunten



1. Een toekomstbestendige invulling van de kernwaarden huisartsgeneeskunde – generalistisch, persoonsgericht en continu – die een adequaat antwoord geeft op de vragen van allerlei groepen patiënten in de samenleving.
2. De huisarts kent zijn of haar patiënten en de patiënten kennen hun huisarts.
3. Gedeelde en afgestemde verantwoordelijkheden met andere zorgverleners, zodat de verschillende zorgvragen op de juiste tijd, op de juiste plaats door de juiste zorgverlener worden beantwoord.
4. Het leveren van kwalitatief goede en samenhangende zorg op maat dichtbij de patiënt. Goede kwaliteit uit zich in: patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, gepaste zorg en gelijkheid. De poortwachtersfunctie is daarbij essentieel.
5. Aandacht voor de betrokkenheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij de besluitvorming over het behandelbeleid en de bevordering van zelfmanagement en versterking van de mantelzorg.
6. De huisartsenzorg draagt bij aan het verminderen van gezondheidsachterstanden in de bevolking.

Ambities



1. De patiënt ontvangt zoveel mogelijk zorg in de **eigen woonomgeving** door maximaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de huisarts, **samenwerking** met andere zorgverleners in de eerste lijn en het stimuleren van zorginnovatie.
2. De huisarts investeert in een **duurzame relatie met de patiënt**.
3. De patiënt heeft te maken met een **herkenbaar team** van niet meer dan twee huisartsen: de eigen huisarts en een vaste 'tweede' huisarts.
4. De huisarts zet zich in voor **persoonlijke continuïteit** en heeft wekelijks tenminste **drie contactdagen**. Samen met de 'vaste tweede' huisarts waarborgt hij de continuïteit voor de patiënt.
5. De huisarts voelt zich verantwoordelijk voor het – in samenspraak met de patiënt – bepalen van doel en beleid van de behandeling en voor de coördinatie van zorg, ook bij verwijzing. Hiervoor wordt het **elektronisch patiëntendossier** bijgehouden en beheerd en de gegevens door de huisarts geïnterpreteerd.
6. Versterking van de **coördinatie- en gidsfunctie** van de huisarts voor alle patiënten die dat nodig hebben, met name de groeiende groep kwetsbare ouderen en kinderen en mensen met meerdere chronische aandoeningen.
7. Om de **service naar patiënten** te verbeteren, maken huisartsen actief gebruik van de mogelijkheden voor informatie- en communicatietechnologie.
8. Versterken van de **organisatiegraad** van huisartsenpraktijken op lokaal, regionaal en landelijk niveau, ter verbetering van de kwaliteit, samenwerking en doelmatigheid.
9. Door **flexibele openingstijden** van het huisartsensamenwerkingsverband kan een groter deel van de zorgvraag van patiënten overdag worden opgevangen.
10. De huisarts werkt met andere zorgverleners samen op basis van **richtlijnen** en structurele samenwerkingsafspraken.

11. De huisartsenzorg richt zich vooral op die vormen van preventie waarvan haar inzet aantoonbare meerwaarde heeft: de **zorggerelateerde en geïndiceerde preventie**.
12. Samen met andere partijen (GGD, gemeente) geven huisartsen vorm aan **wijkgebonden preventie**, waarbij wordt afgesproken wie op welke wijze de meest effectieve rol kan spelen.
13. Om de groeiende en veranderende zorgvraag op te vangen werkt de beroepsgroep, samen met de afdelingen huisartsgeneeskunde, aan **zorginnovatie**.
14. De **agenda van onderzoek en innovatie** concentreert zich op voor de huisartsenzorg relevante thema's, die gekoppeld zijn aan de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Met het oog op het efficiënt gebruik van beschikbare middelen vindt afstemming van deze agenda plaats op landelijk niveau.
15. Elke huisartsenpraktijk werkt continu en zichtbaar aan de **monitoring en verbetering van de kwaliteit** van patiëntenzorg en praktijkvoering.
16. De beroepsgroep neemt verantwoordelijkheid voor de continuïteit en ontwikkeling van het vakgebied, doordat elke huisartsenpraktijk structureel meewerkt aan **onderwijs, onderzoek of innovatie**.
17. De beroepsgroep zet in op het behoud van de **internationale koplopersrol** op het gebied van kwaliteit van zorg, zorgontwikkeling, onderzoek en onderwijs.

De huisarts blijft zijn patiënt zien als een uniek individu, met een eigen context en specifieke noden en behoeften in combinatie met persoonlijke span- en draagkracht. Vanuit deze compassie kan de huisarts zijn professionaliteit en deskundigheid aanwenden om de patiënt ook in de toekomst goede zorg te bieden.

1. Aanbod



In 2022 kunnen patiënten van de huisartsenzorg het volgende aanbod verwachten: laagdrempelige generalistische medische zorg voor jong en oud dichtbij huis, die is afgestemd op de behoeften van allerlei groepen patiënten.

De toekomstige samenleving kenmerkt zich door toenemende vergrijzing, individualisering, diversiteit en veranderende samenlevingsvormen. Omdat de huisartsenzorg rekening houdt met de persoonlijke context, wensen en behoeften van eenieder, biedt zij adequate en geëigende zorg op maat. Dit is de sleutel tot zinnige en zuinige zorg.

Dicht bij huis

Door maximaal gebruik van de mogelijkheden van de huisarts en door samenwerking met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn, ontvangt de patiënt zoveel mogelijk zorg in zijn eigen woonomgeving. Complexe ouderenzorg, samenhangende chronische zorg, GGZ, oncologische nazorg en palliatieve zorg vormen daarbij een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg.

Het aanbod is uitgebreid met diagnostische en therapeutische mogelijkheden die dicht bij huis kunnen worden uitgevoerd. In antwoord op de groeiende en complexere zorgvragen worden de competenties van alle teamleden optimaal benut. Medisch specialisten zijn voor consultatie aan de huisartsenzorg verbonden.

Laagdrempelig

De praktijkorganisatie voorziet in een laagdrempelige toegang en bereikbaarheid voor alle patiënten. Een goede inzet van informatie- en communicatietechnologie optimaliseert de contacten met patiënten en de service.

De beroepsgroep heeft de ambitie haar Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 met als motto 'Modernisering naar menselijke maat' te realiseren, als zij daartoe in staat wordt gesteld met mensen en middelen.

2. Organisatie



Om tegemoet te komen aan de groeiende en veranderende zorgvraag wordt de generalistische medische zorg dicht bij huis voor alle mensen geboden vanuit lokale samenwerkingsverbanden van huisartsenpraktijken, die hun krachten bundelen in een regionaal netwerk.

De schaal, functie en organisatie van de lokale samenwerkingsverbanden worden bepaald door de ligging, bijvoorbeeld in de stad of op het platteland, en door de behoeften en mogelijkheden van patiënten en huisartsen. Een samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken bedient zo'n 7.500 tot 17.500 patiënten en kan de vorm aannemen van een virtueel dan wel fysiek centrum, met of zonder dependances.

Lokaal

In het lokaal huisartsensamenwerkingsverband werken huisartsen, dokters-assistenten, generalistisch opgeleide praktijkverpleegkundigen, POH's GGZ en – waar nodig en gewenst – verpleegkundig specialisten. Het lokaal huisartsensamenwerkingsverband werkt samen met onder meer apothekers, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, verloskundigen, eerstelijnspsychologen, al dan niet op dezelfde locatie.

Regionaal

Lokale huisartsensamenwerkingsverbanden bundelen hun krachten in regionale huisartsennetwerken. De schaal, functie en organisatie van een regionaal huisartsennetwerk zijn enerzijds afhankelijk van de behoeften van patiënten en huisartsen en anderzijds van het aantal en de aard van de andere zorgaanbieders in de regio. Er zijn anno 2012 zorggroepen die dergelijke taken vervullen.

Afhankelijk van de behoeften van patiënten en huisartsen zorgt het regionale huisartsennetwerk voor: afspraken met de zorgverzekeraars, facilitaire ondersteuning (administratie, personeelszaken, huisvesting, ICT), een consistent kwaliteitsbeleid, intercollegiale toetsing en samenwerkingsafspraken met lokale overheden, GGD, GGZ, ambulancevoorziening en medisch specialisten. Het regionale huisartsennetwerk beschikt over een pool van diverse soorten kaderhuisartsen en verpleegkundig specialisten, levert extra mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling en faciliteert onderwijs, onderzoek en innovaties.

3. Huisarts en patiënt

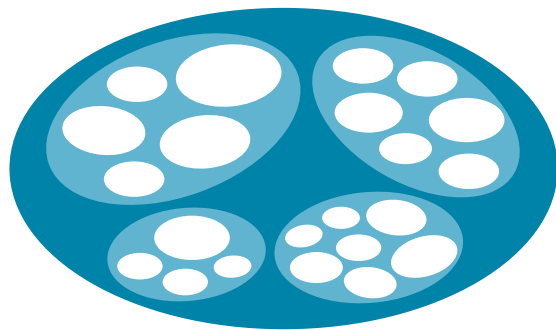



In de besturing van het regionaal huisartsennetwerk hebben de huisartsen een doorslaggevende invloed op de inhoud van de zorg en het medische beleid.

Het regionale huisartsennetwerk zet zich in voor een solide financieringsstructuur van het regionale aanbod, het uniformeren van de digitale informatie-uitwisseling tussen huisartsen en met medisch specialisten en het onderling afstemmen van de adherentiegebieden van de verschillende zorgaanbieders in de regio (GGD, GGZ, ziekenhuizen, ambulancevoorzieningen).

De landelijke verenigingen LHV, NHG en VHN ondersteunen ieder vanuit hun eigen expertise de huisartsenzorg met visieontwikkeling, inhoudelijke en financiële belangenbehartiging, richtlijnontwikkeling met bijbehorende implementatiematerialen, publieks- en patiëntenvoorlichting, ICT- en kwaliteitsbeleid en (na)scholing. De universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde zorgen voor onderwijs, onderzoek en innovatie en zijn verantwoordelijk voor de huisartsopleiding.

Organisatie huisartsenzorg



-  huisartsenpraktijk
-  lokaal huisartsensamenwerkingsverband
-  regionaal huisartsennetwerk

Samen met hun team vullen huisartsen de drie kernwaarden – generalistisch, persoonsgericht en continu – in naar de eisen en mogelijkheden van de samenleving in 2022. Empathie en heilzame zorg bestaan bij de gratie van een goede relatie.

De kracht en toegevoegde waarde van de huisartsgeneeskunde liggen in de binding tussen huisarts en patiënt en tussen praktijk en patiënt. Huisartsen onderhouden een langdurige vertrouwensrelatie met patiënten en hun gezinnen gedurende de levensloop en bieden daardoor contextgerichte zorg op maat. Om die reden zijn patiënten ingeschreven op naam van een vaste huisarts, die hun eerste aanspreekpunt vormt en gids is in de gezondheidszorg. De huisarts coördineert alle medische zorg die patiënten in de eerste en tweede lijn nodig hebben. Hij doet dat in samenspraak met de patiënt, rekening houdend met diens keuzemogelijkheden, eventuele kwetsbaarheid en eigen verantwoordelijkheid.

Vertrouwen

Binnen de praktijk hebben patiënten te maken met niet meer dan twee verschillende huisartsen, die hun zorg onderling goed afstemmen. De huisarts levert doelmatige, zinnige en zuinige zorg door vanuit de opgebouwde vertrouwensrelatie met een patiënt in gesprek te gaan en niet bij voorbaat elk verzoek te honoreren. De huisarts bespreekt met de patiënt welke zorg het meest adequaat en gewenst is en welke verantwoordelijkheid de patiënt daarbij zelf draagt ('shared decision making'). Vanuit het zorgvuldig opgebouwde vertrouwen kunnen huisartsen controlerend afwachten ('watchful waiting'), het zelfmanagement van patiënten en hun omgeving versterken, hen aanmoedigen tot een gezonde leefstijl en onnodig zorggebruik voorkomen. Deze manier van werken draagt bij aan het voorkomen van onnodig medisch ingrijpen en daarmee gepaard gaande schade.

Consulten

De tijd en vorm van de consulten worden afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt: kort – indien gewenst via ICT (e-mail, video, chat) – bij patiënten met eenduidige vragen en problemen, en langer en 'face to face' bij kwetsbare (oudere) patiënten met multiproblematiek. De huisarts geeft extra aandacht aan risicopatiënten met beginnende

kwetsbaarheid of multiproblematiek, zodat zij samenhangende zorg ontvangen, niet onnodig in de medische zorg rondgaan en er geschikte ondersteuningssystemen ontstaan. Met deze versterking van de coördinatiefunctie van de huisarts wordt veel onnodig zorggebruik in de eerste en tweede lijn voorkomen.

Zelfmanagement

De huisarts wijst patiënten die dat willen en kunnen op de mogelijkheden zich aan te sluiten bij (digitale) gemeenschappen van lotgenoten, die de eigen kracht en het zelfmanagement versterken. Via 'personal health records' op aandoeningsgerichte websites kunnen zij met (gecertificeerde) zorgverleners communiceren en audits raadplegen.

4. Continuïteit



De vaste huisarts van de patiënt zet zich in voor persoonlijke continuïteit. Hij of zij heeft de medische eindverantwoordelijkheid voor het zorgplan en stemt goed af met collega-zorgverleners (huisartsen, verpleegkundigen, paramedici, etc) die een patiënt meebehandelen. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de coördinatie en continuïteit van de zorg, ook als de patiënt is verwezen.

De groeiende groep oudere patiënten (met multimorbiditeit) wil zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Specialistische zorg is steeds meer technisch en hoogcomplex, waarbij het verblijf van patiënten in het ziekenhuis zoveel mogelijk wordt beperkt. Daarom versterken huisartsen hun coördinerende en ondersteunende rol voor patiënten die dat structureel of in een bepaalde ziekte-episode nodig hebben. Als spil in het informatieproces rondom de patiënt zorgt de huisarts voor de juiste informatie, op de juiste tijd en plaats en krijgt hij deze van andere behandelaars aangeleverd. Hij is aanspreekpunt voor een adequate informatie-uitwisseling met andere behandelaars en zorgt voor een goed gegevensbeheer in het geüniformeerde huisartsen-EPD (H-EPD). Continuïteit van zorg wordt ook gewaarborgd door het gezamenlijk gebruik en beheer van het H-EPD binnen een samenwerkingsverband.

7 x 24 uur

De huisartsenzorg weet zich 7 x 24 uur verantwoordelijk voor alle huisartsgeneeskundige zorg. Door een flexibele organisatie en flexibele openingstijden kan de zorg grotendeels in het lokaal huisartsensamenwerkingsverband worden geboden. De avond-, nacht- en weekenddiensten worden – waar nodig en mogelijk in samenwerking met de nabijgelegen ziekenhuizen – vanuit de huisartsenpost georganiseerd, met een optimaal gebruik van taakdifferentiatie, -delegatie en -herschikking. Met behulp van een effectief triagesysteem komen patiënten met spoedeisende vragen op de juiste tijd en plaats bij de juiste zorgverlener. In complexe fasen van een ziekteproces begeleiden huisartsen hun patiënten persoonlijk. Zo wordt terminale zorg ook in de avond, nacht en het weekend, door de eigen huisarts geboden.

5. Samenwerking



Op wijk- of dorpsniveau werkt het lokaal huisartsensamenwerkingsverband – op basis van gezamenlijk opgestelde richtlijnen en afspraken – samen met andere eerstelijns professionals, zoals apothekers, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen, jeugdartsen, artsen arbeid & gezondheid, tandartsen, psychologen en maatschappelijk werkers. Deze samenwerking verloopt het best in een beperkte kring van zorgverleners, die elkaar kennen, weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en elkaar kunnen aanspreken op basis van vertrouwen.

De nauwe samenwerking met wijkverpleegkundigen is hersteld, waarmee de keten van 'care' en 'cure' is gegarandeerd. Hierdoor en dankzij het intensieve gebruik van zorg op afstand door de wijk- en dorpsgerichte teams van verpleegkundigen en verzorgenden kan de oudere, hulp-behoevende patiënt zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Als familiedokter signaleren zij tijdig wanneer patiënten en mantelzorgers extra ondersteuning nodig hebben. Samen met de teams van verpleegkundigen en verzorgenden bevorderen zij de zelfredzaamheid van de patiënt en diens omgeving.

Voor de integrale zorg aan chronisch zieken en kwetsbare ouderen met multimorbiditeit investeert het regionale huisartsennetwerk in multidisciplinaire samenwerking met de regionale medisch specialisten (bijvoorbeeld internisten, longartsen, geriateren, psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde), apothekers, psychologen, verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen en paramedici.

Diagnostische centra

In samenwerking met diagnostische centra kunnen huisartsen met 'point of care testing' zelf tests afnemen en de uitslag direct in hun beleid integreren. Huisartsen zetten tijdig diagnostiek in, zoals laboratorium- en functieonderzoek en beeldvormende en endoscopische diagnostiek.

Huisartsen en specialisten werken op basis van landelijke afspraken nauw samen in transmurale zorgpaden. Om samenhangende en doelmatige zorg te waarborgen blijft – bij verwijzing – de huisarts zoveel mogelijk de zorg voor de patiënt coördineren. De specialist heeft een grotere consultatieve functie, bijvoorbeeld via gezamenlijke spreekuren en (tele)consulten.

6. Preventie



Effectieve preventie draagt bij aan langer gezond leven en voorkomen van verslechtering bij (oudere) patiënten met een al bestaande chronische ziekte. Huisartsen en praktijkverpleegkundigen kennen hun patiënten, hun achtergrond en levensloop. Dit maakt hen bij uitstek geschikt om in hun patiëntenzorg extra aandacht aan preventie te besteden.

Zij doen vooral de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, terwijl de publieke gezondheidszorg met name de universele preventie voor de patiëntenpopulatie voor haar rekening neemt. De huisarts heeft, in samenwerking met andere partijen, een verbindende rol op het terrein van de selectieve preventie door onder meer patiënten te verwijzen en/of motiveren voor speciale preventieprogramma's en eventueel screeningsprogramma's uit te (laten) voeren als daarvan de meerwaarde is aangetoond.

Populatiegericht

In samenwerking met collega's in dorp, wijk en regio richten individuele huisartsen hun bijdrage aan populatiegerichte preventie en de volksgezondheid op die zaken waar zij het meeste effect kunnen sorteren. Samen met de lokale overheden, zorgverzekeraars, scholen en patiëntenorganisaties geeft het lokaal huisartsensamenwerkingsverband vorm aan preventie in dorp of wijk. Dorp- of wijkscans geven inzicht in de behoeften van de patiëntenpopulatie, op basis waarvan afspraken worden gemaakt over extra aandacht voor specifieke doelgroepen.

Door het contact met kinderen en ouders door de tijd heen, heeft de huisarts goed zicht op de context van kind en gezin. Met de lokale overheid en de uitvoeringsorganisatie voor preventieve jeugdgezondheidszorg worden samenwerkingsafspraken gemaakt over de verwijzingsmogelijkheden naar (groeps)ondersteuning op het gebied van opvoeden en opgroeien. Indien nodig verwijzen huisartsen patiënten naar preventieprogramma's voor jong en oud, onder meer op het terrein van roken, obesitas en sport en bewegen. Met de zorgverzekeraars zijn hierover financieringsafspraken gemaakt.

7. Kwaliteit en innovatie



De Nederlandse huisartsenzorg behoort internationaal tot de top. Het is de ambitie van de beroepsgroep om kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg te blijven bieden en zo de gezondheid van de hele Nederlandse bevolking te blijven bevorderen.

Noodzakelijke voorwaarde is een goed kwaliteitsbeleid op verschillende niveaus van de huisartsenzorg. De beroepsorganisaties ondersteunen de professionalisering van de beroepsgroep door de ontwikkeling van standaarden, samenwerkingsafspraken, standpunten en de bevordering van deskundigheid en een goede praktijkvoering. Kaderhuisartsen worden opgeleid om huisartsen in hun lokale en regionale samenwerkingsverbanden te ondersteunen.

Monitoring en verbetering

Om aan de groeiende zorgvraag dichtbij huis te kunnen voldoen, past de inhoud en organisatie van de huisartsgeneeskundige zorg zich voortdurend aan.

Elke huisartsenpraktijk werkt continu aan de monitoring en verbetering van de kwaliteit van zorg en praktijkvoering en werkt op enigerlei wijze mee aan onderwijs, onderzoek en innovatie.

Benchmarks

Om de effectiviteit en doelmatigheid van de preventie en zorg te onderzoeken, worden benchmarks uitgevoerd met andere huisartsencentra. Ook wordt onderzoek gedaan naar een kosteneffectieve inzet van verpleegkundig specialisten in de zorg voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen met multimorbiditeit.

Huisartsen zorgen niet alleen goed voor hun patiënten maar ook voor het team en voor elkaar. Er is structurele aandacht voor ieders loopbaanontwikkeling.

Elke huisartsenpraktijk werkt structureel mee aan onderwijs, onderzoek of innovatie.

NHG • LHV
TOEKOMSTVISIE
huisartsenzorg



Achtergrond

Inhoud

1	Inleiding	26			
1.1	Kernwaarden huisartsgeneeskunde	27			
2	Huisarts en patiënt	29			
2.1	Inleiding	29			
2.2	Toekomstige patiënten	30			
2.2.1	Vergrijzing en ontgroening	30			
2.2.2	Toename patiënten met een chronische aandoening	31			
2.2.3	Diversiteit	31			
2.2.4	Van goed geïnformeerd tot laaggeletterd	32			
2.2.5	Tweedeling in de zorg	32			
2.2.6	Overheidsbeleid: marktwerking en keuzevrijheid	33			
2.3	Wensen van patiënten	34			
2.3.1	Interviews patiëntenorganisaties	34			
2.3.2	TNS NIPO Onderzoek naar wensen van de bevolking ten aanzien van de huisarts	35			
2.3.3	Wetenschappelijk onderzoek	36			
2.4	Andere zorgpartijen en adviesorganisaties over patienten	41			
2.4.1	Eerstelijnsparitjen: grotere zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de patiënt	41			
2.4.2	RIVM en NIVEL	42			
2.4.3	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	42			
2.4.4	Diagnose 2025 Diabeteszorg	43			
2.5	Thema huisarts – patiënt in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022	43			
2.5.1	Focusgroepen	43			
2.5.2	Bijeenkomsten in de regio en op de huisartseninstituten	44			
2.6	Relatie huisarts – patiënt in 2022	45			
2.7	Conclusies	47			
3	Preventie	49			
3.1	Inleiding	49			
3.2	Meer aandacht voor preventie gevraagd	50			
3.2.1	Nederlanders niet meer op kop wat betreft levensverwachting	50			
3.2.2	Ongezonde leefstijl en overgewicht	50			
3.2.3	Grote gezondheidsverschillen in bevolkingsgroepen	53			
3.2.4	Toenemende mogelijkheden van preventie	54			
3.2.5	Maatschappelijk belang preventie	55			
3.3	Preventie door andere partijen belicht	55			
3.4	Thema proactieve preventie in project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022	60			
3.4.1	Focusgroepen	60			
3.4.2	Bijeenkomsten in de regio en op de huisartseninstituten	60			
3.4.3	Consultatie van de achterban met behulp van vragenlijsten	60			
3.4.4	Conclusie	61			
3.5	Preventie in de huisartsenzorg 2022	61			
3.5.1	Zorggerelateerde preventie	63			
3.5.2	Preventie als onderdeel van integrale huisartsenzorg en geïndiceerde preventie	64			
3.5.3	Rol bij lokaal gezondheidsbeleid	66			
4	Aanbod en randvoorwaarden	68			
4.1	Inleiding	68			
4.2	Vraag huisartsenzorg	69			
4.2.1	Vraag: Bevolkingsgroei en epidemiologie	69			
4.2.2	Maatschappelijke vraag	74			
4.3	Aanbod Huisartsenzorg	78			
4.3.1	Ontwikkelingen binnen beroepsgroep	78			
4.3.2	Het huidige aanbod	79			
4.4	Thema Aanbod in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022	84			
4.4.1	Bijeenkomsten op de huisartseninstituten en de enquête	84			
4.4.2	Regionale LHV-bijeenkomsten	85			
4.5	Randvoorwaarden	86			
4.5.1	Betaalbaarheid van zorg	86			
4.5.2	Doelmatigheid van huisartsenzorg	86			
4.5.3	Bemensing en bemiddeling: huisartsen, hun ondersteunend team en middelen	88			
4.5.4	Financiering van de huisartsenzorg	91			
4.6	Conclusies	93			
5	Samenwerking en organisatie	97			
5.1	Inleiding	97			
5.2	Ontwikkelingen in de samenwerking	98			

5.3	De huisarts als spil in de zorg	101	6.8	Conclusies	137
5.4	Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling	103			
5.5	Samenwerking in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022	104	7	Verantwoording	139
5.5.1	Focusgroepen	105	7.1	Inleiding	139
5.5.2	Bijeenkomsten in de regio en op de huisartsinstituten	105	7.2	Focusgroepen	139
5.6	Samenwerking en organisatie in 2022	107	7.3	Consultaties in het land	140
5.6.1	Samenwerking in 2022	107	7.4	Bestuursreis 'Met de blik op de toekomst'	140
5.6.2	Samenwerking binnen de eerste lijn	108	7.5	Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH)	141
5.6.3	Samenwerking met specialisten	109	7.6	Scenariocommissie	141
5.6.4	Samenwerking met lokale overheden	110	7.7	Ledenraad en NHG-Verenigingsraad	141
5.6.5	Organisatie van de huisartsenzorg	111			
5.7	Conclusies	115	Bijlage		
			Afkortingenlijst Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022		142
6	Innovatie en kwaliteit	117			
6.1	Inleiding	117			
6.2	Innovatie agenda's in de gezondheidszorg	118			
6.3	Zorginnovatie in de huisartsenzorg	119			
6.3.1	Uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden van de huisarts	119			
6.3.2	Organisatie van de diagnostiek	121			
6.3.3	Zorg voor bijzondere patiëntengroepen	121			
6.4	Innovatie in de organisatie van de huisartsenzorg	126			
6.4.1	Functiedifferentiatie	126			
6.4.2	Taakdelegatie en taakherschikking	127			
6.4.3	Inzet van ICT en e-health	127			
6.4.4	Zelfmanagement en samenwerking	130			
6.5	Randvoorwaarden voor zorginnovatie	131			
6.5.1	Zorginnovaties en de academisering van de huisartsgeneeskunde	131			
6.5.2	Onderzoek	132			
6.5.3	Onderwijs	132			
6.6	Kwaliteit	133			
6.7	Innovatie en kwaliteit in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg	135			
6.7.1	Focusgroepen	135			
6.7.2	Bijeenkomsten in de regio en op de huisartsinstituten	135			

1. Inleiding

Dit is het achtergronddocument bij de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 met als motto Modernisering naar menselijke maat.

Bij de ontwikkeling van deze visie is speciale aandacht gegeven aan een aantal thema's: de relatie huisarts – patiënt, preventie, zorgaanbod, samenwerking en organisatie en innovatie en kwaliteit. Deze thema's komen in de volgende hoofdstukken aan bod, waarbij de keuze voor de koersbepaling wordt onderbouwd.

Daar waar in dit document over huisarts of patiënt wordt gesproken kan het zowel over een man als over een vrouw gaan ondanks dat in dit document de mannelijke vorm is gebruikt. Dat geldt ook voor wijkverpleegkundige, waar de vrouwelijke vorm is gebruikt.

De huisartsenzorg heeft in de toekomst te maken met een aantal gegevens op basis van trends, maatschappelijke en epidemiologische ontwikkelingen. Deze worden in de volgende hoofdstukken beschreven.

Daarnaast heeft de beroepsgroep huisartsen bij de koersbepaling voor de toekomstige beroepspraktijk zelf keuzes gemaakt. Deze zijn terug te vinden in de uitgangspunten en ambities die bij de Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 zijn geformuleerd. Deze keuzes zijn gemaakt op basis van een uitgebreide consultatie van de achterban via focusgroepen en bijeenkomsten op de huisartsinstituten en in de regio's. Een weerslag hiervan is in de volgende hoofdstukken terug te vinden, onder meer aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijsten die aan huisartsen (in opleiding) zijn voorgelegd.

De gezondheidszorg staat volop in de belangstelling. Tijdens de ontwikkeling van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 heeft de projectgroep kennis genomen van de talloze publicaties en adviezen die hierover zijn verschenen. Waar van toepassing is hiernaar in dit achtergronddocument verschenen.

De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde liggen ten grondslag aan de beroepsuitoefening en zijn daarmee bepalend voor het referentiekader voor de toekomst. Als voorbereiding op de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 zijn de kernwaarden tegen het licht gehouden en beoordeeld tegen de achtergrond van de eisen van deze en komende

tijd. In het Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde is de betekenis van de kernwaarden toegelicht en onderbouwd.¹

1.1 Kernwaarden huisartsgeneeskunde

Huisartsgeneeskunde is generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. Onder deze begrippen wordt het volgende verstaan:

Generalistisch

Huisartsgeneeskundige zorg is generalistische zorg. Generalistisch betekent dat de huisarts open staat voor alle mogelijke klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid van alle mensen van jong tot oud. De huisarts beschikt over de kennis en vaardigheid om deze adequaat in te schatten en op grond daarvan zelf te handelen, respectievelijk te adviseren of te verwijzen waarbij hij onder meer rekening houdt met het natuurlijk beloop van ziekten.

Persoonsgericht

Huisartsgeneeskundige zorg is persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we de levensloop en de leef- en werkomgeving van de patiënt. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.

Continu

Huisartsgeneeskundige zorg is continue zorg. Dit betekent dat de huisarts voor de patiënt de constante factor is in de gezondheidszorg. Hij zorgt voor continuïteit van zorg tijdens ziekte-episodes en gedurende de levensloop. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg.

De kernwaarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hierdoor is huisartsenzorg integrale zorg: de zorg voor de patiënt in zijn gehele context en leefomgeving. 'Equity' is hierbij een belangrijk uitgangspunt.

¹ Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde. NHG/LHV, 2011/2012.

2. Huisarts en patiënt

2.1 Inleiding

De kracht en toegevoegde waarde van de huisartsgeneeskunde ligt in de binding tussen huisarts en patiënten en tussen praktijk en patiënten. Huisartsen onderhouden een langdurige vertrouwensrelatie met patiënten en hun gezinnen gedurende hun hele levensloop en bieden daardoor contextgerichte zorg, die aansluit op de behoeften en wensen van patiënten. Het behoort tot de uitgangspunten dat de huisarts zijn patiënten kent en de patiënt zijn huisarts kent. Dit heeft consequenties voor de beschikbaarheid van de huisarts.

De patiënt heeft te maken met een herkenbaar team van niet meer dan twee huisartsen: de eigen huisarts en een vaste 'tweede' huisarts. De toenemende diversiteit in de samenleving ziet de huisarts dagelijks terug in de uiteenlopende behoeften en wensen van patiënten aan zorg en service. Een belangrijk deel van de toekomstige patiëntenpopulatie is op leeftijd en behept met een of meerdere chronische aandoeningen. Er wordt veel verwacht van de toenemende mondigheid, eigen regie en verantwoordelijkheid van de patiënt in de zorg. Er blijven echter grote groepen patiënten die de huisarts om extra aandacht vragen omdat zij minder goed in staat zijn zelf om zorg te vragen. Het motto voor de toekomst is daarom Op weg naar duurzame zorg op menselijke maat om zowel kwalitatief goede zorg te bieden aan alle patiënten alsook om bij te dragen aan zinnige en zuinige zorg. De huisarts is zich hiermee bewust van zijn positie en functie in de gezondheidszorg en gaat daarbij uit van het equity-beginsel.

Equity

Equity is voor de huisartsenzorg een belangrijk uitgangspunt. Hier wordt onder verstaan dat alle mensen gelijke mogelijkheden hebben om noodzakelijke zorg te ontvangen, opdat iedereen in beginsel gelijke kansen heeft op een zo goed mogelijke gezondheid.

De huisarts voelt zich verantwoordelijk om samen met de patiënt het doel en beleid van de behandeling te bepalen en te zorgen voor de coördinatie van de zorg, ook bij verwijzing. De coördinatie- en gidsfunctie van de huisarts wordt versterkt voor alle patiënten die dat nodig hebben.

Onder dit begrip wordt verstaan dat alle mensen gelijke mogelijkheden hebben om noodzakelijke zorg te ontvangen, opdat iedereen in beginsel gelijke kansen heeft op een zo goed mogelijke gezondheid.

De kernwaarden huisartsgeneeskunde zijn de wezenskenmerken van de huisartsgeneeskunde en de verbinding tussen de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en de Toekomstvisie 2022.

De geschiedenis van de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde gaat terug tot de Woudschoten-conferentie in 1959. Daar is de huisartsgeneeskunde omschreven als 'het aanvaarden van continue, integrale en persoonlijke zorg voor het individu en het gezin.'² Sinds die tijd zijn deze uitgangspunten in het wezen van de huisartsgeneeskunde verankerd.

Vele decennia later werd voor het eerst een toekomstvisie voor de middel-lange termijn uitgebracht. Generalistisch, persoongericht en continu lagen als kernwaarden aan de basis van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en de concretisering daarvan in Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening en daarop gebaseerde Standpunten en Handreikingen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voor de innovatie van patiëntenzorg en praktijkorganisatie.^{3,4} De kernwaarden zijn eveneens terug te vinden in de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde.⁵

2 Huygen FJA. De huisarts en de wetenschap. Medisch Contact 1956;11:730-9.

3 Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.

4 Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.

5 Voor de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde wordt verwezen naar de bijlage I.

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de patiënten van de toekomst en van de wensen. Na een schets van opvattingen van anderen over de toekomstige rol van de patiënt volgt een toelichting op de ambities voor de relatie huisarts - patiënt in 2022.

2.2 Toekomstige patiënten

De toekomstige samenleving wordt bepaald door de gevolgen van megatrends als mondialisering, digitalisering en individualisering.⁶ Voor de Nederlandse gezondheidszorg is het daarnaast van belang om demografische, epidemiologische en landelijke ontwikkelingen in ogenschouw te nemen die invloed hebben op het gedrag van patiënten.

Het gaat hierbij onder meer om toenemende differentiatie binnen de patiëntenpopulatie met behoeften aan zorg op maat, hogere verwachtingen van zorg en grotere verantwoordelijkheid van patiënten voor gezondheid en ziekte.⁷ Een aantal in het oog springende ontwikkelingen wordt hieronder nader toegelicht.

2.2.1 Vergrijzing en ontgroening

De Nederlandse samenleving vergrijst en ontgroent. Een belangrijk deel van de toekomstige patiëntenpopulatie van de huisartsenzorg is daarvoor op leeftijd. Het komende decennium is sprake van dubbele vergrijzing doordat er zowel absoluut als relatief meer ouderen zullen zijn. In de periode tot 2025 groeit het aantal 65-plussers van 2,5 miljoen in 2010 tot 3,7 miljoen. Het aantal 80-plussers neemt toe van 640.000 naar 910.000. De gezonde levensverwachting (het aantal jaren dat mensen in gezondheid leven) neemt minder sterk toe dan de levensverwachting: een deel van de jaren dat mensen langer leven wordt niet in goede gezondheid doorgebracht. Door deze feiten zal de zorgvraag sterk toenemen.

6 Onder megatrends worden lang lopende ontwikkelingen verstaan die zich gedurende een periode van twintig tot dertig jaar voltrekken en die mondiaal invloed zijn op verschillende generaties. Uit Diagnose 2025.

7 Idenburg PJ lang lopende ontwikkelingen die zich gedurende een periode van twintig tot dertig jaar voltrekken en die mondiaal invloed zijn op verschillende generaties en M van Schaik. Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Scriptum, 2010.

2.2.2 Toename patiënten met een chronische aandoening

Meer dan de helft van de bevolking lijdt over tien jaar aan één of meer chronische ziekten. Er is een toename te verwachten van patiënten met diabetes mellitus, COPD, kanker, osteoporose, hartfalen en dementie.⁸ Het gaat in de zorg voor deze patiënten niet altijd (alleen meer) om genezing, maar ook of vooral om het leren omgaan met de ziekte of de beperking en het voorkomen van verslechtering in de gezondheids-toestand en van een crisis. Het bevorderen van zelfredzaamheid en het perspectief van de kwaliteit van leven zijn voor deze patiënten belangrijke issues.

2.2.3 Diversiteit

De diversiteit in de samenleving neemt toe op verschillende terreinen. De Nederlandse bevolking is steeds gekleurd. Het percentage allochtonen in de Nederlandse bevolking neemt in deze periode naar verwachting toe tot bijna 25%.⁹

Op het terrein van samenlevingsvormen bestaat een grote diversiteit (gezinnen, eenpersoonshuishoudens, samengestelde- en eenoudergezinnen) en binnen die variëteit treden vaker wisselingen op. Patiënten variëren door toenemende verschillen in achtergrond en context sterk wat betreft attitude, normen en waarden.

Dit komt onder meer tot uitdrukking in het omgaan met gezondheid en ziekte en de verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg.

De huidige senioren behoren tot de zogenoemde vooroorlogse of stille generatie. Het is een generatie die het gezag van medische professionals respecteert en niet snel ter discussie stelt. De senioren die de komende jaren een groot beslag zullen gaan leggen op de zorgvraag hebben een andere achtergrond en profiel. Het zijn de babyboomers die in het algemeen gewend zijn om zelf beslissingen te kunnen nemen, vertrouwd zijn met computergebruik en minder autoriteitgevoelig zijn. Naarmate zij ouder worden mag echter verwacht worden dat ook zij kwetsbaarder worden en in hun gedrag en attitude meer gaan lijken op de huidige ouderen.

8 Blokstra A, Verschuren MM (red). Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziekteprevalentie 2005 – 2025. RIVM, 2007. <http://rivm.openrepository.com/rivm/bitstream/10029/16400/1/260401004.pdf>

9 Centraal Plan Bureau, 10 maart 2010.

2.2.4 Van goed geïnformeerd tot laaggeletterd

Patiënten zijn steeds beter geïnformeerd en worden daardoor mondiger. Van de Nederlandse huishoudingen heeft nu al 90 procent een internet-aansluiting.¹⁰ Bij een aantal specifieke groepen zoals ouderen en migranten ligt de toegang significant lager, maar ook bij hen neemt het gebruik van internet en smartphones toe. De verwachting is dat na 2015 elk huishouden toegang heeft tot internet.¹¹

Door de toename van het internetgebruik beschikken mensen steeds gemakkelijker over steeds meer informatie. Ook informatie over gezondheid en ziekte. Het aantal online applicaties binnen de gezondheidszorg stijgt snel.

Kwetsbaar in de zich verder ontwikkelende informatiesamenleving blijft de groep laaggeletterden. Zo'n anderhalf miljoen Nederlanders boven de zestien jaar zijn laaggeletterd en hebben grote moeite met lezen en schrijven. Dit belemmert hen in hun functioneren en zij zijn niet in staat om informatie op internet te gebruiken.¹²

2.2.5 Tweedeling in de zorg

De sociaaleconomische status van mensen heeft grote invloed op hun gezondheid.¹³ Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben van jongs af aan een achterstand vergeleken met mensen die in maatschappelijk opzicht beter bedeeld zijn. Ze zijn vaker ziek en krijgen in hun leven eerder en meer lichamelijke beperkingen. Alleen borstkanker en bepaalde allergische aandoeningen komen juist meer voor onder hoger opgeleiden. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen hoog- en laaggeschoolden bedraagt veertien jaar.

Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn te verklaren door factoren die onderling met elkaar samenhangen en elkaar versterken,

10 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tin00075&plugin=1>

11 Alle kanalen staan open. De digitalisering van mediagebruik. Sociaal Cultureel Planbureau, 2010.

12 <http://lezenenschrijven.nl/algemeen/over-de-stichting/veelgestelde-vragen/#hoeveel-mensen-in-Nederland-zijn-analfabeet?>

13 Mackenbach, JP. Ziekte in Nederland. Amsterdam, Elsevier Gezondheidszorg, 2010.

zoals slechtere materiële omstandigheden, psychosociale stress en ongezonde leefgewoonten. Het risico bestaat dat door de gevolgen van de aanhoudende economische crisis en de maatregelen om de kostengroei in de gezondheidszorg te beteugelen de tweedeling in de gezondheidszorg toeneemt.

2.2.6 Overheidsbeleid: marktwerking en keuzevrijheid

In 2006 heeft gereguleerde marktwerking zijn intrede gedaan in de zorg, door invoering van de zorgverzekeringswet. De zorgverzekeringswet kent een basispakket van verzekerde zorg; de overheid bepaalt de samenstelling van dit basispakket. De huisartsenzorg valt volledig onder dit basispakket, met uitzondering van een paar specifieke verrichtingen. De overheid streeft naar kostenbeheersing in de zorg en kiest er daarom voorsnog voor om de overgang naar meer marktwerking in de zorg te blijven stimuleren. Daarom wordt vanuit de overheid gehamerd op het vergroten van de keuzevrijheid van patiënten. Van belang voor het goed functioneren van een markt is immers het evenwicht tussen de drie marktpartijen: zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënt. Het idee is dat een patiënt die op basis van goede informatie zijn eigen zorgproduct kiest, de markt kan sturen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten in de strijd om de gunst van de klant de kwaliteit van hun product vergroten en de prijs van het product verlagen. De keuzes van patiënten bepalen dan vraag en aanbod op de zorgmarkt, houden de kwaliteit hoog en de prijzen laag.

Naast deze nieuwe rol van de patiënt in de zogenoemde zorgmarkt, huldigt de overheid steeds meer het uitgangspunt dat de burger de eigen verantwoordelijkheid dient te dragen voor leefstijl en gezondheid. Zelfstandigheid van burgers wordt gestimuleerd, waarbij wordt gewezen op de mogelijkheid gebruik te maken van hun eigen sociale netwerken (denk bijvoorbeeld aan mantelzorg).

In 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd waarmee een samenhangend lokaal beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, wonen en welzijn wordt beoogd. De hervormingen zijn nog gaande. Gemeenten worden verantwoordelijk voor cliëntgerichte zorg op het gebied van dagbesteding, begeleiding en jeugdzorg. Ook de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor de jeugd

zou onder de Wmo gaan vallen. De decentralisering via de Wmo wordt gezien als kans voor de verbetering van samenhang tussen zorg, welzijn en preventie. Gemeenten worden door deze ontwikkelingen in de toekomst een steeds belangrijker partner voor de eerste lijn.¹⁴ Zie ook paragraaf 5.6.4.

2.3 Wensen van patiënten

2.3.1 Interviews patiëntenorganisaties

Patiëntenorganisaties willen voor de toekomst afgestemde integrale zorg op maat. Zij gaan ervan uit dat een toenemende groep patiënten actief wil gaan meedenken over hun zorg(plan) en verantwoordelijkheid wil dragen voor de uitvoering daarvan. Dat geldt bij uitstek voor patiënten met een beperking of een (of meer) chronische aandoening(en). Er wordt daarbij gewezen op het grote belang van samenhangende integrale zorg voor deze patiënten. Zij willen naast medisch inhoudelijke zorg ook aandacht voor psychosociale begeleiding (tijdens het verloop van de ziekte) en voor praktische zaken op het gebied van werk, wonen, welzijn en mantelzorg. De huisarts is belangrijk als vast en vertrouwd aanspreekpunt, die overzicht heeft over de zorg die de patiënt ontvangt.

De rol van coach wordt steeds belangrijker. Patiënten willen met hun huisartsen kunnen overleggen over de verschillende behandelmogelijkheden. Zij willen ook op hun huisarts kunnen terugvallen na behandeling in het ziekenhuis.

Daarnaast verwachten patiëntenorganisaties dat zelfmanagement haalbaar is voor een groeiende groep patiënten. Zolang het niet om complexe problematiek gaat kan de praktijkverpleegkundige een hierbij belangrijke functie vervullen al dan niet in samenspraak met de mantelzorger. De persoonlijke continuïteit tussen huisarts en patiënt wordt belangrijker gevonden naarmate de zorgvraag toeneemt en complexer wordt.

¹⁴ Wmo en eerstelijnszorg. Over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties. Utrecht, LVG, 2007.

De projectgroep heeft om een beeld te krijgen van de wensen van patiënten ten aanzien van de toekomst van de huisartsenzorg gesproken met vertegenwoordigers van de Consumentenbond, Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad, Diabetes Vereniging Nederland, Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten-organisaties en de Parkinson Vereniging.

Voor de toekomst wordt van de huisarts verwacht dat zijn competenties in de pas blijven lopen met de toenemende mogelijkheden op het terrein van diagnostiek, behandeling en preventie. Er wordt een attitude van de huisarts verwacht gericht op gezamenlijke besluitvorming.

Als het gaat om de praktijkorganisatie wensen patiëntenorganisaties een uitbreiding van de service. Het gaat hierbij onder andere om verbetering van de toegankelijkheid van de huisarts(en)praktijk door gebruik van digitale communicatiemogelijkheden en de toegankelijkheid van de praktijkruimte voor rolstoelen en rollators.

Er is een generatie in aantocht die computergebruik en e-health vanzelfsprekend vindt. De patiëntenorganisaties verwachten daarom veel van de informatie- en communicatie-mogelijkheden voor het contact tussen huisarts en patiënt, maar ook voor patiënten onderling en hun (familie) kring onderling. Bij de verdergaande invloed van de patiënt voor zijn eigen zorgproces past de wens om personal health records te ontwikkelen waarin naast (gecertificeerde) zorgverleners als huisarts, specialist, verpleegkundige en fysiotherapeut ook mensen uit bijvoorbeeld de familiekring kunnen participeren.

2.3.2 TNS NIPO Onderzoek naar wensen van de bevolking ten aanzien van de huisarts

De ideale huisarts blijkt in de ogen van Nederlanders bekwaam arts én vertrouwenspersoon te zijn. Nederlanders hebben een voorkeur voor de eigen huisarts zowel bij psychische als lichamelijke klachten en hechten aan continuïteit in de persoon. De meerderheid van de Nederlanders bezoekt het liefst voor een langere periode of voor het hele leven dezelfde huisarts.

In 2011 is in opdracht van het NHG voor de derde keer een TNS NIPO onderzoek gedaan onder de Nederlandse bevolking en huisartsen. In dit onderzoek is onder meer aandacht besteed aan de wensen van patiënten ten aanzien van de huisarts. Opvallend is dat de opvattingen van patiënten en huisartsen in de loop der jaren wat betreft de arts – patiëntrelatie weinig zijn veranderd.

Patiënten willen verder dat de huisarts een regierol heeft en overzicht houdt op de zorg die de patiënt op verschillende plekken ontvangt. Daarnaast is de regie van de huisarts belangrijk als het gaat om de beslissing of en welke behandeling een patiënt krijgt. Een meerderheid van de patiënten geeft aan de behoefte te hebben om de behandel-mogelijkheden met de huisarts te bespreken indien men kanker zou hebben. Deze bevindingen komen overeen met een Nederlands onderzoek waaruit blijkt dat meer dan 80% van de patiënten het belangrijk vindt dat de huisarts hen adviseert welk ziekenhuis of welke specialist te bezoeken. Een kwart van de patiënten wil dat de huisarts beslist welk ziekenhuis of welke specialist zal worden bezocht. Het gaat hierbij vooral om ouderen en laagopgeleide patiënten.¹⁵

Wanneer de patiënt het advies krijgt om geen medicatie te gebruiken omdat de klachten binnen geringe tijd vanzelf overgaan, wordt dit vrijwel altijd opgevolgd. Dat geldt ook voor de voorkeur van de huisarts voor bewezen effectieve (goedkopere) geneesmiddelen, zo blijkt uit het TNS NIPO onderzoek.

2.3.3 Wetenschappelijk onderzoek

2.3.3.1 De relatie tussen huisarts en patiënt

Voor deze visie is gebruik gemaakt van het internationale onderzoek naar de succesfactoren van een goed consult vanuit het perspectief van de patiënt.¹⁶ Dit onderzoek geeft een beeld van wat patiënten belangrijk

15 Berendsen AJ, G Majella de J Schuling, HEP Bosveld, MWM de Waal, GK Mitchell, K van der Meer en B Meyboom-deJong. De informatiebehoefte van de verwezen patiënt. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2010;A1603.

16 Bensing JM et al. Met het oog op kwaliteit. Een internationaal observatieonderzoek naar de kwaliteit en communicatie vanuit het perspectief van de patiënt. Utrecht, NIVEL, 2009. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kwaliteit-communicatie-patientenperspectief-internationaal.pdf>

vinden voor, tijdens en na een doktersbezoek. In het onderzoek werd aan focusgroepen (bestaande uit 'gewone' patiënten in Nederland, Italië en Groot-Brittannië) gevraagd naar hun mening over een consult met een arts. De leken bleken goed in staat een oordeel te geven over het consult. Hun oordeel kwam vaak overeen met beoordeling door een professional. Het beeld dat uit dit onderzoek naar voren komt is gevarieerder (grote verschillen in kwaliteitsoordelen en voorkeuren) en kritischer (gemiddeld cijfer 6,8) dan de meeste traditionele tevredenheidsonderzoeken laten zien.

Uit het onderzoek komt naar voren dat patiënten het belangrijk vinden dat de arts hen kent en overeenkomstig met hen communiceert. De patiënt wil het gevoel hebben dat hij zijn verhaal kwijt kan, dat er tijd voor hem is en dat de arts hem serieus neemt en zonder vooroordeel luistert. Patiënten willen door de arts behandeld worden als mens en niet als een 'bundeltje symptomen'.

Een persoonlijke benadering van iedere patiënt is ook van belang omdat iedere patiënt anders zal oordelen over goede communicatie. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten sterk van mening verschillen over de definitie van goede en slechte communicatie. Dezelfde arts werd door verschillende personen heel verschillend beoordeeld. Ook algemene voorkeuren (bijvoorbeeld voorkeur voor type arts) waren verschillend. Patiëntgerichte communicatie betekent daarom vooral dat de arts zich vergewist van het begrip van het besprokene van de persoon die tegenover hem zit. Het opstellen van een gezamenlijke agenda kan behulpzaam zijn bij communicatie op maat. De lekenpanels formuleerden tips voor arts en patiënt om het consult beter te laten verlopen.¹⁷

2.3.3.2 Directe toegang tot de huisarts

Het bovengenoemde onderzoek gaat ook in op de wensen van patiënten wat betreft de toegang tot de huisarts. Patiënten in Nederland en Engeland blijken negatief te oordelen over de triage door een praktijkassistent of praktijkverpleegkundige. Patiënten vinden dat er geen barrières moeten

17 Bensing, J.M. et al. How to make medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient and Education Counseling*: 2011, 84(3)287-93. <http://nvl002.nivel.nl/postprint/PPpp3654.pdf>

zijn tussen patiënt en arts, met name wanneer sprake is van nieuwe gezondheidsklachten. Hoewel zij vaak positief zijn over assistenten en verpleegkundigen in de huisartspraktijk, vinden patiënten het wenselijk dat de andere leden van het huisartsteam pas worden ingezet nadat de diagnose en het behandelplan helder zijn.

2.3.3.3 *Goede relatie, effectieve zorg*

Tevredenheid over de zorg wordt vooral bepaald door de samenwerkingsrelatie tussen dokter en patiënt en is voorwaarde voor effectieve zorg. Onderzoek laat zien dat de relatie tussen huisarts en patiënt en gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making') effect heeft op bijvoorbeeld de therapietrouw.

De mate waarin de huisarts de achtergrond en wensen van de patiënt betreft bij het medicatiebeleid draagt in belangrijke mate bij aan therapietrouw.¹⁸ Ook is het vertrouwen dat patiënten in hun huisarts stellen bepalend voor het succes van het stimuleren tot zelfzorggedrag. Persoonlijke effectiviteit blijkt een belangrijke schakel in het proces van gedragverandering.¹⁹

De doeltreffendheid van de huisartsenzorg is dus in belangrijke mate terug te voeren op de persoonlijke dimensie van de 'eigen' dokter. Door de persoonlijke band vertrouwt de patiënt de huisarts zaken toe die anders onbesproken blijven. De mogelijkheden voor de huisarts om te kunnen anticiperen en te werken aan preventie nemen toe.²⁰

2.3.3.4 *Model voor doelgroepenbenadering in de zorg*

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is een model gemaakt om zorgcliënten te onderscheiden op basis van het sociale milieu, de levenshouding en de waardenoriëntatie. In dit model wordt onderscheid gemaakt in drie hoofdtypen:

18 Zie ook de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen; ontwikkeld op initiatief van NHG, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en de Orde van Medisch Specialisten. NHG, 2012.

19 Huisarts & Wetenschap, De ontwikkeling van nuldelijnsstandaarden. Jaargang 2006, nummer 5.

20 Zie voor nadere toelichting ook het Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. NHG/LHV, 2012.

consumptiegerichte, pragmatische en maatschappijkritische zorgcliënten. Zo kan in de zorgverlening beter rekening gehouden worden met belangrijke verschillen die bestaan in de patiëntenpopulatie wat betreft achtergrond, behoeften en wensen. De helft van de zorgconsumenten is te karakteriseren als consumptiegericht. Deze consumptiegerichte patiënten doen in het algemeen een groot beroep op de zorg en zijn het minst tevreden over de eigen gezondheidstoestand. Zij hebben een passieve houding ten aanzien van zorg; zelfmanagement spreekt niet aan. De te verstrekken informatie moet eenvoudig zijn.

Pragmatische patiënten (40%) zijn mondig en zelfredzaam. Deze patiënten gaan zelf actief op zoek naar betrouwbare informatie over de zorg en maken gebruik van de toenemende keuzemogelijkheden. Zij willen goed geïnformeerd zijn, meebeslissen over hun behandeling en zij vragen om de nieuwste technologieën.

De maatschappijkritische zorgconsumenten (10%) hebben in het algemeen een gezonde levensstijl en zijn tevreden over hun gezondheidstoestand. Zij zoeken naar betrouwbare informatie en willen zelf regie voeren over hun ziekte en behandeling.

Voorspeld wordt dat met name de groep pragmatische zorgcliënten de komende 15 jaar groter wordt.

2.3.3.5 *Model patient-centered medical home*

In een internationale publicatie is een patient-centered model beschreven voor toekomstbestendige efficiënte en effectieve zorg. De Nederlandse huisartsenzorg lijkt in veel opzichten op dit model.²¹ Naast een continue relatie tussen (het team van) de huisarts(enpraktijk) worden een persoonsgerichte benadering van de huisarts met aandacht voor gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en het bevorderen van zelfmanagement, flexibele toegankelijkheid en effectieve zorgcoördinatie als essentiële succesfactoren benoemd.

Een internationaal vergelijkend onderzoek uit 2009 toont de kwaliteit van het Nederlandse gezondheidstelsel aan en de tevredenheid van patiënten erover. Het toont ook aan dat de Nederlandse huisartsenpraktijk achter

21 Wagner EH et al. Guiding Transformation: how medical practices can become patient-centered medical homes. 2012.

blijft op het punt van proactief ondersteunen van de (chronische) patiënt en de informatievoorziening aan de huisarts na een bezoek aan het ziekenhuis.²²

2.3.3.6 *Patiënten zijn niet altijd mondig*

Ondanks dat veel gesproken en geschreven wordt over de toenemende mondigheid van de patiënt en de wenselijkheid van eigen regie ervaart de huisarts in de praktijk dat patiënten soms toch heel kwetsbaar zijn. De behoefte aan sturing van de (huis)arts en de mogelijkheid van de patiënt om zelf regie te kunnen voeren is mede afhankelijk van de situatie en achtergrond van de patiënt. Emoties als angst, stress en onzekerheid overschaduwden in sommige fasen vaak de rationaliteit van de patiënt, bijvoorbeeld op het moment dat de patiënt ongerust is of als een (ernstige) diagnose is gesteld. Het stimuleren en bevorderen van zelfmanagement en autonomie sluit vooral goed aan op de context van preventie en de situatie van patiënten met een chronische ziekte.²³ Daarnaast heeft de huisarts te maken met patiënten die minder dan anderen over gezondheidsvaardigheden beschikken die nodig zijn om goed met gezondheid en ziekte om te gaan, zoals hoogbejaarden, mensen met psychiatrische problemen of cognitieve beperkingen, kinderen en mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen. De huisarts heeft de verantwoordelijkheid om mensen die zelf minder goed in staat zijn om te vragen adequate hulp te bieden. Een interessante vraag is of de patiënt behoefte heeft aan keuzevrijheid in de zorg en of hij in staat is de juiste keuzes te maken tussen zorgaanbieders en behandelingen. De Wetenschappelijke Raad heeft hierover gepubliceerd op basis van de meest recente kennis over menselijk keuzegedrag.²⁴ De politiek gaat er vaak vanuit dat als patiënten goed geïnformeerd zijn zij vanzelf

22 Faber M, Voerman G en Grol R, International Health Policy Survey 2009 – Commonwealth Fund, Onderzoek onder huisartsen in 11 landen, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen, 2009. <http://www.mipfona.nl/upload/file/IQ%20Healthcare.pdf>.

23 Gerards R. De patiënt als gezagvoerder, de dokter als copiloot. Nictiz 2010. http://www.nictiz.nl/page/Publicaties?mod%5BNictiz_FileCabinet_Module%5D%5Bi%5D=53.

24 De menselijke beslisser. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2009.

verantwoorde keuzes maken (rationele keuzemodel). Mensen blijken echter nauwelijks rationele keuzes te maken. Zij zijn zich vaak onbewust van hun eigen beweegredenen en hebben last van stress als zich keuzemogelijkheden voordoen.

De Beer & Koster komen tot een vergelijkbare conclusie over keuzevrijheid en beschrijven dat mensen vooral behoefte lijken te hebben aan zekerheid. Zij willen het liefst een goed basispakket aan sociale voorzieningen voor iedereen (solidariteit). Eventueel met mogelijkheden voor het zelf regelen van een aantal aanvullende voorzieningen. Volgens de auteurs staat dit ver af van het beeld van de moderne burger als shoppende consument die uit een gevarieerd assortiment aan publieke voorzieningen dat product wil kiezen dat het beste bij zijn persoonlijke voorkeuren aansluit.²⁵

2.4 Andere zorgpartijen en adviesorganisaties over patiënten

2.4.1 Eerstelijnsparitijen: grotere zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de patiënt

Branchepartijen in de zorg en patiëntenorganisaties rekenen op een veranderende rol van de patiënt. Het rapport Toekomst Zorg thuis 2020 van NPCF en STOOM legt de nadruk op de rol van de patiënt als opdrachtgever.²⁶ Voorzien wordt dat mensen met een chronische ziekte of een beperking steeds beter in staat zullen zijn met hun ziekte en beperking om te gaan.

Vroegtijdige opsporing en diagnostiek dragen daar toe bij evenals toenemende behandelings-mogelijkheden, gebruik van medische technologie en ruimere beschikbaarheid van hulpmiddelen.

De Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN) signaleert dat mensen niet alleen meer verantwoordelijkheid moeten, maar ook willen nemen in de behandeling van hun (chronische) ziekte. Geconstateerd wordt dat mensen zich veel bewuster zijn van hun gezondheid dan voorheen en dat ouderen hechten aan zelfstandigheid in hun leven.²⁷

25 De Beer & Koster, Voor elkaar of uit elkaar. Individualisering, globalisering en solidariteit. 2007, p.210-211

26 Toekomst Zorg thuis 2020. Nieuwe trends, nieuwe kansen. Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM) en NPCF, 2010.

27 Op een lijn komen. Visie van Verpleegkundigen in de eerstelijnszorg. Utrecht: V&VN, 2010.

2.4.2 RIVM en NIVEL

In het rapport 'Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020' schetsen het Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een beeld van de eerstelijnszorg in 2020. Zij formuleren verschillende kernboodschappen, onder meer dat er weinig onnodig zorggebruik is. De eerste lijn en met name de huisarts als poortwachter speelt een belangrijke rol in de mate van doelmatigheid van de zorg. De inschrijving op naam van de patiënt bij de huisarts waarborgt volgens deze organisaties de kenmerkende waarde van de integrale huisartsenzorg.

2.4.3 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) wijst op de ingrijpende veranderingen die in de zorg te verwachten zijn als gevolg van de grotere rol van de patiënt. Het toenemende internetgebruik leidt tot verdergaande democratisering van gezondheidsinformatie. De portals, apps en communities maken het steeds gemakkelijker om informatie te vinden, te ontsluiten, te gebruiken en te delen. Het beeld van de verwachte gevolgen hiervan voor de patiënt en de gezondheidszorg wordt aangeduid met gezondheid 2.0.²⁸

Definitie van gezondheid 2.0 (RVZ-rapport Gezondheid 2.0)

Participerende gezondheidszorg, die zich kenmerkt door mogelijkheden om snel persoonsgerichte gezondheidsinformatie te delen, te classificeren en samen te vatten met als doel de zorg te verbeteren of als participerende gezondheidszorg waarbij de combinatie van content en 'community' het de patiënt mogelijk maakt om een actieve partner te zijn bij eigen gezondheidszorg en om als burger een gelijkwaardige te zijn bij het verbeteren van het gezondheidssysteem.

In een ander RVZ-rapport wordt beschreven hoe het accent in het zorgaanbod verschoven zou moeten worden van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag (van zz naar gg).²⁹ Patiënten zouden eerstverantwoordelijk

28 Gezondheid 2.0. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Den Haag, 2010.

29 Perspectief op gezondheid 20/20', Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Den Haag 2010.

moeten zijn voor gezondheid en gedrag. Goed patiëntschap zou een polisvoorwaarde moeten zijn.

In 'Komt een patiënt bij zijn coach' schetst de RVZ het wenselijke beeld van de arts als coach van de patiënt: de patiënt die zelf regie neemt over zijn zorg heeft geen behoefte aan iemand die hem vertelt wat hij moet doen. Hij heeft behoefte aan een coach, iemand die hem helpt bij het vinden van de juiste informatie over bijvoorbeeld behandelingen en medicatie. De zorgverlener dient daarom een coachende houding aan te nemen, aldus de RVZ.³⁰

2.4.4 Diagnose 2025 Diabeteszorg

Uit de Diagnose 2025 van de diabeteszorg die is gemaakt in samenwerking met de Nederlandse Diabetes Federatie, blijkt dat zelfmanagement door veel patiënten met diabetes vaak al jaren actief wordt toegepast.³¹ De chronisch zieke patiënt is maar een beperkt aantal uur in contact met zijn huisarts en zorgt de rest van de tijd voor zichzelf. Er wordt echter ook gewezen op de groep patiënten die niet in staat is tot zelfmanagement. Niet iedereen kan het, aldus de auteurs. Er is aandacht nodig voor de patiënt met chronische aandoeningen die zelfmanagement moeilijk vindt of niet gemotiveerd is voor zelfmanagement.

2.5 Thema huisarts – patiënt in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

2.5.1 Focusgroepen

In de eerste fase van het project Toekomstvisie Huisartsenzorg is via focusgroepen de toekomst van de relatie tussen huisarts en patiënt verkend. Als belangrijke aandachtspunten kwamen hier naar voren:

- noodzaak van gedifferentieerde praktijkvoering (met passende randvoorwaarden voor praktijken met veel oudere patiënten met complexe problematiek);

30 Komt een patiënt bij zijn coach.... Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Den Haag, 2010 (citaat, p22)

31 Idenburg PJ, van Schaik M, de Weerd I. Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse diabeteszorg. Scriptum 2012.

- meer gebruik van informatietechnologie in de communicatie met patiënten;
- een grotere nadruk op eigen verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid;
- een maximum aantal huisartsen onder een dak met het oog op herkenbaarheid over en weer tussen patiënt en huisarts.

2.5.2 Bijeenkomsten in de regio en op de huisartseninstituten

Tijdens bijeenkomsten in het land is in de discussie met huisartsen (in opleiding) gesproken over de vraag hoe in de toekomst om te gaan met de verdeling van de verantwoordelijkheid tussen huisarts en patiënt en de rechtstreekse toegang tot de huisarts. Onderstaand de uitkomsten van de vragenlijst over dit thema.

	Uitvoeringsvragen relatie huisarts – patiënt in 2022	Ja	nee	nr
		In percentages		
1	In 2022 doe ik zo veel mogelijk zelf en ben ik voor de patiënt altijd beschikbaar in de 'frontoffice'.	17	79	4
2	Ik expliciteer ook in 2022 het belang van persoonlijke continuïteit en span me hiervoor in wat betreft bereikbaarheid en beschikbaarheid.	91	8	2
3	Ik streef in 2022 naar gezamenlijke besluitvorming met de patiënt over zijn behandelplan voor chronische (multipale) aandoeningen.	97	2	1
4	Ik wijs in 2022 in de spreekkamer de patiënt op eigen verantwoordelijkheid voor en consequenties van ongezond gedrag voor eigen gezondheid.	95	3	1
5	In 2022 heeft de huisartsenpraktijk flexibele openingstijden ook buiten kantooruren met het oog op continuïteit van zorg en service.	49	48	3
6	In 2022 heb ik afspraken met patiëntenverenigingen over de rechten en plichten van de patiënt, waardoor de patiënt mede verantwoordelijk is voor zijn behandeling	55	39	5
7	In 2022 maakt zowel ik als elke patiënt gebruik van de landelijke website voor patiënten en publieksvoorlichting.	75	21	5
8	In 2022 heeft elke huisartspraktijk groepsprogramma's voor de bevordering van het zelfmanagement van de patiënt.	65	30	5
9	In 2022 gebruik ik vanzelfsprekend de moderne communicatietechnologie in het contact met mijn patiënten, zoals e-mail, SMS, videoconsult, e.d.	69	28	3
10	In 2022 heeft elke patiënt tijdens een levensbedreigende fase in het leven 7 x 24 uur toegang tot mij via moderne communicatietechnieken.	29	68	4

2.6 Relatie huisarts – patiënt in 2022

Persoonsgerichte en contextgerichte zorg is de kernkwaliteit van de huisartsenzorg, die aansluit op de wensen van patiënten aan een vaste huisarts. Daarom kent de huisarts zijn patiënten en kent de patiënt zijn huisarts. De waarde van de persoonlijke continuïteit komt tot uitdrukking in de

praktijkorganisatie: de patiënt heeft een herkenbaar team van niet meer dan twee huisartsen. De continuïteit van zorg wordt te allen tijde gewaarborgd door het team van de huisartsenpraktijk en het lokale samenwerkingsverband (zie hoofdstuk 6, samenwerking en organisatie) en door het beheer en gebruik van het elektronisch patiëntendossier. De huisarts begeleidt de patiënt wanneer hij gebruik wenst te maken van zijn (wettelijke) rechten ten aanzien van dit dossier, bijvoorbeeld het inzagerecht en het recht om gegevens af te schermen voor inzage door een andere zorgverlener. De uitgangspunten voor het gegevensbeheer en de gegevensuitwisseling zijn beschreven in het Standpunt Het elektronisch huisartsendossier en worden nader toegelicht in hoofdstuk 6.³²

De huisarts fungeert als gids in de gezondheidszorg. De huisarts bespreekt met zijn patiënt het doel en beleid van de behandeling met het oog op passende en geëigende zorg. Op basis van het opgebouwde vertrouwen tussen huisarts en patiënt kunnen huisartsen controlerend afwachten, het zelfmanagement van patiënten en hun omgeving versterken, hen aanmoedigen tot een gezonde leefstijl en onnodig zorggebruik voorkomen. Afhankelijk van de mogelijkheden en wensen van de patiënt wordt rekening gehouden met eigen regie en verantwoordelijkheid van de patiënt. De huisarts geeft extra aandacht aan de zorg voor kinderen en (oudere) patiënten met beginnende kwetsbaarheid of multiproblematiek en afnemende gezondheid en zelfredzaamheid, zodat zij samenhangende zorg ontvangen. De huisarts coördineert de zorg, ook bij verwijzing. Voor alle patiënten die dat nodig hebben, heeft de huisarts extra aandacht uit hoofde van zijn coördinatie- en gidsfunctie.

Op de verschillende behoeften en wensen van patiënten wordt ingespeeld in de praktijkvoering en –organisatie. De tijd en vorm van de consulten is afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de patiënt: kort (indien gewenst via moderne communicatiemiddelen) bij patiënten met eenduidige vragen en problemen en langer en face to face bij kwetsbare (oudere) patiënten.

Via personal health records kunnen patiënten huisartsen en andere gecertificeerde zorgverleners raadplegen. Door flexibele openingstijden

van de huisartsenpraktijk hoeft de patiënt minder gebruik te maken van de nacht- en weekenddiensten. Om de service naar patiënten te verbeteren maken huisartsenpraktijken actief gebruik van de mogelijkheden voor informatie- en communicatietechnologie.

2.7 Conclusies

De patiëntenpopulatie van de huisarts in 2022:

- bestaat uit meer ouderen en deze ouderen worden ouder;
- een groot deel van deze ouderen heeft één of meer chronische aandoeningen;
- verschilt in grote mate in achtergrond en wensen;
- is minder mondig naarmate men zieker is;
- maakt in toenemende mate gebruik van moderne communicatietechnologie;
- bestaat uit mensen met een hoge en een lage sociaaleconomische status, met groter wordende verschillen tussen deze groepen.

Kwetsbare groepen zullen extra aandacht vereisen van zorgverleners. De overheid daarentegen zal meer eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid en gedrag verwachten van mensen. Gemeenten krijgen een grotere rol in de ondersteuning van en zorg voor burgers.

Patiënten vinden het belangrijk dat:

- de huisarts bekwaam is;
- ze een persoonlijke en continue, wederkerige relatie met hun huisarts hebben: ik ken mijn huisarts en de huisarts kent mij, wij hebben ieder onze eigen verantwoordelijkheden;
- ze direct contact met hun arts kunnen hebben, zonder tussenkomst van ondersteunend personeel;
- ze communicatie op maat krijgen;
- dat zij dezelfde huisarts hebben gedurende een langere periode;
- dat er duidelijkheid is over de wederzijdse verwachtingen van huisarts en patiënt ;
- dat de huisarts hun vertrouwenspersoon is in de zorg en dat hij de patiënt als coach helpt bij het maken van de juiste, passende keuzes in het zorgproces;
- dat zij voor zover mogelijk (vooral bij chronische aandoening en

32 NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier. NHG/LHV, 2010.

3. Preventie

3.1 Inleiding

Preventie is een hot issue in samenleving en gezondheidszorg. Vele partijen zien hierbij een grotere rol voor de huisarts weggelegd en wijzen op de vruchtbare mogelijkheden om banden te smeden tussen de huisartsenzorg en de publieke gezondheidszorg. In toenemende mate wordt daarnaast gewezen op het belang van omgevingsgerichte maatregelen om effectief de gezondheid en het welzijn van de bevolking te bevorderen.

Met de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 wordt de ambitie uitgesproken om doelgericht te investeren in preventieve zorg als onderdeel van kwalitatief goede en samenhangende zorg, waarbij de rol van de huisarts zo goed mogelijk in de hele keten van de gezondheidszorg en publieke gezondheidszorg wordt benut. De nadruk ligt hierbij op de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Het bevorderen van zelfredzaamheid en zelfmanagement van de patiënt speelt hierbij een belangrijke rol.

Vormen van preventie

Universele preventie	Preventie gericht op de gehele bevolking.
Selectieve preventie	Preventie voor bevolkingsgroepen die een verhoogd risico lopen op de ontwikkeling van een ziekte, maar nog niet geïndiceerd zijn voor preventieve interventies.
Geïndiceerde preventie	Preventie gericht op een specifieke groep mensen met verhoogd risico op een ziekte, die nog geen last hebben van een gezondheidsprobleem.
Zorggerelateerde preventie	Het voorkomen van verslechtering, complicaties en beperkingen bij mensen die al gezondheidsproblemen hebben.

Effectieve preventie wordt daarnaast voor een belangrijk deel bepaald door investeringen in publieke gezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Hiervoor ligt de verantwoordelijkheid primair bij andere partijen, met name bij de (lokale) overheid.

De positie en werkwijze van de huisarts, letterlijk en figuurlijk dicht in de

afhankelijk van de fase in het ziekteproces) zelf verantwoordelijkheid dragen in het zorgtraject, door middel van gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement;

- er meer service is in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld door de inzet van moderne communicatietechnologie.

Voor patiënten met een chronische aandoening geldt naast bovenstaande dat:

- samenhang in de zorg voor hen van groot belang is;
- naarmate hun zorgvraag complexer wordt, de persoonlijke relatie met hun huisarts van groter belang is;
- de huisarts voor hen een vast en vertrouwd aanspreekpunt is die overzicht behoudt over alle zorg die zij krijgen;
- deze patiënten in toenemende mate willen meedenken over hun zorgplan en verantwoordelijkheid willen nemen bij de uitvoering daarvan;
- gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement voor de meeste patiënten met een chronische aandoening gewenst is.

buurt van de patiënt, bieden mogelijkheden voor effectieve populatiegerichte preventie in samenwerking met andere partijen. Hiervoor is goede afstemming en samenwerking noodzakelijk. De beroepsgroep huisarts versterkt de organisatiegraad op landelijk, regionaal en lokaal niveau om de patiënt zo optimaal mogelijk zorg te kunnen bieden en die zorg waar nodig met andere betrokkenen afgestemd te organiseren. De huisartsensamenwerkingsverbanden op lokaal niveau zijn een geschikt platform voor het maken van afspraken over welke rol de huisarts het meest effectief kan hebben op het terrein van wijkgebonden preventie. Afhankelijk van de meerwaarde die de huisartsenzorg heeft wat betreft de uitvoering of facilitering van collectieve preventie voor de patiënt wordt binnen het samenwerkingsverband bepaald welke van dergelijke activiteiten, op welke wijze plaatsvinden. Hierbij wordt afzonderlijk gekeken naar de waarde van de huisartsenzorg bij het oproepen, uitvoeren en het opvolgen van de uitslagen.

In dit hoofdstuk volgt een nadere toelichting op het belang van preventie, de opvattingen van andere partijen en de koers van de huisartsenzorg voor de toekomst op dit terrein.

3.2 Meer aandacht voor preventie gevraagd

3.2.1 Nederlanders niet meer op kop wat betreft levensverwachting

Sinds 2002 is de levensverwachting van de Nederlandse bevolking sterk toegenomen en die ontwikkeling zet zich voort. Voor 2025 wordt verwacht dat mannen gemiddeld 80 jaar worden, vrouwen 84 jaar. Een verdere stijging wordt voorspeld tot respectievelijk bijna 83 en 87 jaar in 2040. Europees gezien behoort Nederland echter niet meer tot de koplopers.³³

3.2.2 Ongezonde leefstijl en overgewicht

Steeds meer mensen hebben een (chronische) ziekte; inmiddels een kwart van alle Nederlanders.³⁴ Ongezonde leefgewoonten als roken, excessief

33 Polder, J, Van der Lucht F. Volksgezondheid. Een vitale toekomst. Onze gezondheidszorg in 2040. Red. Bakker, DJ, Post D. Polder JJ en Verkerk M. Reed Business, Amsterdam 2012.

34 Volksgezondheid Toekomstverkenning Van gezond naar beter. RIVM 2010.

alcoholgebruik, overmatig eten en gebrek aan lichaamsbeweging zijn hier voor een belangrijk deel debet aan.

De inspanningen in de gezondheidszorg hebben de afgelopen jaren niet kunnen verhinderen dat het terugdringen van ongezonde leefgewoonten stagneert. Gezond zijn en gezond blijven is niet afhankelijk van de gezondheidszorg alleen. Hoogleraar maatschappelijke gezondheidszorg Mackenbach stelt zelfs dat 51% van de ziekten in Nederland te wijten is aan bekende, vermijdbare omgevingsfactoren.³⁵

Gezondheidsbevorderende maatregelen die ingrijpen op de omgeving zijn daarom de meest effectieve maatregelen om het gezondheidsgedrag te bevorderen zoals een verbod op alcohol op scholen en het verbeteren van groenvoorziening in de wijk.³⁶

Overgewicht is een probleem dat wereldwijd een epidemisch karakter heeft gekregen met grote gevolgen voor de volksgezondheid. Dat geldt ook in Nederland.

Overgewicht in Nederland

Het aantal mensen met ernstig overgewicht verdubbelde de laatste 20 jaar. In 2009 was meer dan de helft van de Nederlanders te dik; bij 12% van de Nederlanders was sprake van ernstig overgewicht.³⁷ Ook veel kinderen kampen met overgewicht: 22% van de kinderen tussen de 10 en 12 jaar is te dik, 6% heeft ernstig overgewicht.³⁸

Door de groei van het aantal mensen met overgewicht stijgt het aantal mensen met diabetes de komende jaren naar verwachting met 80% naar 1,3 miljoen in 2025.³⁹ De risicofactoren die ten grondslag liggen aan

35 Mackenbach, J. Ziekte in Nederland; gezondheid tussen politiek en biologie, Elsevier gezondheidszorg, 2010.

36 Berg, M van den, Schoemaker, C en Van Oers H. Preventie. In: Een vitale toekomst. Onze gezondheidszorg in 2040. Redactie Bakker DJ et al. Reed Business, Amsterdam 2012.

37 CBP, November 2011.

38 Brug J. et al. Differences in weight status and energy-balance related behaviors among schoolchildren across Europe: the ENERGY project. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0034742>

39 Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg.

chronische ziekten zijn vaak dezelfde en deze zijn te beïnvloeden door een gezonde leefstijl.

Obesitas is te beschouwen als een normale reactie op een obesogene leefomgeving.⁴⁰

Onderzoekers in het buitenland constateren dat overheden zich lang hebben onttrokken aan de verantwoordelijkheid om hier iets aan te doen. Het epidemische karakter van de problematiek van ongezonde leefgewoonten en overgewicht vraagt echter om een gericht overheidsbeleid.^{41, 42} Ook in Nederland was sprake van een terughoudend beleid ten aanzien van het bevorderen van een gezonde leefstijl.⁴³ Volgens Mackenbach is dit te wijten aan de weerstand om mensen aan te spreken op gedrag. Hij wijst op de effectiviteit van algemene gezondheidsprogramma's en houdt onder meer een pleidooi voor het beperken van verkooppunten van voedsel, voor regelgeving over het calorie- en zoutgehalte van kant-en-klaarmaaltijden en voor milieumaatregelen.⁴⁴

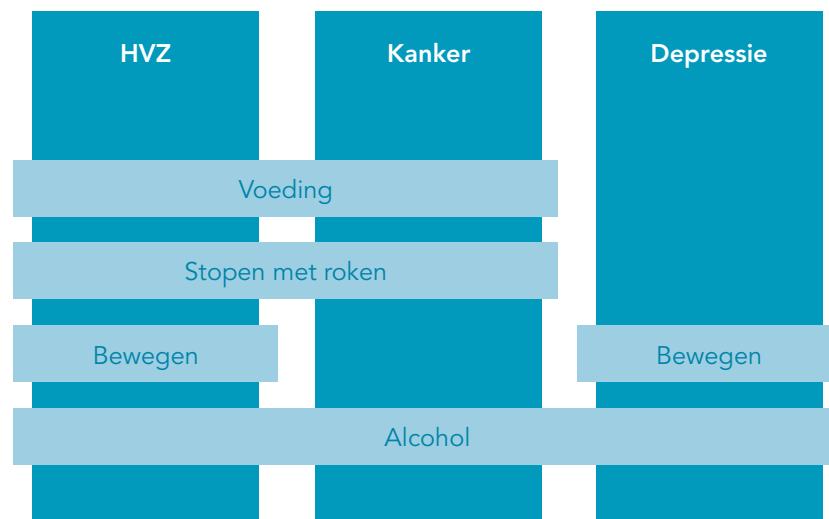
Preventieparadox

Preventieprogramma's voor de hele bevolking zijn effectiever dan acties die gericht zijn op mensen met een verhoogd risico. Het rendement van effectieve preventie is echter voor het individu gering. De schijnbare tegenstelling dat preventieve maatregelen op bevolkingsniveau een grotere gezondheidswinst opleveren, maar relatief weinig - en zelfs zonder zekerheid - voor het individu, wordt de preventieparadox genoemd.

- 40 Urgently needed: a framework convention for obesity control. Editorial bij serie artikelen in de Lancet over de wereldwijde obesitasepidemie www.thelancet.com Vol 378, august 27, 2011.
- 41 Swinburn BA et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet 2011, 378:804-14. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60813-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60813-1/fulltext)
- 42 Gortmaker SL et al. Changing the future of obesity: science, policy and action. Lancet 2011;378:838-47. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60815-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60815-5/fulltext)
- 43 IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2010; Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg, 2010. RIVM, Van gezond naar beter; Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2010, maart 2010.
- 44 Maassen, H. Dokter, kom uit de spreekkamer. Johan Mackenbach breekt een lans voor politieke geneeskunde. Med Contact 2010;65(11);480-83.

Risicofactoren komen vaak gelijktijdig bij dezelfde mensen voor.⁴⁵ Bij meer dan de helft van de volwassenen is sprake van twee of meer van de volgende vijf risicofactoren: roken, veel drinken, overgewicht, weinig bewegen en ongezonde voeding. Preventieve programma's richten zich vaak op een vorm van ongezond gedrag of op een enkele risicofactor. Een effectievere en efficiëntere manier is om de afzonderlijke interventies af te stemmen en waar mogelijk te combineren in één aanpak.

Invloed van leefstijlfactoren op ziekten



Figuur 1: invloed van leefstijlfactoren op ziekten

3.2.3 Grote gezondheidsverschillen in bevolkingsgroepen

Een belangrijk element in de discussie over preventie heeft te maken met de grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland.⁴⁶

- 45 Hoeymans, N. Melse, JM, Schoemaker CG, Gezondheid en determinanten. In: F. van der Lucht en JJ Polder (2010). Van gezond naar beter: VolksgezondheidToekomst Verkenning 2010, Bilthoven: RIVM.
- 46 Mackenbach, JP. Ziekte in Nederland. Amsterdam, Elsevier Gezondheidszorg, 2010.

Onder de laagst opgeleiden is het aantal chronische aandoeningen 50% hoger dan in de groep met het hoogste opleidingsniveau. Laagopgeleide Nederlanders overlijden gemiddeld zes tot zeven jaar jonger dan hoogopgeleide Nederlanders. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen hoog- en laaggeschoolden bedraagt zelfs veertien jaar.⁴⁷ Deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn te verklaren door factoren die onderling met elkaar samenhangen en elkaar versterken, zoals slechtere materiële omstandigheden, psychosociale stress, en ongezonde leefgewoonten.

3.2.4 Toenemende mogelijkheden van preventie

De afgelopen decennia zijn veel gezondheidsbevorderende interventies en programma's ontwikkeld.⁴⁸ De mogelijkheden voor evidence based screeningsprogramma's zullen toenemen op basis van de ontwikkelingen in de medische kennis en toenemende mogelijkheden van vroegdiagnostiek. Betrokkenheid van de huisarts bij programmatische preventie leidt tot een hoge deelname, zoals is aangetoond bij de griepvaccinatie en baarmoederhalsscreening op baarmoederhalskanker. Van de uitgenodigde 65-plussers komt jaarlijks 80% een griepprik bij de huisarts halen.⁴⁹ Als vrouwen rechtstreeks door de huisarts voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalsscreening worden uitgenodigd gaat de opkomst significant omhoog. Het betrekken van de huisartspraktijk bij het landelijk gereguleerde uitnodigingssysteem levert gemiddeld een 10 tot 14% hogere opkomst op.⁵⁰ Het effect is het grootst bij vrouwen met een lage sociaaleconomische status en uit allochtone groepen.⁵¹

47 Lucht van der F, Polder J Van gezond naar beter. Kernrapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010, RIVM.

48 Het RIVM-Centrum voor Gezond Leven beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van leefstijlinterventies. Zie <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/>

49 LINH, 2008.

50 Tacken M. Opkomst baarmoederhalskankerscreening: huisartsen organiseren het goed. *Huisarts Wet* 2002;45:109.

51 De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AWF, Spijker WWJ. Opkomst bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. *Ned. Tijdschr Geneesk* 2005;149:2339-43. <http://www.ntvg.nl/publicatie/opkomst-bij-bevolkingsonderzoek-naar-baarmoederhalskanker-hoger-na-uitnodiging-door-de-hu/volledig>.

Vroege opsporing van een ziekte heeft als voordeel dat het succes van behandeling en daarmee de overlevingskans sterk toeneemt. Zo is bijvoorbeeld de kans op genezing van eierstokkanker bij een vroege opsporing 90%; de kans neemt af naar ongeveer 10 á 20% als deze vorm van kanker na meerdere jaren wordt ontdekt. Met de huidige hulpmiddelen wordt ongeveer in een derde van de gevallen eierstokkanker vroegtijdig ontdekt.⁵²

Door technologische ontwikkelingen zullen screeningstests in de toekomst effectiever, efficiënter en gemakkelijker uitvoerbaar worden, waardoor de diagnostische mogelijkheden in de huisartsenpraktijk toenemen.

3.2.5 Maatschappelijk belang preventie

De aandacht voor het bevorderen van gezondheid is in het licht van de vergrijzing en ontgroening van de bevolking en de verwachte tekorten op de arbeidsmarkt een maatschappelijke prioriteit. De maatschappij is gebaat bij gezonde burgers die tot op hoge leeftijd een productieve bijdrage kunnen leveren aan het arbeidsproces en actief kunnen participeren in het maatschappelijk leven ook na de pensioengerechtigde leeftijd. Dat verhoogt welzijn en welvaart, zowel op individueel als maatschappelijk niveau.⁵³ Economen wijzen daarom niet alleen op de individuele gezondheidswinst maar ook op de forse maatschappelijke besparingen en de beperking van de druk op schaarse financiële middelen als opbrengsten van preventie.⁵⁴

3.3 Preventie door andere partijen belicht

De Gezondheidsraad dringt aan op een sterke eerstelijnszorg en nauwere samenwerking tussen de eerstelijnszorg en preventieve gezondheidszorg, public health en arbeidsgezondheidszorg.⁵⁵

52 Cornelissen, J., Operatie Zorg. Naar een driedeling in de gezondheidszorg. Van Gorcum, 2011.

53 Post, Zwakhals en Polder. Maatschappelijke baten. Deelrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: van gezond naar beter. Bilthoven, RIVM, 2010.

54 Pomp, M. Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg. Amsterdam, Balans, 2010.

55 Gezondheidsraad. European primary care. Advies inrichting en betekenis eerstelijns gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) / Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) vindt ook dat de eerstelijnszorg zich bij uitstek leent om preventie krachtig te bevorderen.⁵⁶ Hierbij wordt de inschrijving op naam van de patiënt bij de huisarts als belangrijke randvoorwaarde gezien. De huisarts heeft de verantwoordelijkheid voor de patiënt als geheel en de continue relatie tussen huisarts en patiënt biedt de noodzakelijke aangrijpingspunten voor preventie. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) pleit voor meer aandacht voor preventie in samenhang met curatie in de eerste lijn.⁵⁷ Gepleit wordt voor actieve betrokkenheid van chronische patiënten bij het opstellen van het behandelplan. Dit bevordert de betrokkenheid op zowel behandeling, preventie als therapietrouw. Actiz, organisatie van zorgondernemers, ambieert een paradigma-verschuiving in de zorg. Burgers moeten meer bewust worden gemaakt van hun sociale plicht om door gezond leven en maximale mogelijkheden van zelfredzaamheid bij te dragen aan het betaalbaar houden van zorg. Het motto is meer preventie, meer gebruik van sociale steunnetwerken en minder automatisme in de zorg.⁵⁸

De NPCF en de Stichting Onderzoek Ontwikkeling Maatschappelijke gezondheidszorg (STOOM) schetsen ook een toekomstbeeld waarin mensen de regie houden over hun leven en zich lang zelfstandig kunnen redden met behulp van zelfmanagement en aandacht voor vroegtijdige preventie. Het inzetten van nieuwe technologie en mantelzorgers speelt hierbij een belangrijke voorwaardelijke rol.⁵⁹ De Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) signaleert dat patiënten meer oog krijgen voor hun eigen gezondheid en willen weten hoe ze gezond kunnen blijven. Patiënten willen zelf de regie houden over hun gezondheid. Ook ouderen met ernstige aandoeningen willen regie houden

56 Op een lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. RIVM/NIVEL. Bilthoven/ Utrecht, 2005.

57 Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. NPCF, 2007.

58 Naar autonomie, verbondenheid en gezond leven. Een nieuwe ambitie voor langdurige zorg. Actiz, april 2010.

59 Toekomst Zorg Thuis 2020. Nieuwe trends, nieuwe kansen. Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM) en NPCF, 2010.

en zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Als uitdaging voor de toekomst ziet de V&VN het om te komen tot een integraal zorgaanbod met aandacht voor welzijn, participatie, arbeid, wonen, een gezonde leefstijl en het voorkomen van ziekten. Een generalistisch werkende eerstelijnszorg met een herstelde as tussen huisarts en wijkverpleegkundige wordt hierbij onder meer genoemd als belangrijke randvoorwaarde.⁶⁰

Het GGZ Manifest wijst op het belang van de geestelijke gezondheid voor de Nederlandse samenleving. In de top-10 van de gezondheidsproblemen met de zwaarste ziektelast zijn psychische problemen (angst, depressie, verslaving en dementie) ruim vertegenwoordigd. Bij arbeidsverzuim, schoolverzuim, verslaving, delinquent gedrag, huiselijk geweld en hoge medische consumptie bestaat een sterke relatie tussen medische en psychische problemen. Psychosociale problemen blijven nog te vaak onbekend, waardoor steun en hulp onnodig laat worden ingezet, met langdurige schadelijke gevolgen. Door het langer blijven leven worden in relatie tot zingeving en betekenisgeving nieuwe vragen gesteld over het mentaal functioneren van ouderen.

In dit manifest wordt een pleidooi gehouden voor het tijdig (vroeg) onderkennen van risico's en risicogroepen en het bieden van steun en zorg om (chronische) ziekte en problemen te voorkomen.⁶¹

Landelijke overheid

Anno 2012 is het overheidsbeleid gericht op wijkgerichte zorg en preventie in de buurt. Daarbij wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid en van keuzevrijheid van de burgers. Er bestaat terughoudendheid om voorschriften te geven wat betreft de leefstijl van de burgers.⁶²

Het preventiebeleid voor de middellange termijn werd door een eerder kabinet wel onderschreven met concrete resultaatsdoelstellingen op basis van een toekomstverkenning van het RIVM.

60 Opeen lijn komen, visie op de rol van verpleegkundigen in de eerstelijnszorg. V&VN. Utrecht, 2010.

61 Dees, D, Dessing, B. Höppener A. Paternotte, A. GGZ Manifest. Een initiatief van GGZ Nederland, Trimbos Instituut en ZonMw, 2010.

62 Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011.

Speerpunten overheid middellange termijn:

De overheid heeft in 2010 de volgende speerpunten voor de middellange termijn benoemd:⁶³

- Het terugbrengen van het aantal rokers in de bevolking tot 20%;
- Het terugbrengen van het alcoholgebruik onder jongeren onder 16 jaar naar het niveau van 1992 en het terugdringen van het aantal volwassen probleemdrinkers;
- Stabilisatie van het percentage volwassenen met overgewicht, daling van het percentage jongeren met overgewicht;
- Maximale stijging van het aantal diabetespatiënten tussen 2005 en 2025 met 15%;
- Meer preventieve hulp tegen depressie;
- Een stijging van de gezonde levensverwachting van de laagst opgeleiden met drie jaar tussen 2001 tussen 2020.

Lokale overheid

Gemeenten zijn op basis van de Wet publieke gezondheidszorg verantwoordelijk voor collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugd-gezondheidszorg. Deze taken worden uitgevoerd door de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD). Zij houden zich bezig met het opsporen en bestrijden van gezondheidsrisico's, een gezonde en veilige omgeving en een gezonde leefstijl en de afstemming van deze taken op de curatieve gezondheidszorg.

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) heeft de afgelopen jaren verschillende achtergrondstudies en adviezen uitgebracht over preventie. Hierin wordt een sterk pleidooi gehouden om de focus van zorg en ziekte te verleggen naar gezondheid en gedrag.⁶⁴ Hierbij past volgens de RVZ een grotere verantwoordelijkheid van de burger voor de eigen gezondheid en een goed 'patiëntschap' als polisvoorwaarde. Daarnaast wordt het belang van grotere investeringen in preventieprogramma's onderstreept.

63 Van gezond naar beter, Kernrapport Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010.

64 Perspectief op gezondheid 20.20. Raad voor de Volksgezondheid. Den Haag, 2010.

Geconstateerd wordt dat het Nederlandse zorgstelsel nog lang niet alle mogelijkheden benut om mensen te stimuleren tot gezond gedrag.⁶⁵ Preventie zou landelijk en lokaal sterker moeten worden aangepakt. De gemeenten worden gezien als de aangewezen partij om leiding te geven aan een brede preventieve lokale aanpak met gebruikmaking van een preventiefonds dat gefinancierd is met 1% van de premiemiddelen van de Zorgverzekeringswet. Verder wordt aangedrongen op een consequenter beleid en een meer normatieve houding van de overheid om ongezonde leefgewoonten terug te dringen.

Paradigmashift

Onderzoeksbureau NYFER sluit aan bij de roep om een paradigmashift van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag.⁶⁶ Een integrale focus op de mens in zijn sociale context met aandacht voor preventie en bevordering van zelfmanagement en redzaamheid zijn noodzakelijk om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en betaalbaar te houden.

In het FWG-trendrapport 2011 wordt de verwachting uitgesproken dat de paradigmashift zo'n acht jaar in beslag zal nemen.⁶⁷

Versterking van de preventieve zorg is gebaat bij integrale netwerkwzorg waarbij naast zorginstellingen en thuiszorg gelijktijdig partners, familie, vrienden en kennissen uit het sociale netwerk zijn betrokken.

Agenda voor een gezonder Nederland

In 2012 is een gezamenlijke oproep gedaan aan de politiek door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), GGD-Nederland, NPCF, de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF), Samenwerkende Gezondheidsfondsen en Zorgverzekeraars Nederland om maatregelen te treffen die de gezondheidswinst bevorderen en de kosten van de gezondheidszorg op de lange termijn beheersbaar houden. Daarbij werd gewezen op de noodzaak om de schotten tussen

65 Preventie van welvaartsziekten. RVZ. Den Haag, 2011.

66 Integrale zorg in de buurt. L. Berenschot en L. van der Geest. Utrecht: NYFER, 2012. <http://www.nyfer.nl/documents/integralezorgindebuurtsamenvatting.pdf>

67 FWG Trendrapport 2011. Zicht op zorg en functies. FWG: Utrecht, 2011 www.fwg.nl/publicaties

preventieve en curatieve zorg op te heffen, preventie te belonen, gebruik van gezonde voeding te ondersteunen, de efficiency in de samenwerking te vergroten en onnodige zorgvragen te vermijden.⁶⁸

3.4 Thema proactieve preventie in project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

3.4.1 Focusgroepen

In de eerste oriëntatie op het thema preventie voor de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is via focusgroepen (bestaande uit huisartsen) de scope hiervan verkend. De deelnemers van deze focusgroepen wezen op de geschikte positie van de huisartsenzorg om patiënten met gezondheidsrisico's te traceren. Tegelijkertijd was het besef aanwezig dat de beschikbare capaciteit te beperkt dreigt te zijn om de toenemende zorgvraag op te vangen.

Om die reden zou de huisarts zich moeten beperken tot waar hij goed in is en waar zijn inzet een aantoonbare meerwaarde heeft. Evidence zou leidraad moeten zijn voor de preventietaken.

3.4.2 Bijeenkomsten in de regio en op de huisartseninstituten

Om het oordeel van de achterban over proactieve preventie nader te onderzoeken is tijdens de bijeenkomsten in het land de vraag aan de orde geweest of de huisartsenzorg zich meer moet gaan toeleggen op populatiegebonden preventieve taken. De reacties waren verdeeld. Regelmatig kwam in de discussies naar voren dat de huisartsenzorg niet het panacee kan zijn voor alle maatschappelijke problemen. Samenwerking met gemeenten en GGD-instellingen wordt door een deel van de achterban (huisartsen) als potentieel effectief beoordeeld. Wat betreft de uitvoering van preventietaken op populatieniveau bestaat in het algemeen terughoudendheid.

3.4.3 Consultatie van de achterban met behulp van vragenlijsten

Uitkomsten van de ingevulde vragenlijsten (N = 560) over het thema preventie.

68 Agenda voor een gezonder Nederland <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsarchief/Nieuwsbericht-1/Agenda-voor-een-gezonder-Nederland.htm>, 2012

	Uitvoeringsvragen aanbod in 2022	Ja	Nee	Niet ingevuld
1	In 2022 is het aanbod huisartsenzorg uitgebreid met preventieve activiteiten op populatieniveau.	59%	40%	2%
2	Het basisaanbod huisartsenzorg bevat buiten case-finding in 2022 geen preventieve taken.	25%	69%	6%

3.4.4 Conclusie

Het belang van preventie voor de individuele patiënt alsook voor de Nederlandse samenleving wordt allerwegen onderschreven. De ongezonde leefstijl van veel Nederlanders leidt niet alleen tot chronische aandoeningen en beperking van de levensduur, maar heeft ook negatieve gevolgen voor welzijn, participatie aan de samenleving en arbeidsproductiviteit.

Ervaringen met collectieve preventie toont de effectiviteit aan van de bevordering van de gezondheid op populatieniveau. De roep om een grotere rol van de overheid bij gezondheidsbevorderende maatregelen wordt steeds duidelijker.

Sociaal-maatschappelijke factoren hebben een grote impact op gezondheid. Deze factoren vallen buiten de directe invloedssfeer van de huisarts. Zijn unieke positie als vast aanspreekpunt en vertrouwenspersoon voor de patiënt gedurende diens hele levensloop, die bekend is met zijn persoonlijke context maken hem bij uitstek geschikt voor preventie die is geïntegreerd en ingebed in de arts-patiëntrelatie.

Continuïteit en samenhang zijn voorwaarden voor effectieve preventie. De huisartsenzorg kan een zinvolle bijdrage leveren aan overige onderdelen van de preventieketen door samenwerking met andere zorgverleners en lokale overheden.

3.5 Preventie in de huisartsenzorg 2022

De huisarts richt zich vooral op die vormen van preventie met aantoonbare meerwaarde: de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie als onderdeel van integrale zorg voor de eigen patiënt. In het hierna volgende figuur wordt dit in beeld gebracht.

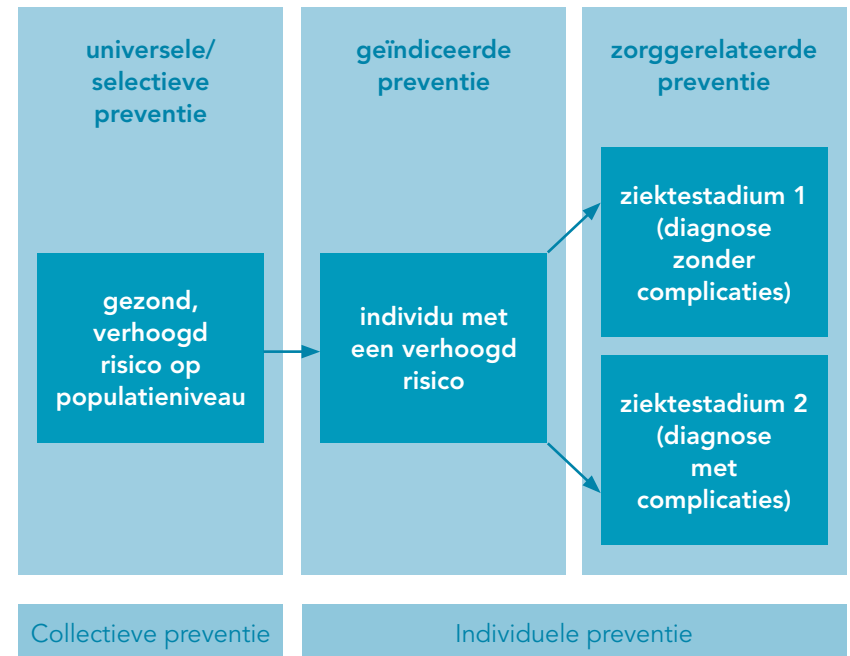
Het gaat in de huisartsenzorg met name om zorggerelateerde preventie gericht op het voorkomen van complicaties en beperkingen bij mensen die al gezondheidsproblemen hebben en om geïndiceerde preventie bij groepen patiënten zonder gezondheidsproblemen maar met een verhoogd risico daarop.

Samen met andere partijen (GGD, gemeente) geven huisartsen vorm aan wijkgebonden preventie, waarbij wordt afgesproken wie op welke wijze de meeste effectieve rol kan spelen.

Het gaat hier om collectieve preventie die zich richt op de hele bevolking en selectieve preventie voor bevolkingsgroepen die wel een verhoogd risico hebben, maar nog niet geïndiceerd zijn voor preventieve interventie.

Afhankelijk van de meerwaarde van de huisartsenzorg voor de uitvoering of facilitering van universele preventie voor de patiënt wordt binnen het samenwerkingsverband bepaald welke activiteiten op welke wijze plaatsvinden. Hierbij wordt afzonderlijk gekeken naar de waarde van de rol van de huisarts bij het oproepen, het uitvoeren en het opvolgen van de uitslagen.

Vormen van preventie



Figuur 2: vormen van preventie

3.5.1 Zorggerelateerde preventie

De afgelopen decennia is het ziektepatroon veranderd en heeft een verschuiving plaatsgevonden van (acute) infectieziekten naar chronische ziekten en ouderdomsaandoeningen. Hierdoor is de aandacht voor zorggerelateerde preventie in de huisartsenzorg toegenomen. Het gaat niet meer alleen om genezen van ziekten, maar steeds meer om het voorkomen van verslechtering en van complicaties en het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte. De kwaliteit van de zorg voor mensen met een chronische ziekte is de afgelopen jaren onder andere verbeterd door de inzet van praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen en geprotocolleerde ketenzorg.

Onderzoek wijst uit dat winst is te boeken bij het begeleiden van patiënten met een chronische ziekte en bij het terugdringen van overgewicht.⁶⁹ In het veranderen van de leefstijl is continuïteit in de begeleiding een belangrijke succesfactor. De structurele inzet van een praktijkondersteuner binnen de huisartsenpraktijk bij deze patiënten blijkt positief effect te hebben.⁷⁰

In goede huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen zijn ook een proactieve attitude en preventie van grote betekenis voor het voorkomen en terugdringen van beperkingen in het functioneren van de patiënt, het bevorderen van zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en een goede kwaliteit van leven.⁷¹ Het is de ambitie van de huisarts om de groeiende zorgvraag van gecompliceerde oudere patiënten te blijven opvangen. Dit vraagt om investeringen in de deskundigheid om patiënten met multimorbiditeit te behandelen en te begeleiden. Er moet worden geïnvesteerd in een proactieve attitude en in preventie, waarbij de wensen en mogelijkheden van de patiënt om zelf de regie te houden centraal staan. Door een werkgroep bestaande uit onder meer kaderhuisartsen ouderengeneeskunde is hiervoor een aanpak voorgesteld die de huisarts helpt om zijn aanpak af te stemmen op de wensen en behoeften van de oudere patiënt. De mate waarin de huisarts de regie voert over de medische zorg is afhankelijk van de zelfredzaamheid en beperkingen van de oudere patiënt.⁷²

3.5.2 Preventie als onderdeel van integrale huisartsenzorg en geïndiceerde preventie

De patiënt raadpleegt de huisarts vaak in een vroeg stadium als alleen de eerste symptomen zich aandienen. Met de behandeling en begeleiding van de huisarts worden ziekten tijdig behandeld, waardoor dikwijls grotere gezondheidsproblemen kunnen worden voorkomen. De huisarts kent de

69 Jansen, D., Heijmans, M. Huisartsenzorg in cijfers: overgewicht onder chronisch zieken. *Huisarts en Wetenschap*: 2012, 55(5), 225.

70 Bogt, N ter. Preventing weight gain in general practice. [Dissertatie] UMC Groningen, 2011.

71 Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. NHG, 2008.

72 Gercama, A. De ene oudere is de andere niet. Populatiegerichte aanpak verbetert medische zorg in de eerste lijn. *Med Contact* 2011(47);2919-21.

persoonlijke context en het risicoprofiel van de patiënt. De huisarts baseert zich hierbij op de richtlijnen waarin dikwijls leefstijladviezen zijn opgenomen als stoppen met roken, het beperken van overgewicht en het bevorderen van lichaamsbeweging.

Het contact met de patiënt biedt de huisarts de mogelijkheid om gezondheidsrisico's als overgewicht en psychosociale problematiek te signaleren en ter sprake te brengen. Met deze case-finding werkt de huisarts aan geïndiceerde preventie. Mogelijkheden om patiënten gericht te kunnen verwijzen naar programma's op het gebied van bevordering van gezonde leefstijl en bewegen, (sport)clubs, opvoed- en opgroei-ondersteuning en overige welzijnsactiviteiten in de buurt vergroten de effectiviteit. Patiënten verwachten van de huisarts op dit punt ook een actieve rol. 80 procent van de patiënten ziet het als de taak van de huisarts om het onderwerp gezonde leefstijl te bespreken.

Ruim 70% vindt dat de huisarts de patiënt moet helpen bij het voorkomen van gezondheidsproblemen. 90% van de Nederlanders en 94% van de huisartsen vindt dat de huisarts de patiënt erop mag wijzen als de patiënt risico's loopt om door bepaald gedrag (bijvoorbeeld roken) een bepaalde aandoening te ontwikkelen.⁷³

De beroepsgroep heeft met www.thuisarts.nl geïnvesteerd in een moderne infrastructuur voor de publieks- en patiëntenvoorlichting die de komende jaren wordt uitgebreid met nieuwe gebruiksmogelijkheden ter ondersteuning van de huisartsenzorg. Zo zal de effectiviteit van case-finding worden bevorderd door vragenlijsten voor patiënten aan te bieden die voorafgaand aan het consult met de huisarts kunnen worden ingevuld.

De huisarts wordt steeds meer geraadpleegd door patiënten die op basis van uitslagen van zelftesten en screenings vragen hebben over hun risico op ziekten. Vaak zijn deze testen onvoldoende onderbouwd en daardoor aanleiding voor onnodige ongerustheid. De NHG-Standaard PreventieConsult is een wetenschappelijk onderbouwde methode voor de vroegtijdige opsporing en behandeling van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico en voor preventieve activiteiten in de eerste lijn.⁷⁴

73 NTS NIP Onderzoek

74 Voor meer informatie: www.nhg.org/PreventieConsult.

De eerste module van het PreventieConsult is gericht op de opsporing van mensen met risico's op hart- en vaatziekten, diabetes en nierschade. De komende jaren zullen de richtlijnen voor preventie, waaronder het PreventieConsult, op basis van beschikbare wetenschappelijke onderbouwing worden uitgebreid.

Een gezonde leefstijl en bewegen zijn sleutelfactoren voor preventie. Daarbij is structurele multidisciplinaire samenwerking met onder meer fysiotherapeuten, diëtisten, en oefentherapeuten onmisbaar. De Handreiking Leefstijl en bewegen biedt handvatten om deze samenwerking op effectieve wijze te organiseren.⁷⁵

3.5.3 Rol bij lokaal gezondheidsbeleid

De collectieve preventie is een zaak van de openbare gezondheidszorg in samenwerking met de curatieve sector. Voor de huisarts betekent dit het zoeken naar samenwerking tussen een huisartsensamenwerkingsverband (zie ook 5.6.5.2) en lokale overheden.

Huisartsen bevinden zich in een goede positie om de verbinding tussen preventieve en curatieve zorg te leggen. Ongezond gedrag, ongezonde leefomstandigheden, armoede en (gebrek aan) werk zijn vaak buurtgebonden. Huisartsen begeleiden patiënten gedurende langere tijd in het leven in de context van gezins- en andere samenlevingsverbanden. Voortvloeiend uit de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde heeft de huisarts dan ook een signalerende taak op het gebied van populatiegerichte preventie. Dit betekent niet dat de huisarts veel invloed kan uitoefenen op de sociaal-maatschappelijke situatie van de patiëntenpopulatie, maar wel dat hij risico's signaleert en deze doorgeeft aan de verantwoordelijke instanties. Voorbeelden zijn het wijzen op gezondheidsrisico's van het ontbreken van speelruimte en sportvoorzieningen in de wijk.

75 Hoeijmakers, M. Leefstijl en bewegen in de eerste lijn. Handreiking Effectieve leefstijladvisering voor een multidisciplinaire aanpak. In opdracht van LHV, NHG, KNGF, VvD, VvOCM en KNGF <http://lhv.artsennet.nl/LHVproduct/Handreiking-Leefstijl-en-bewegen-in-de-eerste-lijn-1.htm>

De gemeenten hebben op basis van wetgeving een belangrijke rol op het terrein van de populatiegerichte preventie. Huisartsen kunnen hun inbreng in wijkgerichte preventie versterken door structurele samenwerking met de lokale overheid. De lokale huisartsensamenwerkingsverbanden (zie hoofdstuk 5) zijn onder andere bedoeld als het platform voor overleg, afstemming en het maken van afspraken over welke rol de huisarts kan spelen bij het wijkgerichte preventiebeleid. De GGD verricht bevolkingsonderzoeken onder de hele Nederlandse bevolking en presenteert deze informatie in rapporten, waarbij wijk-, stad- (gemeente-) en regioniveau onderscheiden worden. Als deze gegevens beter toegankelijk worden voor huisartsen, krijgen zij inzicht in de noden van de mensen in hun verzorgingsgebied en kunnen zij evalueren in hoeverre hun zorgaanbod hierop aansluit.⁷⁶

76 Meuwissen LE, Voorham AJJ, Schouten GM, De Bakker DH. Hoe te komen tot een populatiegerichte huisartsenzorg. NTvG, november 2010

4. Aanbod en randvoorwaarden

4.1 Inleiding

De huisartsenzorg heeft zich sinds de afspraken in de Woudschoten-conferentie in 1959 ontwikkeld tot een medisch specialisme met een uitgebreid aanbod aan zorg. Dit aanbod dat voortdurend wordt aanpast aan de vraag van patiënten, de maatschappij en de ambitie van de beroepsgroep, is voor de eerste maal uitgebreid vastgelegd in 1987. De LHV publiceerde toen het 'Basistakenpakket van de huisarts'⁷⁷. Als logisch vervolg hierop is in 2004 als onderdeel van het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 het Basistakenpakket van de huisarts herschreven tot 'Het aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004', kort gezegd 'het aanbod'.⁷⁸ Dit aanbod is in 2009 geactualiseerd⁷⁹. Dit aanbod zal ook in de toekomst met regelmaat worden geactualiseerd om publiek en maatschappij duidelijk te maken wat de huisartsgeneeskunde te bieden heeft. In dit hoofdstuk nemen wij het huidige aanbod (2009) als uitgangspunt.

Het huidige project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 zet een stip op de horizon om de contouren van het aanbod huisartsenzorg in 2022 te schetsen. Uitdrukkelijk stellen wij daarbij dat wij de ambitie beschrijven die de beroepsgroep heeft om aan de vraag naar huisartsenzorg over tien jaar te kunnen voldoen. Dat kan alleen onder bepaalde voorwaarden. De contouren daarvoor beschrijven wij in dit hoofdstuk. Belangrijkste uitgangspunt bij het formuleren van de ambitie van de beroepsgroep is dat de huisarts van 2022 een antwoord weet te geven op de zorgvraag (de noden) van de patiënt in 2022 en op de wensen van diezelfde patiënt. De huisartsenzorg is daarnaast gebaseerd op de kernwaarden die de beroepsgroep in 2011 heeft geformuleerd in het Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde. Generalistisch, persoonsgerichte, continue zorg voor alle burgers van alle leeftijden.

77 Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Basistakenpakket van de huisarts, LHV-Vademecum. Utrecht, 1987.

78 Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004. Utrecht, LHV, 2004

79 Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2009. Utrecht, LHV, 2009.

De ambitie van de beroepsgroep is om in 2022 een breed aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg te bieden van hoge kwaliteit, in de buurt van de patiënt. Veelvoorkomende aandoeningen worden door de huisarts afgehandeld. Patiënten die te kampen hebben met zeldzamere aandoeningen kunnen rekenen op begeleiding van de huisarts in goede afstemming met andere gespecialiseerde hulpverleners. Nieuw geformuleerde speerpunten daarbij zijn de zorg voor het groeiende aantal patiënten met meerdere aandoeningen, het verbeteren van de gezondheid van mensen met lage sociaaleconomische status, extra aandacht voor zelfzorg door burgers en zorggerelateerde en geïndiceerde preventie.

4.2 Vraag huisartsenzorg

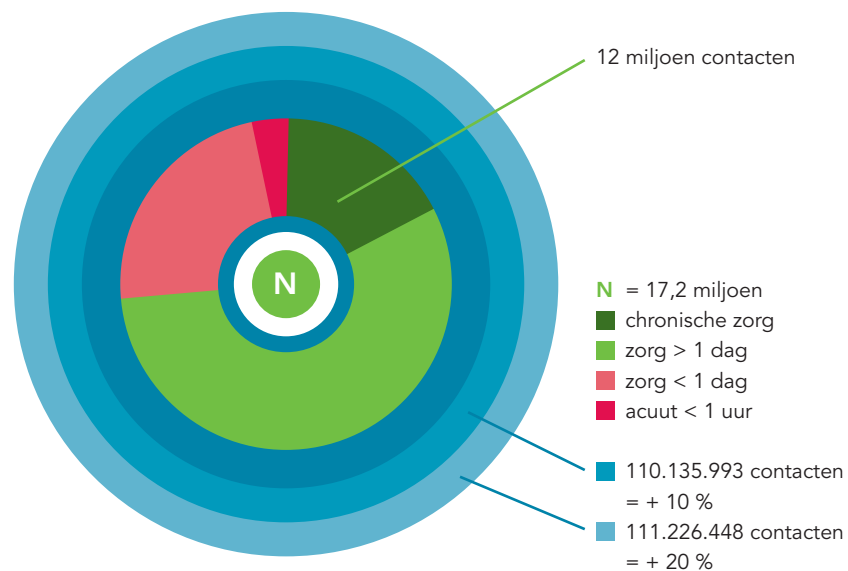
De vraag naar huisartsenzorg is niet statisch en ontwikkelt zich door de jaren heen. De epidemiologie van ziekten verandert, door beleidsmaatregelen wijzigt het gezondheidszorgsysteem met als gevolg een aanpassing van taken van de verschillende aanbieders.

4.2.1 Vraag: Bevolkingsgroei en epidemiologie

De kwantitatieve vraag naar huisartsenzorg neemt jaarlijks toe. De toename van het aantal contacten met de huisarts is ongeveer zes procent per jaar.

Ook groeit het aantal inwoners van Nederland van 16,5 miljoen in 2010 naar 17,2 miljoen in 2025. Deze stijging van het aantal inwoners zal bij een gelijkblijvende vraag naar huisartsenzorg leiden tot een forse toename van contacten met de huisarts en praktijkondersteuner. In 2010 was dit aantal contacten ongeveer 95 miljoen, bij gelijkblijvende vraag stijgt het aantal contacten in 2025 tot ongeveer 109 miljoen. Veel waarschijnlijker is dat de vraag sterker stijgt door de jaarlijkse autonome toename van de vraag en door de steeds complexere zorgvraag. In onderstaande figuur is weergegeven wat een stijging van de vraag met 10 of 20 procent betekent.

Huisartsenzorg 2025: 109.045.538 contacten + 10 % + 20 %

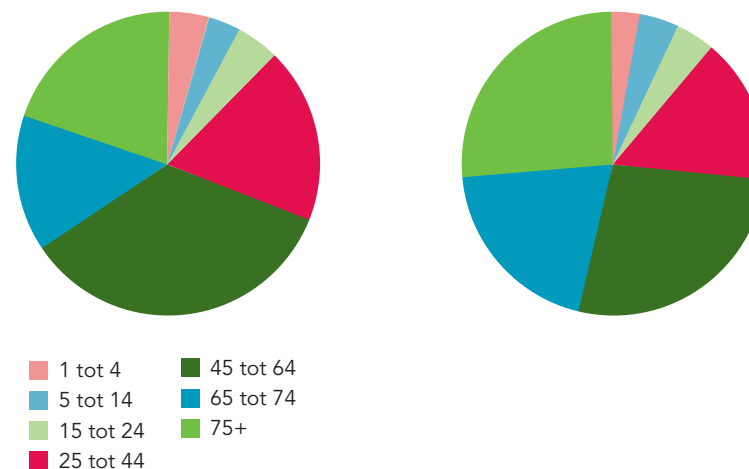


Figuur 3: vraag naar huisartsenzorg in 2025

De omtrek van de donkerblauwe cirkel geeft het aantal te verwachten contacten met huisarts en praktijkondersteuner weer bij gelijkblijvende vraag. De lichtere cirkels met een stijging van de vraag met 10 of 20 procent.

De toename van de zorgvraag is vooral toe te schrijven aan epidemiologische factoren, terwijl de aandoeningen veelal dezelfde zullen blijven. Het gaat in de eerste plaats om de groei van het aantal ouderen, waardoor het aantal patiënten met een chronische ziekte en multimorbiditeit toeneemt. Dit leidt tot een complexere zorgvraag waarvoor een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is.

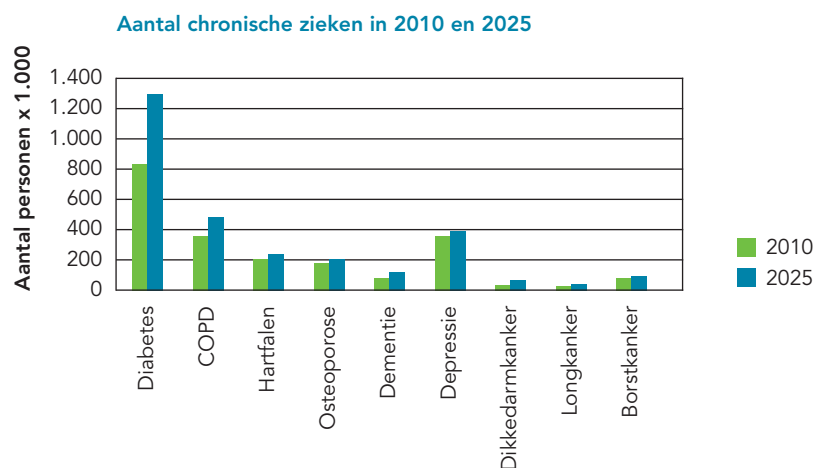
Door de veranderende bevolkingsamenstelling is de toekomstige vraag naar huisartsenzorg voor bijna de helft afkomstig van vijfenzestigplussers. Onderstaande figuur illustreert dit.



Figuur 4: aantal contacten per leeftijd

De bevolking vergrijsd. Dat betekent dat het aantal ouderen zal stijgen. Daarmee gepaard gaat de toename van een aantal chronische aandoeningen die vooral op oudere leeftijd voorkomen. Het gaat daarbij om de aandoeningen die in onderstaande figuur worden getoond. De toename van deze aandoeningen vanaf 2010 tot 2025 is daarmee in beeld gebracht.⁸⁰

80 LHV Position Paper. Utrecht: LHV, 2011



Figuur 5: toename chronische aandoeningen

De helft van het aantal ouderen met chronische aandoeningen lijdt zelfs aan twee of meer van dergelijke aandoeningen.

Een tweede belangrijke factor in de vraag naar huisartsenzorg in de toekomst waar rekening mee moet worden gehouden is het groeiend verschil in sociaaleconomische status binnen de Nederlandse bevolking. De gezondheidsverschillen tussen de hogere en lagere sociaaleconomische klassen zijn in de eerste tien jaar van deze eeuw niet verminderd, maar groter geworden. In hoofdstuk 3.2.3 zagen we al verschillen in levensverwachting tussen mensen met hoger of lager opleidingsniveau⁸¹. Willen wij deze (groeierende) gezondheidsverschillen terugdringen dan zal een grotere inspanning op het gebied van preventie gedaan moeten worden zoals ook aangegeven in hoofdstuk 3.2.3.

81 Lucht F van der (RIVM), Bruggink JW (CBS), Kardal M (CBS), Lodder BJH (CBS). Levensverwachting: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Levensverwachting, 8 december 2010.

Onafhankelijk van hun gezondheidstoestand doen mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) iets meer beroep op de huisartsen dan personen met een hoge SES⁸².

De derde factor is de te verwachten groei in aandoeningen op het gebied van de geestelijke gezondheid. Met de eerder beschreven groei van het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt bij hen de kans op het ontwikkelen van een depressie met een factor twee toe. De complexiteit van de maatschappij neemt alsmaar toe en daarmee nemen de eisen die deze maatschappij aan haar burgers stelt ook toe. Deze ontwikkeling leidt tot een stijging van het aantal mensen met een surmenage. Het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om meer GGZ-problematiek in de eerste lijn op te willen lossen versterkt de druk op de huisarts hierbij extra.

Tenslotte noemen wij het gevaar van uitbraken van nieuwe vormen van infectieziekten en de toename van infectieziekten die van dier op mens kunnen overgaan⁸³. Door het toegenomen reisgedrag van de mens zijn deze infectieziekten minder goed beheersbaar. Deze infectieziekten leiden niet alleen tot werkelijke ziekte, maar door nog snellere informatievoorziening ook tot grote maatschappelijke onrust. Voorbeelden van recente datum zijn de inzet van de huisarts bij de wereldwijde H1N1-pandemie en op kleinere schaal bij de Q-koorts. In deze periode heeft de huisarts niet alleen haar reguliere curatieve taken uitgevoerd, maar heeft zij ook de publieke vaccinatietaken grotendeels voor haar rekening genomen. Een andere ontwikkeling is dat door de toenemende verontreiniging van water en voeding met ziekmakende bacteriën ook de kans op infecties toeneemt. Een recent voorbeeld is de via voedsel overgedragen infectie met EHEC.⁸⁴

82 Verweij A (RIVM), Lucht F van der (RIVM). Wat is de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Thema's\Gezondheidsachterstanden\Sociaaleconomische status, 7 december 2010.

83 Evaluatie Aanpak Nieuwe Influenza A, Berenschot, 9 maart 2011

84 (Hoeymans et al., 2010; Hunter, 2003; McMichael et al., 2006; Kovats et al., 2004b). WHO juni 2011 factsheet EHEC.

4.2.2 Maatschappelijke vraag

Huisartsenzorg is doelmatige zorg. Zij handelt ruim negentig procent van de haar aangeboden zorgvragen af tegen ongeveer drie procent van de kosten van de gezondheidszorg (bron: CBS 2011). Doelmatigheid is een leidend principe in de huisartsenzorg en dat is in de concretisering van de Toekomstvisie 2012 dan ook opgenomen als essentieel kenmerk van de huisartsenzorg.⁸⁵ Keuzes in de richtlijnen die door de beroepsgroep worden gemaakt zijn gebaseerd op medisch wetenschappelijke onderbouwing ('evidence based'). Bij het kiezen tussen wetenschappelijk gezien gelijkwaardige alternatieven geeft de doelmatigheid van interventies de doorslag. Daarbij levert de huisarts zorg tot in het huis van de patiënt. Dit alles heeft ook de afgelopen tien jaar tot een toenemende vraag naar huisartsenzorg geleid.

Patiënten, cliënten en burgers

Voor de vraag van patiënten, cliënten en burgers verwijzen wij naar de conclusies die in hoofdstuk 2 over de wensen van de patiënt worden getrokken. Kort samengevat wil de burger van de toekomst meer zorg op maat op basis van persoonlijke voorkeuren, direct contact op meerdere manieren met de huisarts die hij kent. Ook heeft hij hoge verwachtingen van zorgkwaliteit, doet aan zelfmanagement en preventie, en is door e-health anders geïnformeerd.

De vraag naar avond-, nacht en weekendzorg (ANW-zorg) is de laatste jaren steeds meer gestegen met het uitbreiden van onze 24-uurs-economie en door substitutie uit de tweede lijn.

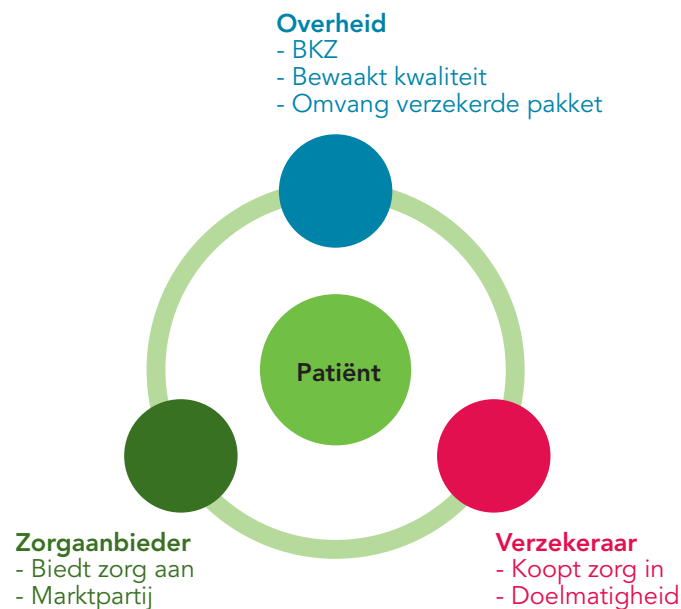
Politiek, overheid en zorgverzekeraars

Om de vraag van de politiek en de overheid naar huisartsenzorg te begrijpen geven wij eerst inzicht in de belangrijkste ontwikkeling in het Nederlandse zorgstelsel van de afgelopen 10 jaar. In 2006 is de met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet de marktwerking in de zorg geïntroduceerd. De rol van de overheid en overige spelers is daardoor belangrijk veranderd:

- de zorgaanbieder levert zijn zorg, deze zorg is als functionele

aanspraken in de wet omschreven; niet degene die de zorg levert is bepalend maar de omschrijving van de zorgtaak, dus onafhankelijk van de aanbieder;

- de zorgverzekeraar koopt zorg in en zorgt daarmee voor doelmatigheid en kwaliteit van zorg; hij vertegenwoordigt daarbij het patiëntenbelang;
- de overheid bepaalt het speelveld en controleert de kwaliteit van zorg. Zij heeft door regelgeving vat op de omvang van het verzekerde pakket, waarbij zij de toegang tot de zorg voor iedereen kan bepalen. Dit past binnen het equity-beginsel;
- de patiënt staat in het midden van de partijen en heeft door zijn keuzes invloed op de positie van alle spelers.



Figuur 6: het zorgveld

In de nieuwe rol van de overheid heeft zij bij de stijgende kosten van de zorg nu vooral oog voor de doelmatigheid van de huisartsenzorg. Met die

⁸⁵ Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening Concretisering Toekomstvisie 2012. Utrecht NHG/LHV, 2003.

blik heeft de overheid de afgelopen jaren fors ingezet op substitutie van zorg van tweede- naar eerste lijn. De beleidsnotities van de laatste twee ministers van VWS pleitten voor zorg in de buurt en vroegen daarin de huisartsenzorg, waar mogelijk, zorg uit de tweede lijn over te nemen^{86, 87}. De vraag om deze substitutie gaat zo ver dat zij typisch huisartsgeneeskundige taken bij de huisartsenzorg weg wil halen zodat huisartsen meer tijd hebben voor de substitutie. Zo is er de afgelopen jaren zelfs gepleit om een voorziening voor de opvang van alledaagse klachten in te richten, los van de huisarts.⁸⁸

Een tweede vraag die steeds duidelijker klinkt is de vraag naar het verder invullen van het poortwachterschap van de huisarts. De Gezondheidsraad toonde in haar rapport over het primary care stelsel aan dat in een stelsel met een poortwachter de kosten van de zorg beter beheersbaar zijn.⁸⁹

Waar bij de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet de beroepsgroep nog hard heeft moeten vechten voor het behoud van het poortwachterschap roepen overheid en verzekeraars nu steeds harder om een adequate invulling daarvan.

Een derde belangrijke vraag die door de overheid aan de zorg en de huisartsenzorg in het bijzonder wordt gesteld is de vraag naar preventieve activiteiten. (zie hoofdstuk 3). Zorgverzekeraars stellen dezelfde vragen aan de huisartsen en richten hun inkoop hierop in. Zij volgen hierbij de overheid, vooral ook omdat deze tot op heden (medio 2012) de regelgeving rond de financiering van de zorg vast laat leggen en daarmee in feite de zorginkoop stuurt.

Toegenomen vraag naar transparantie

De veranderende rollen van overheid en zorgverzekeraars hebben ook geleid tot een toegenomen vraag naar transparantie. Tot nu toe werkten huisartsen vooral aan de interne transparantie (kwaliteit) van de zorg via een door de beroepsgroep geaccepteerd accrediteringsinstrument, toetsgroepen zoals het FTO maar ook via zorggroepen. Nu wordt steeds meer externe transparantie verlangd. Zo willen de zorgverzekeraars

86 VWS. Visie op eerstelijnszorg. Dynamische eerstelijnszorg. VWS, januari 2008.

87 VWS. Zorg en ondersteuning in de buurt. Den Haag: VWS, november 2011.

88 RvZ. Van ZZ naar GG. Den Haag: RvZ, 2010

89 Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004.

indicatoren voor hun inkoopbeleid, de gebruiker (de patiënt) voor keuze-informatie en de overheid (VWS en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)) voor verantwoording en sturen op overheidsbeleid. Via het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) heeft de overheid de zorgsector willen ondersteunen in het zichtbaar maken van hun zorgkwaliteit. Voor het transparant maken van de zorg worden kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en is het Kwaliteitsinstituut opgericht.

De introductie van de integrale bekostiging heeft een ontwikkeling tot gevolg gehad waarbij het accent is komen te liggen op meetbare zorg. Hierdoor is onder andere binnen ZiZo het accent verplaatst naar vooral het ontwikkelen van indicatoren voor de chronische zorg. Dit heeft de trend gezet dat de nadruk van transparantie ligt op outcome-indicatoren waarbij het vooral gaat om afrekenen van zorgprofessionals. Het streven naar gelijke ontwikkeling van interne en externe transparantie blijkt toenemend in het gedrang te komen. Er blijkt onvoldoende steun om te investeren in de randvoorwaarden voor het interne kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep.

De aandacht voor meetbare zorg brengt het risico met zich mee dat het afleidt van de basiszorg die de huisarts levert. Deze zorg is moeilijk in indicatoren te vatten. Daarnaast blijken indicatoren soms weinig te zeggen over hoe de mensen de kwaliteit van zorg daadwerkelijk beleven. Het aanleveren van indicatoren betekent ook extra administratieve lasten voor de huisarts die ten koste kunnen gaan van de tijd voor de patiëntenzorg.

Vraag naar fysieke samenwerkingsverbanden

De overheid en de zorgverzekeraars oefenen in toenemende mate druk uit op verschillende zorgaanbieders om meer fysiek bij elkaar te gaan zitten. Dit streven is niet onomstreden noch goed onderbouwd.

Een tweede principiële punt is dat de huisarts zijn zorg dichtbij de patiënt wil bieden. Samenklontering van aanbieders zal echter leiden tot schaalvergroting, met als gevolg dat de afstand van de huisarts tot de patiënt juist groter wordt. En dat terwijl menselijke maatvoering, persoonlijk contact en continuïteit in persoon van groot belang zijn voor de (oudere) patiënt.

Los van de principiële bezwaren houdt onzekerheid over de financiering van de zorg zorgaanbieders tegen nieuwe investeringen te doen.

Samenwerking wordt daarnaast gefrustreerd door beperkingen die de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) oplegt. Voor de huisartsen blijft het moeilijk, zo niet onmogelijk, om zich tegelijkertijd als partner/collega en als concurrent tot elkaar te verhouden. Dit geldt zowel voor de medisch inhoudelijke en kwaliteitsaspecten als voor de organisatorische en economische aspecten.

Overige zorgaanbieders

Gezondheidszorg is gebaat bij samenwerking. Huisartsen zijn generalisten en werken derhalve veel samen met meer gespecialiseerde zorgverleners. Om de zorg in de buurt en betaalbaar te houden doen zorgaanbieders een beroep op elkaar. Dit wordt uitgebreid beschreven in hoofdstuk 5 Samenwerking en organisatie.

Financiële afspraken tussen specialisten en overheid brengen de tweede lijn er toe steeds meer inspanning van de huisartsen te vragen om hun beperkte groei-doelstellingen in de tweede lijn te kunnen realiseren. Voor de GGZ zijn soortgelijke afspraken in de maak. Deze ontwikkelingen hebben grote invloed op de vraag naar huisartsenzorg.

4.3 Aanbod Huisartsenzorg

Het aanbod aan huisartsenzorg verandert mee met de hierboven beschreven vraag en door ontwikkelingen en ambities binnen de beroepsgroep. In dit hoofdstuk worden beide ontwikkelingen kort besproken. Wij kijken hierbij terug tot ongeveer 2002, het jaar waarin de Toekomstvisie 2012 gepubliceerd is.

4.3.1 Ontwikkelingen binnen beroepsgroep

Na het beschrijven van het Basistakenpakket (LHV, 1987) is het NHG in 1989 begonnen met het schrijven van 'het leerboek van de huisartsgeneeskunde' zoals de oprichters van het Standaardenbeleid hun ambitie weergaven.

Het NHG is de drijvende kracht achter dit beleid. De eerste verzameling van dertig richtlijnen verscheen gebundeld in 1993, de laatste gebundelde versie bevatte honderd NHG-Standaarden en andere medische

richtlijnen.^{90,91} De beroepsgroep loopt voorop met het onderbouwen van het aanbod dat zij levert. Met dit richtlijnenbeleid wordt het aanbod van de huisartsenzorg onderbouwd. De richtlijnen beschrijven de huisartsenzorg, wat zij doet, tot hoe ver zij gaat en welke kwaliteit zij levert.

4.3.2 Het huidige aanbod

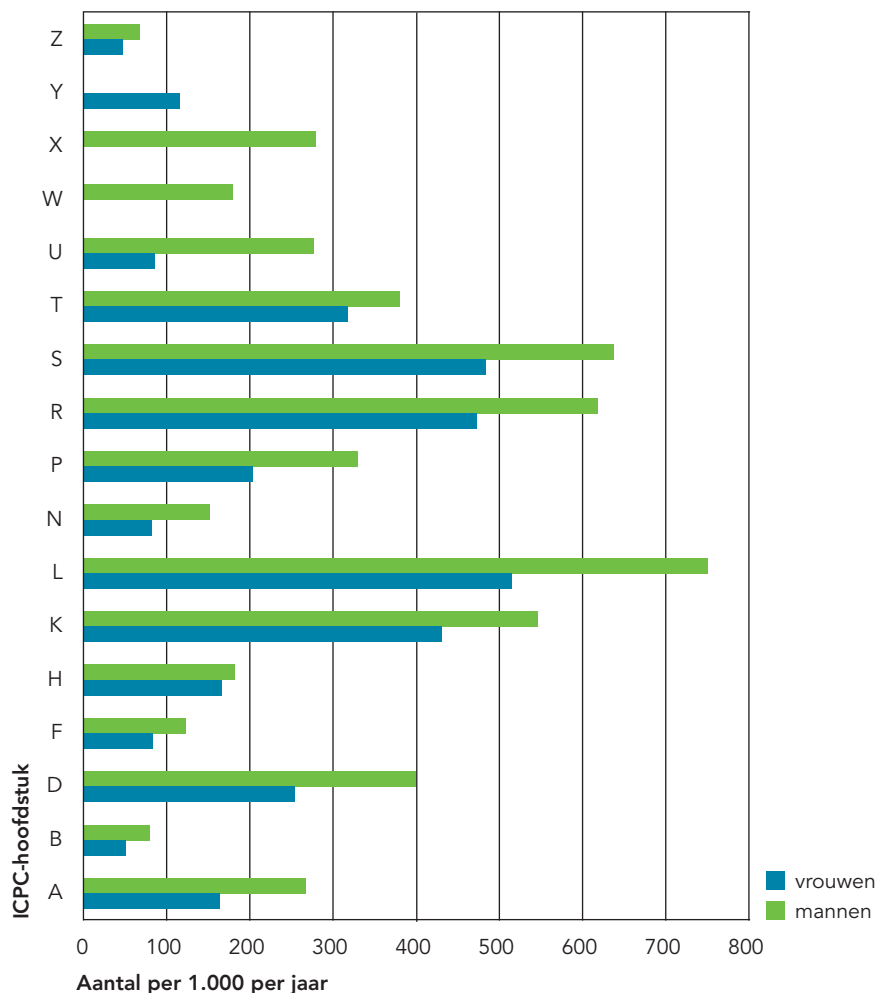
De ambitie die in 2002 is geformuleerd leidde tot een aanbod om huisartsenzorg voor alle burgers dicht bij huis te bieden voor de meest voorkomende aandoeningen. Dit betekent in de praktijk dat de huisarts te maken krijgt met een breed scala aan klachten.

Van veel voorkomende of juist zeldzame aandoeningen, van acute of chronische aard, met lichte of ernstige gevolgen. In figuur 7, overgenomen uit het Standpunt Kernwaarden, wordt dit geïllustreerd.⁹²

90 Geijer RMM, Burgers JS, Laan van der JR e.a. NHG-Standaarden voor de huisarts I en II. Maarssen, Elsevier/Bunge, 1999.

91 Wiersma Tj, Boukes FS, Geijer RMM e.a. NHG-Standaarden voor de huisarts editie 2011. Houten, BSL 2011

92 NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde Generalistisch, persoonsgericht en continu. Utrecht, NHG, 2011.



Figuur 7: contactdiagnoses in 2009 naar geslacht en ICPC-hoofdstuk
 In y-as van deze tabel zijn met letters de 17 categorieën ('orgaansystemen') aangegeven waarmee klachten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk volgens de ICPC worden geregistreerd. Op de x-as zijn het aantal diagnoses in deze verschillende categorieën aangegeven.

Deze tabel laat zien dat patiënten de huisarts consulteren voor klachten en aandoeningen uit alle orgaansystemen en onderstreept het generalistische karakter van de huisartsgeneeskundige zorg (Verhey, 2011).

Het ICPC-classificatiesysteem brengt klachten en aandoeningen onder in de volgende hoofdstukken:

A = algemeen en niet gespecificeerd,
 B = bloed en bloedvormende organen,

D = spijsverteringsorganen,

F = oog,

H = oor,

K = hart vaatstelsel,

L = bewegingsapparaat,

N = zenuwstelsel,

P = psychische problemen,

R = luchtwegen,

S = huid en subcutis,

T = endocriene klieren/metabolisme/voeding,

U = urinewegen,

W = zwangerschap/bevalling/anticonceptie,

X = geslachtsorganen en borsten vrouw,

Y = geslachtsorganen en borsten man,

Z = sociale problemen.

Het Aanbod 2009 beschrijft uitgebreid wat men mag verwachten van de huisartsenzorg. Kort samengevat beheerst de huisarts de diagnostiek en behandeling om bij de 400 meest voorkomende aandoeningen en 80 meest voorkomende klachten zelf het beleid te voeren. Als afkappunt wordt hierbij een prevalentie van voorkomen van > 2/1000 ingeschreven patiënten gesteld. Zijn handelen is daarbij zo veel mogelijk op evidence gebaseerd en beschreven in richtlijnen van de beroepsgroep zelf. Ontbreekt evidence dan handelt hij op basis van kennis en ervaring. Ook is hij in staat weinig voorkomende aandoeningen te herkennen om deze tijdig door anderen te laten behandelen.

Het Aanbod 2009 verdeelt de huisartsenzorg onder in een basisaanbod, een aanvullend en een bijzonder aanbod. De beroepsgroep hanteert

deze verdeling om aan de specifieke vraag van verschillende groepen patiënten te kunnen voldoen en om een basis te scheppen voor het contracteren van zorg. Hieronder worden de diverse soorten aanbod kort beschreven. Voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar "Het aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2009" (LHV 2009). Dit aanbod verwijst naar de concretisering van de Toekomstvisie 2012. De onderstaande boxen zijn overgenomen uit de betreffende documenten. Het basisaanbod is de huisartsenzorg die door alle huisartsen aan alle patiënten wordt geleverd. In het kader hieronder wordt dit aanbod nog eens samengevat.

Het basisaanbod:

- voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg;
- betreft de eerste opvang van alle klachten en symptomen die samenhangen met gezondheid of ziekte;
- betreft nadere diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende klachten en medische aandoeningen (indicatie: een prevalentie groter dan 2/1000);
- betreft verwijzing voor nadere diagnostiek en behandeling van relatief zelden voorkomende klachten en medische aandoeningen;
- is waar mogelijk gebaseerd op de inhoud van huisartsgeneeskundige richtlijnen en standaarden.

Het aanvullend aanbod is afgestemd op de omschreven groepen patiënten en wordt alleen aangeboden als die groepen in de praktijkpopulatie voldoende vertegenwoordigd zijn. Hiervoor zijn soms extra middelen of extra personeel nodig. Dit betreft bijvoorbeeld de uitgebreide monitoring van chronische patiënten. De kenmerken staan in het kader hieronder.

Het aanvullend aanbod:

- is een aanvulling op het basisaanbod en voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg;
- betreft huisartsgeneeskundige zorg die aansluit op de specifieke behoeften van de populatie van de betreffende huisartsenvoorziening en voortkomt uit de demografische kenmerken van het verzorgingsgebied;
- betreft omschreven activiteiten, die extra kennis en kunde en/of menskracht en/of diagnostisch/therapeutische apparatuur en/of een

programmatische aanpak vereisen;

- betreft uitzonderlijke groepen patiënten (aard en grootte).

Bijzonder aanbod is aanbod dat grenst aan de huisartsenzorg en extra vaardigheden vraagt. Dit aanbod richt zich op een bredere groep dan de eigen praktijkpopulatie. Huisartsen verwijzen hun eigen patiënten daarvoor eenmalig naar een collega in de buurt. Een voorbeeld hiervan is het aanbieden van sterilisatie van de man.

Het bijzonder aanbod:

- grenst aan huisartsgeneeskundige zorg;
- is een aanvulling op het basisaanbod en het aanvullend aanbod;
- is gebaseerd op bijzondere, de reguliere kwalificatie-eisen van het personeel overstijgende competenties ('specialisaties');
- staat ook open voor niet bij de voorziening ingeschreven patiënten;
- vereist veelal aparte kwaliteitsborging van de opleiding en deskundigheidsbevordering in de vorm van registratie.

Deze indeling maakt het mogelijk om een populatie van patiënten zorg op maat te bieden. Het garandeert alle in Nederland ingeschreven patiënten eenvormige basis huisartsenzorg gebaseerd op nauwkeurig omschreven richtlijnen die mede de kwaliteit van zorg garanderen.

Grootschaliger organisatie om het aanbod te verwezenlijken

De huisartsenzorg is ook de afgelopen tien jaar verder geëvalueerd; het steeds uitbreidende aantal richtlijnen heeft niet alleen het aanbod verder uitgebreid, maar is ook een voortdurende kwaliteitsimpuls. Huisartsenzorg voor chronische aandoeningen wordt veelal georganiseerd in grotere verbanden van zorggroepen (ongeveer 100 in Nederland). Avond-, nacht- en weekendzorg wordt op grotere schaal en verdere afstand van patiënten geleverd door huisartsenposten (HAP's, ongeveer 130) die in toenemende mate samenwerken met spoedeisende eerste-hulpafdelingen van ziekenhuizen (SEH's). In hoofdstuk 5 worden deze ontwikkelingen uitgebreid beschreven.

4.4 Thema Aanbod in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

4.4.1 Bijeenkomsten op de huisartsinstituten en de enquête

Tijdens de bijeenkomsten in het land is in de discussie met huisartsen (in opleiding) niet gesproken over de vraag hoe in de toekomst het aanbod aan te passen. Wel hebben zij de enquête ingevuld.

Enquête aanbod

Stelling	Ja	Nee		
Het basisaanbod huisartsenzorg is in 2022 ruimer dan nu: het uitgebreid monitoren van veel voorkomende ziekten behoort dan tot het basisaanbod.	82	17	0	1
In 2022 is het aanbod huisartsenzorg uitgebreid met preventieve activiteiten op populatieniveau.	59	39	1	1
In 2022 behoren consulten van medisch specialisten als verlengde arm van de huisarts ook tot het aanbod van de huisartsenzorg.	67	31	0	2
Het huisartsgeneeskundig aanbod in 2022 wordt in kleinere normpraktijken aangeboden, waardoor er per (fte-) huisarts minder patiënten worden bediend, die meer tijd voor de patiënt beschikbaar heeft.	69	29	1	1
Het aanbod huisartsenzorg in 2022 wordt beperkt tot ongeveer het basisaanbod huisartsenzorg 2012; uitbreiding van substitutie uit de tweede lijn is een halt toegeroepen:	32	65	1	3
Het basisaanbod huisartsenzorg bevat buiten case-finding in 2022 geen preventieve taken.	25	70	1	4
Het basisaanbod huisartsenzorg is voor GGZ zorg in 2022 uitgebreid met enkele programma's rond veelvoorkomende GGZ-aandoeningen en wordt uitgevoerd door een halve FTE POH GGZ per normpraktijk.	76	21	1	2
Acute levensbedreigende spoedzorg behoort niet meer tot het aanbod huisartsenzorg.	20	78	0	2

Uit de tabel is af te leiden dat op basis van deze enquête de ambitie om het aanbod aan huisartsenzorg te vergroten bij de beroepsgroep groot is. Zij kiest voor:

- het toevoegen van de monitoring van veelvoorkomende ziekten aan het basisaanbod;
- het uitbreiden van het aanbod met verlengde arm consulten van specialisten;
- uitbreiding van het GGZ aanbod op voorwaarde van meer ondersteuning door een praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).
- Hierbij spreekt men een voorkeur uit voor verkleining van de normpraktijk. Of met andere woorden minder patiënten per fte huisarts.

4.4.2 Regionale LHV-bijeenkomsten

Uit de regionale LHV-bijeenkomsten kwam naar voren dat huisartsen de kernwaarden omarmen. Ook de poortwachtersfunctie wordt als essentieel onderdeel van de huisartsenzorg gezien. De deelnemers (huisartsen jong, oud, solisten, niet-solisten, huisartsen in dienst van een huisarts (hidha's), waarnemers) vinden dat het accent in de toekomst weer veel meer moet komen te liggen op het basisaanbod. De zorg voor mensen met chronische aandoeningen vanuit de ketens moet voor een groot deel terug naar de basiszorg. De organisatie kan in handen zijn van ketenzorgorganisaties, maar de huisarts wil zelf de regie. Huisartsen willen staan voor terminale en palliatieve zorg en hier persoonlijk de continuïteit voor leveren. Over de ANW-zorg spreekt men zich bijna unaniem uit: acute huisartsenzorg willen zij ook 24 uur met elkaar regelen. Huisartsen gaven echter ook eensgezind aan dat de niet acute zorg in avond, nacht en weekenddiensten niet in hun aanbod van de toekomst past. Men vindt dit echter wel zorg die moet worden uitgevoerd door huisartsen. Hier ligt dus een probleem. Over de preventieve taken van de huisarts (zoals griepvaccinatie, uitstrijkjes, actieve screening) bestaat duidelijk een verschil van mening. Ongeveer de helft van de huisartsen geeft aan dat deze taken niet meer vanzelfsprekend tot hun aanbod behoort in de toekomst. Wel staat men unaniem voor de zgn. case-finding.

'Lichte GGZ problematiek' wordt gezien als kerntaak. In de toekomst moet er echter ruimte blijven voor extra, facultatieve taken, zoals de M&I-verrichtingen.

In de bijeenkomsten is vooral gesproken over hoe het aanbod eruit moet gaan zien. Kanttekeningen die gemaakt zijn bij de realisatie hiervan: men ziet vooral kans van slagen bij minder patiënten per huisartsvoorziening en meer samenwerking van huisartsen onderling. Wijkgebonden werken heeft de voorkeur. Ondersteuning in niet-huisartsgebonden taken, maar ook flexibele openingstijden van de huisartspraktijk.

4.5 Randvoorwaarden

In deze paragraaf beschrijven wij wat nodig is om het aanbod huisartsenzorg te realiseren. Hiervoor zijn middelen en mensen nodig. Deze zijn de komende tien jaar evenals de afgelopen tien jaar waarschijnlijk beperkt. Indien de toename van de zorgkosten door blijft gaan zoals de voorspellingen nu zijn, stijgen deze van een uitgave van 15 % van het bruto nationaal product in 2009 naar 40 procent in 2040, bij een groei van 7 procent per jaar. De betaalbaarheid van de zorg blijft een belangrijk onderwerp. Er zullen grenzen aan de groei gesteld worden. In dit hoofdstuk wordt eerst gekeken naar de betaalbaarheid van de zorg, dan naar de arbeidsmarkt en vervolgens naar de benodigde financiële middelen om de ambities van de beroepsgroep waar te maken.

4.5.1 Betaalbaarheid van zorg

Burgers vinden het van belang dat de zorg betaalbaar blijft. Zij hebben beperkt inzicht in de kosten van de zorg. Zij hebben goed inzicht in de premie en in de eigen bijdragen die zij moeten betalen. De laatste jaren worden zij steeds geconfronteerd met stijgende premies en meer en veelal stijgende eigen bijdrages. Dit is onder andere het gevolg van een verder inkrimpen van het verzekerde basispakket. Het betaalbaar blijven van de zorg wordt hiermee voor veel burgers een steeds groter probleem.

4.5.2 Doelmatigheid van huisartsenzorg

Doelmatigheid is een essentieel kenmerk van huisartsenzorg (LHV, Concretisering Toekomstvisie 2012). Huisartsenzorg kost anno 2012 ongeveer € 140 per inwoner per jaar. Dit komt ongeveer overeen met 3,5% van de totale zorgkosten. De huisarts handelt hiermee 95 procent van de hem aangeboden zorgvraag af. De afgelopen 10 jaar is het aanbod van de huisartsenzorg enorm gegroeid. Veelvoorkomende

chronische ziekten worden door de huisarts behandeld.

Waar het aanbod in de huisartsenzorg de afgelopen tien jaar fors is gegroeid door substitutie van zorg van tweede- naar eerste lijn is de kostenstijging van de huisartsenzorg zeer beperkt gebleven; zij stijgt veel minder snel dan de kosten van de totale zorg stijgen. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn de kosten voor de totale zorg met 31,5% gestegen (van € 28,5 mld in 2006 naar € 37,5 mld in 2011). De kosten voor huisartsenzorg zijn in diezelfde periode met 22,2% gestegen (van € 1.927,3 mln in 2006 naar € 2.355,8 mln in 2011). Daarin is begrepen dat de productie van de huisartsenzorg door onder andere substitutie fors is toegenomen.

Huisartsenzorg is doelmatig omdat zij snel gegeven kan worden, zij kent geen wachtlijsten, mensen kunnen snel terecht en zijn daardoor vaak ook weer snel inzetbaar. Omdat het aanbod breed is, kan het ook verzorgd worden door één aanbieder. Dat gaat versnippering van zorg tegen en bespaart enorm op overleg- en overdrachtstijd. Huisartsenzorg wordt dichtbij patiënten gegeven, daardoor hoeven zij niet te reizen hetgeen ook weer tijd en kosten bespaart.

Hoe meer tijd de huisarts voor de patiënt heeft, hoe doelmatiger hij kan werken. De toenemende vraag naar zorg legt een druk op die tijd en kan kostenverhogend werken. Huisartsenzorg wordt veelal kleinschalig geleverd. Hiermee wordt de overhead beperkt en wordt voorkomen dat veel management- en bestuurslagen aanwezig zijn. De hang naar grootschaligheid vormt hiervoor een gevaar (zie onder). Het poortwachterschap van de huisarts is van groot belang om de kosten te beteugelen (Gezondheidsraad 2004).

De recente trend naar grootschaliger organisatie van de huisartsenzorg zowel in de chronische zorg als de ANW-zorg heeft een licht prijsopdrijvend effect. De altijd zeer beperkt gebleven overheadkosten in de huisartsenzorg beginnen te stijgen. De afgelopen jaren wordt dit steeds duidelijker. Grootschalige samenwerkingsverbanden ontwikkelen zich naar zorginstellingen met alle extra management- en bestuurskosten als gevolg. De vraag is of de voordelen (met name kwaliteit) opwegen tegen de stijgende kosten. (Zie hoofdstuk 5).

Investeren in contacttijd met de patiënt blijkt doelmatigheid in de hand

te werken en de kosten van voorschrijven, verwijzen en dergelijke te beperken. Hierop wordt echter onvoldoende gestuurd.

Doelmatigheid huisartsenzorg in de toekomst

Huisartsen zien het ook in de toekomst als taak de kosten van de zorg betaalbaar te houden zodat de zorg toegankelijk blijft voor alle burgers. Zij staan daarbij voor een goed toegankelijke zorg in de buurt die zij samen met andere eerstelijns partners willen realiseren. Het is daarbij van belang dubbel werk te vermijden en gebruik te maken van elkaars expertise. Het resultaat van samenwerken moet daarbij worden beloofd, niet het samenwerken op zich.

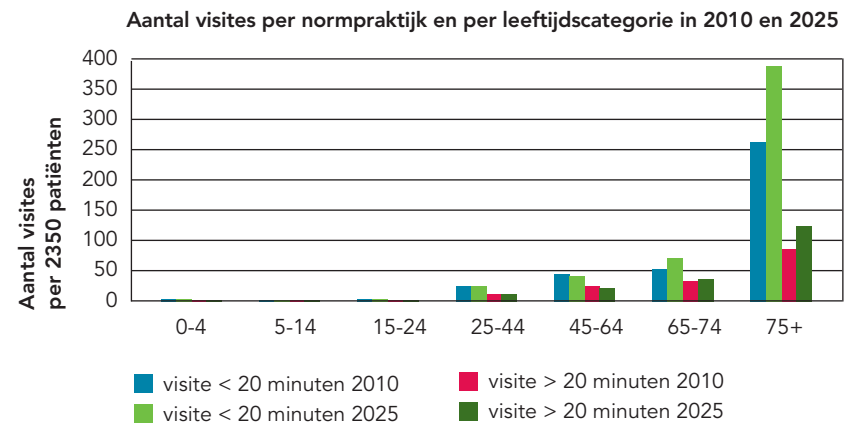
Het leveren van zorg in de buurt stelt grenzen aan de schaalgrootte waarop de patiëntenzorg geboden kan worden. Waar nodig kan grootschalig worden samengewerkt, waarbij vermeden moet worden dat kosten van overhead de voordelen van grootschaligheid overschrijden.

Doelmatigheid wordt bereikt door een klein team rond de patiënt. Kwaliteitsverbetering, informatisering en richtlijnontwikkeling zijn bij uitstek zaken waarbij grootschalige aanpak de 'buurtwinkels' kunnen helpen. Poortwachterschap in zijn eerder beschreven moderne vorm is van groot belang om de patiënt de weg in de zorg te wijzen en ongebreidelde kostenstijgingen tegen te gaan. Huisartsen zullen hierin extra investeren om deze functie nog beter te vervullen.

4.5.3 Bemensing en bemiddeling: huisartsen, hun ondersteunend team en middelen

De gemiddelde huisartsendichtheid in Nederland is 1 fte op 2.340 patiënten.⁹³ Nederlanders wonen gemiddeld 2,7 kilometer van hun eigen huisarts en hebben gemiddeld binnen een kilometer de beschikking over een huisarts. Huisartsen werken niet alleen in hun praktijk, maar komen ook bij patiënten aan huis (zie figuur 8). De vraag naar de huisartsenzorg thuis zal blijven groeien door de eerder aangegeven epidemiologische ontwikkelingen. In onderstaande tabel wordt dit voor de groei van het aantal te verwachten visites geïllustreerd.

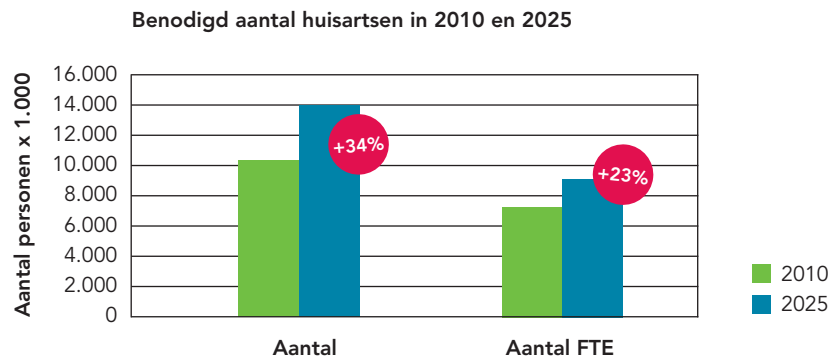
93 Hingstman L, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2010. Utrecht, Nivel 2010



Figuur 8: toename aantal visites

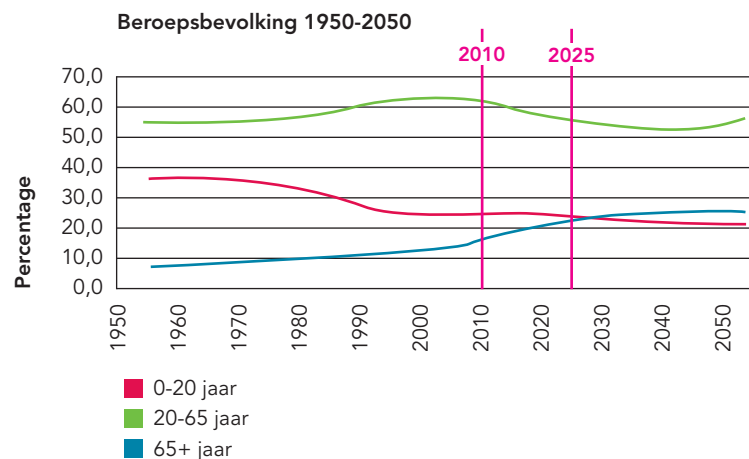
Huisartsen werken steeds meer samen vanuit één praktijk: 54 procent werkt in een groepspraktijk, 28 procent in een duopraktijk en ongeveer 18 procent in een solopraktijk.

Het aantal contacten met de huisartspraktijk neemt jaarlijks met ongeveer zes procent toe. Daarnaast groeit het aanbod van de huisartsenzorg ook jaarlijks met zorg die uit de tweede lijn komt en door eigenstandige uitbreiding vanwege het groeiende aantal richtlijnen voor huisarts-geneeskundige zorg (die steeds hogere eisen aan de huisarts stellen). Uitbreiding van de bemensing van de praktijken loopt daarmee niet in de pas. Nog steeds is er slechts ruimte voor één assistente per standaard praktijk. Deze assistente heeft naast haar administratieve taken en haar telefoontaken ook steeds meer medische taken gekregen. Ondanks versterking met de praktijkondersteuner huisarts (POH) in veel praktijken lijkt de vraag meer te stijgen dan het aanbod. Rechtstreekse toegankelijkheid naar andere hulpverleners heeft daar geen verandering in gebracht. Uitbreiding van het aantal huisartsen en ondersteunend personeel zal in de toekomst hard nodig zijn. Onderstaande figuur geeft de behoefte aan huisartsen aan bij ongewijzigd beleid en bij alleen een stijging van de vraag door toename van de bevolking. De kans op veel grotere stijging van de vraag is vele malen reëler.



Figuur 9: benodigd aantal huisartsen

Het realiseren van de groei van het huisartsen ondersteunend personeel zal moeten worden gerealiseerd in een krimpende arbeidsmarkt.



Figuur 10: krimp van de beroepsbevolking na 2010

Naast investeren in personeel zal in technische middelen geïnvesteerd moeten worden om het aanbod van huisartsenzorg in de toekomst te realiseren. Hiervoor wordt verwezen naar hoofdstuk 6. Experimenten met flexibele openingstijden en inloopspreekuren zullen

inzicht geven in het effect van dergelijke oplossingen. Uitbreiding van assistententijd zal evenwel onontbeerlijk zijn.

4.5.4 Financiering van de huisartsenzorg

De afgelopen jaren is er veel veranderd in de financiering van huisartsenzorg. De grootste verandering werd doorgevoerd begin 2006, gelijktijdig met de invoering van de Zorgverzekeringswet. De huisartsenzorg kent sindsdien een gemengde financieringsvorm. Dit wil zeggen dat een deel gefinancierd wordt via een vaste vergoeding per ingeschreven patiënt per jaar via het zogenaamde inschrijftarief en een deel variabel gefinancierd wordt via consult- en verrichtingstarieven. Daar geldt een vergoeding per keer dat een patiënt gebruik maakt van de huisartspraktijk. Het basisaanbod zoals hierboven beschreven wordt gefinancierd via het inschrijftarief en via de consulttarieven. Beide tarieven worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast kent de huisartsenzorg nog aparte tarieven voor specifieke verrichtingen, de zogenaamde modernisering en innovatietarieven. Dit zijn vrije tarieven en moeten overeen gekomen worden tussen huisarts en zorgverzekeraar. Ook de financiering van de praktijkondersteuner en de keten-DBC (diabetes, astma en cardiovasculair risicomanagement) tarieven kennen vrije tarieven. Grofweg kan gesteld worden dat het basisaanbod huisartsenzorg wordt gefinancierd door vaste tarieven, vastgesteld door de NZa en dat het aanvullende en bijzondere aanbod wordt gefinancierd door vrije tarieven.

Sinds 2006 wordt het kader huisartsenzorg, dat wordt vastgesteld door de minister van VWS in de Rijksbegroting, ieder jaar overschreden. Dit komt doordat de zorgvraag in de huisartsenzorg harder stijgt, waardoor er meer consulten worden gedeclareerd dan de minister in had geschat. Verder ontstaat de overschrijding met name omdat de (aanvullende) huisartsenzorg die voor substitutie uit de tweede lijn zorgt (M&I en ketenzorg) een groot succes is gebleken. Een terugkerend fenomeen is dat het kader huisartsenzorg wordt overschreden door het succes op die onderdelen waarvoor vrije tarieven gelden, en dat de minister van VWS juist ingrijpt in de tarieven die worden vastgesteld door de overheid (de NZa).

Financiering van de huisartsenzorg in de toekomst

Wanneer we kijken naar de trend in de toekomst zal er nog meer vraag komen naar zorg, en naar zorg van de huisarts in het bijzonder. De betaalbaarheid komt hierdoor in het gedrang en één van de oplossingen hiervoor is er voor te zorgen dat zo veel mogelijk zorg wordt gegeven in de goedkopere eerste lijn of daarnaar wordt gesubstitueerd.

Hierdoor komt er nog meer druk te staan op de huisarts. Dit kan alleen succesvol verlopen wanneer de eerste lijn hiervoor beloofd wordt en dus moet het kader huisartsenzorg meegroeien ten koste van het kader voor de tweede lijn.

Om de ambities van de huisartsenzorg te kunnen verwezenlijken is er behoefte aan een toekomstbestendig systeem van financiering dat idealiter voldoet aan de volgende uitgangspunten:

Eenvoud:

- Een eenvoudige systematiek met zo min mogelijk verschillende bekostigingsvormen naast elkaar;
- Zo min mogelijk verschillende geldstromen (vanuit verschillende partijen) naast elkaar, om afbakeningsdiscussies en dubbele bekostiging zo veel mogelijk tegen te gaan;
- Een uniforme systematiek (niet per zorgverzekeraar verschillend);
- Beperkte administratieve lasten.

Transparant:

- Een transparante systematiek, waarbij duidelijk is welke prestatie voor welk tarief wordt geleverd (en omgekeerd: welk tarief voor een bepaalde prestatie geldt);
- Een duidelijk schot tussen de bekostiging van basisgeneeskundig aanbod enerzijds en overig aanbod anderzijds:
 - Dit betekent niet dat de bekostiging van overig aanbod moet afwijken van de bekostiging van basisaanbod;
 - Het betekent dat duidelijk is welke tarieven waarvoor gelden;
 - Het betekent ook dat de bekostiging van het basisaanbod vast staat; de bekostiging van het basisaanbod staat niet onder druk door de bekostiging van het aanvullend en bijzonder aanbod.

Evenwichtige prikkels:

- De bekostigingssystematiek kent, in combinatie met de hoogte van de tarieven, gematigde en evenwichtige prikkels;
- Zowel de beschikbaarheid van de huisartsenzorg als het daadwerkelijk leveren ervan wordt gehonoreerd;
- De bekostiging stimuleert en honoreert in de eerste plaats goede en doelmatige basisgeneeskundige huisartsenzorg. Het leveren van meer zorg leidt tot meer honorarium, maar de prikkel is niet zo sterk dat extra volume wordt uitgelokt. Er wordt tegemoetgekomen aan verschillen in werklust;
- De bekostiging stimuleert en honoreert tijd en aandacht in plaats van verrichtingen (watchful waiting);
- Daarnaast stimuleert en honoreert de bekostiging innovatie, substitutie en samenwerking. Dit mag echter niet ten koste gaan van de basis-huisartsenzorg.

Een systeem dat aan deze voorwaarden voldoet is een stimulans voor goede huisartsgeneeskundige zorg en biedt ook ruimte aan de nodige vernieuwingen in de toekomst.

4.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is de vraag naar huisartsenzorg en het aanbod van de huisarts nu en in de toekomst beschreven. Tevens is het huidige antwoord op die vraag en de ambitie voor de toekomst beschreven. Een deel van dat antwoord wordt uitgebreider beschreven in de overige hoofdstukken.

De vraag naar huisartsenzorg zal het komende decennium toenemen door:

Epidemiologische ontwikkelingen:

- groei van de bevolking van 16,5 miljoen inwoners naar 17,2 miljoen in 2025;
- vergrijzing van de bevolking met daarbij gepaard gaande groei van het aantal patiënten met meerdere chronische aandoeningen;
- de groeiende gezondheidsverschillen tussen armen en rijken;
- toenemende vraag door meer GGZ-problematiek in een maatschappij die steeds gecompliceerder wordt;

- meer vraag door toename van uitbraken van infectieziekten die zich sneller verspreiden door frequenter reizen van mensen, dieren en voedsel.

Maatschappelijke vraag:

- burgers en patiënten vragen goed toegankelijke huisartsenzorg in de buurt en van hoge kwaliteit;
- overheid en zorgverzekeraars willen doelmatige zorg in de buurt;
- overheid en zorgverzekeraars vragen meer aandacht voor preventieve activiteiten;
- alle genoemde partijen stellen daarbij eisen aan de transparantie van de resultaten van de geboden zorg;
- andere zorgaanbieders vragen overname van delen van zorg om zelf aan afspraken met de overheid of zorgverzekeraars te voldoen;
- van alle kanten is er een grote vraag naar samenwerking.

Het aanbod aan huisartsenzorg is de afgelopen tien jaar fors gegroeid:

- substitutie van tweede naar eerste lijn heeft geleid tot een groot aanbod aan behandeling van veelvoorkomende chronische ziekten in de huisartspraktijk en tot een toename van diagnostische verrichtingen en vooral kleine chirurgische ingrepen;
- kwantitatief is de stijgende vraag naar huisartsenzorg de afgelopen tien jaar opgevangen;
- het aanbod van de huisartsenzorg is verder gegroeid en onderbouwd met een toename van het aantal mono- en multidisciplinaire richtlijnen;
- het aantal huisartsen is gegroeid, evenals het ondersteunend team in de huisartsenvoorziening;
- de huisartsenzorg heeft zich voor een deel van het aanbod grootschaliger georganiseerd: ANW-zorg wordt in grootschalig verband door huisartsenposten geleverd, zorg voor patiënten met veelvoorkomende chronische ziekten wordt door zorggroepen ondersteund.

De beroepsgroep is duidelijk in haar ambities die zij heeft afgestemd op de vraag naar huisartsenzorg van de maatschappij en de noden die de epidemiologie van ziekten en aandoeningen stellen. Zij wil in de toekomst:

- toegankelijke huisartsenzorg in de buurt van patiënten realiseren die voldoet aan de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde:

- generalistisch, continu en persoonsgericht (zie hoofdstuk 1);
- de beroepsgroep wil een antwoord geven op de vraag naar huisartsenzorg van de maatschappij en de noden van de toekomst: medische zorg voor de toenemende groep met (meervoudige) chronische aandoeningen en zij wil de toenemende gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden verminderen (zie hoofdstuk 2);
- hiertoe zal zij investeren in de preventie van aandoeningen in samenwerking met andere zorgaanbieders en de publieke gezondheidszorg (zie hoofdstuk 3 en 5);
- de beroepsgroep wil een bijdrage blijven leveren aan de toegankelijkheid van de zorg door de zorg doelmatig te houden;
- de ontwikkeling en investering in de kwaliteit van de huisartsenzorg zal zij onverminderd blijven uitvoeren (zie hoofdstuk 6) ;
- de beroepsgroep zal hiertoe investeren in de benodigde ondersteuning door uitbreiding van het ondersteunend team (zie hoofdstuk 5);
- zij levert in goede afstemming met andere zorgverleners zowel in eerste als tweede lijn (zie hoofdstuk 5).

De beroepsgroep is ook duidelijk dat zij het antwoord hierop slechts kan leveren indien zij voldoende middelen heeft om aan deze vraag te voldoen. Zij heeft geleerd van het verleden:

- in de periode 2002 - 2012 is het aanbod van aan huisartsenzorg sneller gegroeid dan de benodigde randvoorwaarden;
- ondanks deze toename van het aanbod is de huisartsenzorg in de laatste jaren van die periode in haar randvoorwaarden alleen maar gekort;
- het in 2012 nog toegepaste mechanisme van korten op de huisartsenzorg gaat ten koste van de generalistische huisartsenzorg: verbetering daarvan is de grootste ambitie van de beroepsgroep.

Om het aanbod van de toekomst te kunnen realiseren zijn de volgende randvoorwaarden onontbeerlijk:

- voldoende capaciteit van huisartsen om de toenemende vraag op te vangen;
- voldoende uitbreiding van de capaciteit van het ondersteunend personeel om de vraag aan huisartsenzorg op te vangen;
- een systeem van financiering van de huisartsenzorg dat de binding van de patiënt aan de huisartsenpraktijk ondersteunt;

- een financiering die primair gericht is op stimuleren van de kwaliteit van de huisartsenzorg en het poortwachterschap en deze beloont;
- financiering die het mogelijk maakt zorg in de buurt te leveren en daarmee rekening houdt met de kleinschaligheid van zorg, naast mogelijkheden tot grootschaliger organiseren van delen van de zorg;
- de middelen moeten met de toenemende vraag meebewegen: geld dient zorg te volgen.

5. Samenwerking en organisatie

5.1 Inleiding

Als eerste aanspreekpunt vangt de huisarts(enpraktijk) een belangrijk deel van de vragen van patiënten op en verwijst hen, indien daar aanleiding voor is, ook naar andere zorgverleners in de eerste of tweede lijn. De huisarts vervult hierbij een belangrijke gidsfunctie voor de patiënt. Als spil in het informatieproces rondom de patiënt zorgt de huisarts voor de juiste informatie, op de juiste tijd en plaats.

Een belangrijk deel van de toekomstige zorgvraag wordt bepaald door patiënten met een of meer chronische aandoeningen en oudere (kwetsbare) patiënten. Deze patiënten ontvangen naast zorg van huisarts en de andere leden van het team (praktijkondersteuner/ praktijkassistente) ook zorg van andere zorgverleners. Voor deze patiënten is goede afstemming en samenwerking met andere zorgverleners dus van groot belang. Dat geldt ook voor patiënten die, al dan niet kortdurend, voor een ingreep in het ziekenhuis bij een specialist in behandeling zijn. Goede zorg is samenhangende en afgestemde zorg. De huisarts is aanspreekpunt voor een adequate informatie-uitwisseling met andere behandelaars en zorgt voor een goed gegevensbeheer in het geüniformeerde huisartsen elektronisch patiëntendossier.

Het is de ambitie van de beroepsgroep dat de patiënt zoveel mogelijk zorg krijgt in de eigen woonomgeving door maximaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de huisarts, maar ook door verdere ontwikkeling van afgestemde richtlijnontwikkeling en samenwerkingsafspraken. Samenwerking verloopt het beste in een beperkte kring van zorgverleners die elkaar kennen, weten wat ze van elkaar kunnen verwachten en elkaar kunnen aanspreken.

Gegeven de verwachte toenemende en veranderende zorgvraag in combinatie met achterblijvende personele en financiële middelen zijn het optimaliseren van patiëntgerichtheid in de zorg en de bevordering van samenhang en doelmatigheid de grootste uitdagingen voor een toekomstbestendige gezondheidszorg.

De huisartsenzorg zet voor de komende jaren in op de bevordering van kwalitatief goede, zinnige en zuinige zorg voor alle mensen. Om dit te bereiken gaan huisartsenpraktijken hun organisatie versterken en intensiever samenwerken op lokaal en regionaal niveau.

Organisatie huisartsenzorg 2012

De huisartsenzorg wordt verleend vanuit huisartspraktijken waarin zelfstandig gevestigde huisartsen, huisartsen-in-dienst-van-een-huisarts (HIDHA), praktijkassistenten en praktijkondersteuners werkzaam zijn. Er zijn anno 2010 in totaal 8.921 huisartsen werkzaam. Hiervan zijn 7.833 huisartsen zelfstandig gevestigd en 1.088 HIDHA.⁹⁴

Huisartsen zijn de laatste jaren steeds meer gaan samenwerken. Anno 2010 werkte nog maar 18% van alle Nederlandse huisartsen in een solopraktijk, 28% werkte in een duopraktijk en 54% in een groepspraktijk. De normpraktijk die als basis dient ter berekening van de tarieven voor huisartsenzorg kent 2.350 ingeschreven patiënten.

De patiëntendichtheid per fte huisarts verschilt per regio tussen 2.200 en 2.500 patiënten. Een groot deel van recentelijk afgestudeerde huisartsen vestigt zich liever op het platteland dan in de grote stad. Mogelijk zal het tekort aan huisartsen in de grote steden groter zijn dan in andere gebieden. Buiten kantooruren (avond, nacht, weekend) bieden 122 centrale huisartsenposten huisartsenzorg. Deze huisartsenposten zijn georganiseerd in 50 huisartsendienstenstructuren. Daarnaast is er ook nog een aantal samenwerkingsverbanden van huisartsen die de diensten 's avonds, 's nachts en in het weekend vanuit de eigen huisartsenpraktijk leveren. Bijna alle huisartsen participeren in een van de zorggroepen, die onder meer chronische zorg organiseren.⁹⁵

5.2 Ontwikkelingen in de samenwerking

Op het punt van samenwerking vraagt met name de zorg voor patiënten met een chronische ziekte speciale aandacht, omdat hierbij verschillende

94 Hingstman L, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen over 2010, NIVEL 20120.

95 Til JT, Wild JE de, Struijs JN. De organisatie van zorggroepen anno 2010. RIVM 2010.

zorgverleners gelijktijdig bij de zorg betrokken zijn. Een belangrijk deel van deze zorg wordt binnen de huisartsenzorg opgevangen. Als spil in de zorg waarborgt de huisarts de afstemming en samenwerking met andere zorgverleners. De toenemende substitutie van chronische zorg van de tweede naar de eerste lijn vraagt om waarborgen voor de organisatie van goed afgestemde samenwerking in de eerste lijn. Substitutie stelt ook eisen aan verdere professionalisering en klinische competenties van de leden van het team van de huisartsenvoorziening.

Substitutie

Bij substitutie gaat het om zorg die minstens zo goed, maar tegen lagere kosten in de eerste lijn, dicht bij de patiënt geleverd kan worden, zoals zorg voor mensen met veel voorkomende chronische aandoeningen en het verrichten van veel voorkomende kleine ingrepen en diagnostiek. Substitutie is mogelijk bij aandoeningen/ingrepen waarvoor de vereiste kennis en vaardigheden onderhouden kunnen worden door de huisarts. Het gaat dus om aandoeningen die zo veel voorkomen dat de huisarts deze op een verantwoorde wijze met voldoende ervaring kan behandelen.

Voor de uitvoering van de chronische zorg hebben huisartsen zich georganiseerd in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden om deze zorg kwalitatief goed te kunnen uitvoeren. Aanvankelijk werden de afzonderlijke zorgaanbieders die deze zorg leverden apart betaald, later kregen zij hiervoor een geïntegreerd tarief, de keten-dbc. Door de invoering van deze keten-dbc's in 2010 heeft de ketenzorg een grote vlucht genomen. Zorgstandaarden vormen hiervoor het medisch inhoudelijk uitgangspunt.

Een zorgstandaard

Een zorgstandaard is een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte, gezien vanuit de patiënt. Een zorgstandaard bestrijkt het hele zorgcontinuüm, zelfmanagement door de patiënt, de organisatiestructuur van het zorgproces en de bijbehorende prestatie-indicatoren. Waar een zorgstandaard in meer algemene termen is gesteld, beschrijft een richtlijn in detail de inhoud van de zorg. Samen vormen ze een integrale eenheid. Een zorgstandaard is de basis van de programmatische behandeling van chronisch zieken.

Anno 2012 participeren bijna alle huisartsen in een van de bijna 100 zorggroepen, die onder meer deze chronische zorg organiseren.⁹⁶ In 2009 ontving ruim 56 procent van de bij de huisarts ingeschreven diabetespatiënten 'integraal bekostigde zorg'.

De geprotocolleerde multidisciplinaire ketenzorg is ingegeven door het streven om de zorg op effectieve wijze te verbeteren. Onderzoek wijst echter uit dat de integrale bekostiging van de diabeteszorg tot een forse stijging van de kosten heeft geleid zonder dat er aanwijzingen zijn dat deze ketenaanpak tot betere zorg leidt.⁹⁷

Het probleem van ketenzorg is dat deze zich beperkt tot de afzonderlijke aandoeningen van een patiënt en de zorg in de eerste lijn. De coördinatie van de zorg tussen de eerste en tweede lijn blijft buiten beschouwing. Afgestemde zorg tussen de eerste en tweede lijn is van belang vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg en veiligheid. Recent internationaal vergelijkend onderzoek laat de kwaliteit van en tevredenheid van patiënten over het Nederlandse gezondheidstelsel zien, maar ook dat de Nederlandse huisartsenpraktijk achter blijft op het punt van proactief ondersteunen van de (chronische) patiënt en de informatievoorziening na een bezoek aan het ziekenhuis.⁹⁸

De groeiende groep (oudere) patiënten lijdt aan meer dan één chronische aandoening. Eindimensionale ketenzorg als vorm van disease management schiet voor deze patiënten tekort.⁹⁹

In de zorg voor kwetsbare oudere patiënten met multimorbiditeit gaat het om zorg op maat waarbij de focus ligt op het leren omgaan met beperkingen, de kwaliteit van leven en het zoveel mogelijk voorkomen van verslechtering.

96 Til JT, Wild JE de, Struijs JN. De organisatie van zorggroepen anno 2010. RIVM 2010. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260332001.pdf>

97 Sprangers, N. Van der Galiën O, Steensma C, Edgar P. Integrale bekostiging diabetes duur. Med Contact 2012;67(16):991-93.

98 Faber M, Voerman G en Grol R, International Health Policy Survey 2009 – Commonwealth Fund, Onderzoek onder huisartsen in 11 landen, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen, 2009. <http://www.mipfona.nl/upload/file/IQ%20Healthcare.pdf>.

99 Effectiviteit van disease management. Een overzicht van (international literatuur), H.W Drewes et al. RIVM 2008.

Sinds 2002 werken de meeste huisartsen ook samen voor de organisatie van avond-, nacht- en weekenddiensten in huisartsenposten. De huisartsenpost is bedoeld voor de opvang van hulpvragen van patiënten die niet kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Het aantal hulpvragen op de huisartsenposten is de afgelopen jaren met 6,8% toegenomen.

Vanuit medisch perspectief is 80% van de hulpvragen niet spoedeisend. Bijna geen enkele patiënt vindt echter dat hij ten onrechte naar de huisartsenpost is gegaan.

Ongerstheid blijkt voor ouders van jonge kinderen een belangrijk motief om contact te zoeken met een huisartsenpost. Voor ruim een kwart van de patiënten ouder dan 65 jaar is het niet kunnen bereiken van de eigen huisarts de aanleiding. Het 'succes' van de huisartsenposten roept vragen op wat betreft de service van de huisartsenzorg en de openingstijden van praktijken.

In 2008 kondigde de minister van VWS aan te willen stimuleren dat huisartsenpost en de afdelingen spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH) op één locatie gevestigd zijn om het aantal zelfverwijzers (patiënten die met acute zorgvragen niet naar de huisarts of huisartsenpost, maar rechtstreeks naar de spoedeisende hulp gaan) terug te dringen. Sinds die tijd wordt gewerkt aan de verbetering van de samenwerking tussen HAP en SEH. Op sommige plaatsen is er sprake van een gemeenschappelijke balie van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp waar de patiënt via triage op de juiste plaats terecht komt.

De Gezondheidsraad vindt dat alle schakels in de keten van de acute zorg per regio nauwer moeten gaan samenwerken met het oog op het organiseren van een optimale taakverdeling, zodat spoedeisende hulp dichtbij geboden kan worden waar het kan en iets verder als het moet. De Raad schetst hierbij een nieuw raamwerk waarbij drie typen SEH's worden onderscheiden. De afstemming en samenwerking tussen HAP's en SEH's zal de komende tijd aandacht blijven vragen om de gewenste kwaliteit en doelmatigheid te realiseren.

5.3 De huisarts als spil in de zorg

Het investeren in de eerste lijn in combinatie met substitutie is het beste antwoord op de toegenomen zorgdruk. In de zorgsector wordt de

opvatting dat de huisarts de rol als poortwachter moet behouden breed gedragen.¹⁰⁰

De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is gediend met samenhang in de zorg. Van oudsher vervult de huisarts een gidsfunctie voor de patiënt en een spilfunctie in de zorg. De huisarts is degene die continuïteit in de zorgketen kan bevorderen en bewaken.

De kwaliteit van de spilfunctie van de huisartsenzorg is voor een deel afhankelijk van de investering in samenwerkingsrelaties met andere disciplines. De NHG-Standaarden, Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's), Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) en de Farmacotherapeutische Richtlijnen (FTR'en) zijn de basis voor de organisatie van kwalitatief hoogwaardige en afgestemde zorg.

In de internationale literatuur en in zorgstandaarden wordt het Chronic Care-model veel toegepast als referentiekader voor de inrichting van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg voor chronisch zieken. Naast een continue relatie tussen (het team van) de huisarts(enpraktijk) worden een persoonsgerichte benadering van de huisarts met aandacht voor gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en het bevorderen van zelfmanagement, flexibele toegankelijkheid en effectieve zorgcoördinatie als essentiële succesfactoren benoemd. Het model gaat verder uit van multidisciplinaire teams in de eerste lijn die onderling goed samenwerken.

De continuïteit in de zorg staat centraal: de chronische zorggebruiker wordt steeds gevolgd op basis van een persoonlijk dossier dat relevante gegevens over de gezondheidstoestand bevat. Zorgverleners zetten informatie over diagnoses, behandelingen en gezondheidsresultaten in het dossier. De patiënt zelf kan gegevens inzien en toevoegen. Bijzondere aandacht vergt het onderhoud van de multidisciplinaire richtlijnen voor veelvoorkomende chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus type 2, astma/COPD en depressie (ketenzorgrichtlijnen), waarbij er behoefte is aan structurele samenwerking. Het plan is om afspraken te maken met andere beroepsgroepen over de herzieningsprocedure in overleg met de Regieraad Richtlijnen (in 2013: Kwaliteitsinstituut).

100 NZa Consultatiedocument Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg, mei 2012.

Het NHG maakt met betrokken beroepsgroepen afspraken over de frequentie van de actualisering, instelling van multidisciplinaire werkgroepen, de mogelijkheid van modulaire herziening, de publicatievorm, consequenties voor afgeleide producten, logistiek, organisatie en financiering.

Het gaat om zorg voor belangrijk aandoeningen en ziekten, die een belangrijk deel gaan uitmaken van de toekomstige zorgvraag (zoals TIA/CVA, acuut coronairsyndroom/angina pectoris/beleid na een doorgemaakt myocardinfarct, diabetes mellitus type 2, astma bij kinderen en astma bij volwassenen).

De specialistische, op ziektebeelden gerichte, medische zorg ontwikkelt zich sterk, maar is gefragmenteerd. Vooral patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit zijn gediend met een geïntegreerde aanpak. Toekomstgerichte studies wijzen op het belang van het doorontwikkelen van keten-dbc's naar integrale zorgprogramma's in de eerste lijn met een focus op bevorderen van gezondheid en het leren omgaan met een chronische ziekte en/of beperking met een sterk op de patiënt georiënteerde aanpak.¹⁰¹

Het is de komende jaren voor huisartsen een uitdaging om adequaat inhoud te geven aan de coördinerende rol van de huisarts in de zorg voor patiënten met een chronische aandoening. Netwerkrichtlijnen bieden hiervoor een goede basis.

Netwerkrichtlijn

De netwerkrichtlijn komt tot stand op basis van aanbevelingen van de bij het zorgnetwerk van de patiënt betrokken beroepsgroepen. Een netwerkrichtlijn legt verbanden tussen de verschillende zorgverleners en biedt helderheid wie welke zorg levert.

5.4 Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling

De huisarts is spil in het informatieproces rondom de patiënt. Hij is aanspreekpunt voor een adequate informatie-uitwisseling met andere

101 Drewes HW et al. Effectiviteit van disease management. Een overzicht van (internationale) literatuur. RIVM, 2008.

behandelaars van de patiënt en zorgt voor een goed gegevensbeheer in het elektronisch patiëntendossier. Een actueel elektronisch patiëntendossier (EPD) is hiervoor een essentiële randvoorwaarde.

Het is een prioriteit dat de effectiviteit van het EPD wordt verbeterd en geüniformeerd, zodat de patiënt ervan uit kan gaan dat tussen de huisarts, de medewerkers in de praktijk, het huisartsensamenwerkingsverband en andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn optimale gegevensuitwisseling plaatsvindt. De uitgangspunten en ambities voor gegevensbeheer en gegevensuitwisseling zijn vastgelegd in het NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD).

Adequaat gegevensbeheer in het elektronisch huisartsendossier¹⁰²

Huisartsenzorg is continue, integrale zorg, zowel 7x24-uurs als tijdens de gehele levensloop van de patiënt.

Continuïteit van zorg vereist continuïteit van gegevensbeheer (= het verzamelen en bewerken van gegevens) in het H-EPD volgens de ADEPD-richtlijnen, en van gegevensuitwisseling. De huisarts zorgt (voor zover mogelijk) voor de juiste informatie op de juiste tijd en plaats en op de juiste wijze. Dit is conform zijn rol als behandelaar, poortwachter en verwijzer, en als primair aanspreekpunt voor de patiënt, en daarmee als spil in het informatieproces rondom de patiënt.

De kwaliteit van het H-EPD staat of valt met wederkerigheid. De huisarts informeert andere zorgverleners die een behandelrelatie met de patiënt hebben (gehad). Zij informeren de huisarts op hun beurt tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg. Regionaal worden hierover afspraken gemaakt, op basis van landelijke richtlijnen.

5.5 Samenwerking in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

5.5.1 Focusgroepen

In de eerste fase van het project Toekomstvisie Huisartsenzorg is via focusgroepen de toekomst van de samenwerking in de zorg verkend. Als belangrijke aandachtspunten voor de samenwerking kwamen naar voren:

- Er moet hard worden gewerkt aan de structuur voor de ouderenzorg;
- De huisarts is sturend voor het hele zorgtraject;
- De huisarts moet niet alles managen. Hij moet naast medische kennis beschikken over vaardigheden om te kunnen coachen;
- Samenwerking en afstemming tussen eerste en tweede lijn is erg belangrijk.

5.5.2 Bijeenkomsten in de regio en op de huisartsinstituten

Tijdens de bijeenkomsten in het land is in de discussie met huisartsen (in opleiding) gesproken over de vraag naar de toekomst van de samenwerking in de zorg. Onderstaand de uitkomsten van de vragenlijst ten aanzien van dit thema.

¹⁰² NHG. NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD). Utrecht: NHG, 2010

Uitkomsten consultatie achterban aan de hand van vragenlijsten

	Samenwerken in 2022	Ja	Nee	n.r
	N = 560	In percentages		
1	In 2022 staat de geleverde zorg van alle eerstelijns disciplines onder regie van de huisarts.	45	52	3
2	In 2022 is de huisarts de praktijkmanager van een team professionals.	50	45	5
3	In 2022 beschikt de huisarts over verdieping van de medisch inhoudelijke competenties om de gesubstitueerde taken uit de tweedelijns aan te kunnen.	74	23	3
4	In 2022 is het woord "verwijzen" geschrapt uit 80% van de Standaarden en beschikken de richtlijnen voor huisarts en specialist inclusie- en exclusiecriteria voor geboden zorg.	33	62	5
5	In 2022 hebben beroepsverenigingen van huisartsen en specialisten voor 80% van de aandoeningen transmurale zorgpaden vastgelegd	74	22	4
6	In 2022 is de huisartsenzorg inhoudelijk en organisatorisch geëquipeerd voor 80% van de chronische zorg (the 'big five')..	83	13	4
7	In 2022 is de toegang van eerste- naar tweedelijns verkleind van poort tot sleutelgat.	27	70	3
8	In 2022 is de huisarts, net als in Engeland, de ultieme regisseur van de zorg (inclusief het beheer van het budget).	27	68	5
9	In 2022 heeft de huisarts de kennis en vaardigheden om met recht de regisseur te zijn over alle basiszorg die dichtbij de patiënt geleverd wordt.	76	21	3

	Taakdifferentiatie en taakdelegatie in 2022	Ja	Nee	
1	Kaderhuisartsen zorgen ook in 2022 voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde door het verzorgen van nascholing en advies (lokale) kwaliteitsprojecten.	93	5	2
2	Kaderhuisartsen zijn in 2022 (lokaal) beschikbaar voor consultatie door collega's: de huisarts blijft zelf de zorg doen.	87	9	3

3	Binnen het huisartsteam 2022 wordt de gecompliceerde behandeling van veel voorkomende chronische aandoeningen (multimorbiditeit) onder kaderhuisartsen verdeeld. Elk team heeft eigen kaderhuisartsen.	35	59	6
4	In 2022 is taakdifferentiatie binnen het huisartsteam uitgebreid, bijvoorbeeld op het terrein van preventie en oncologische zorg. Hiervoor komen speciale kaderhuisartsen.	56	39	5
5	Taakdifferentiatie binnen het huisartsteam 2022 vindt plaats op basis van de zorgvraag van de patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk.	73	21	7
6	In 2022 is chronische zorg zoveel mogelijk geprotocolleerd en door huisartsen gedelegeerd aan praktijkondersteuners.	67	28	5
8	In 2022 is de behandeling van laagcomplex medische taken gedelegeerd aan hbo-praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialist, physician assistants.	64	32	4
9	Met het oog op toenemende medische zorgvraag zijn taken op het gebied van GGZ in 2022 overgenomen door eerstelijns psychologen en maatschappelijk werkers.	58	36	6
10	Taken op het gebied van het bewegingsapparaat en houding zijn in 2022 overgenomen door de fysiotherapeut.	29	65	6
11	Er vindt tot 2022 geen taakherschikking plaats: de huisarts blijft verantwoordelijk voor brede generalistische zorg met inzet van taakdifferentiatie en taakdelegatie binnen het team.	81	16	3

5.6 Samenwerking en organisatie in 2022

5.6.1 Samenwerking in 2022

De zorg zal gericht inspelen op de behoeften van allerlei groepen patiënten. Voor de groep patiënten met chronische aandoening en oudere kwetsbare patiënten vraagt dat om investeringen in samenwerking tussen disciplines in de eerste en tweede lijn, om tot een afgestemd geïntegreerd zorgaanbod te komen. Een speerpunt voor 2022 is dan ook het investeren in en onderhouden van relaties en het samenwerken met andere partijen, zodat de patiënt zoveel mogelijk zorg krijgt in de eigen woonomgeving. Hiervoor is veel organisatorische versterking in de huisartsenzorg nodig.

5.6.2 Samenwerking binnen de eerste lijn

Diverse zorggroepen en gezondheidscentra zetten stappen naar het organiseren van integrale zorg op weg naar het bieden van geïntegreerde zorg. De patiënt staat hierbij centraal en wordt voorzien van een zoveel mogelijke sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en zorg.

Uit internationale ervaringen blijkt dat vernieuwingen in chronische zorg vaak beginnen met kleine aanpassingen in het zorgproces rond mensen met eenzelfde aandoening, gevolgd door veranderingen in zorgteams in houding, visie en competenties.¹⁰³ Vervolgens kunnen de hervormingen doorzetten naar zorgprogramma's voor bredere patiëntengroepen tot aan de organisatie van de zorg voor een gehele populatie. Uit Nederlands onderzoek naar de ervaringen van zorggroepen met de zorg voor patiënten met een chronische aandoening blijkt dat het Chronic Care-model goed kan worden ingebed in de huisartsenzorg, maar dat de zorg zich nu nog toespitst op kwaliteitsverbetering van klinische zorg. Er is nog geen beleid op ontzorgen en mensen minder afhankelijk maken van zorgverleners door het ontbreken van voldoende kennis bij de zorgverleners.¹⁰⁴ Dit wordt de uitdaging voor de toekomst.

Bij de behandeling van de patiënt wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van richtlijnen en protocollen die niet alleen de meest recente inzichten van de medische wetenschap weerspiegelen, maar waarin ook het perspectief van de zorgvrager doorklinkt. In de Nederlandse context bieden zorgstandaarden en zorgpaden hiervoor een aanzet.

Het leven van de patiënt speelt zich grotendeels af buiten de zorgsector. Het benutten van bronnen uit de omgeving (familie, buurt, gemeenschap, samenleving) is dan ook belangrijk om de zorg te optimaliseren. Er moeten verbindingen tot stand worden gebracht tussen de verschillende domeinen die bij 'integrale' zorg betrokken zijn (nulde, eerste en tweede

103 Wagner EH, Coleman K, Reid RJ, Philips K, Sugarman JR. Guiding transformation: how medical practices can become patiënt-centered medical homes. The Common Wealth Fund. Februari 2012. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Feb/1582_Wagner_guiding_transformation_patiëntcentered_med_home_v2.pdf

104 Noot: Kampschoer, VM. Van professional naar patiënt. Thesis MBA-Healt, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2012)

lijn, cure, care, maatschappelijke ondersteuning, welzijn).

Werkers in de welzijnssector en wijkverpleegkundigen zijn hiervan vaak beter op de hoogte dan huisartsen. De wijkverpleegkundige komt achter de voordeur van de patiënt, is fysiek in de wijk aanwezig en kan daar banden met relevante spelers opbouwen. Nadat de positie van de wijkverpleegkundige in de afgelopen decennia stelselmatig is uitgehold, is deze de laatste jaren bezig aan een sterke come-back. De wijkverpleegkundige kan zowel verpleegkundige, medisch-technische, psychosociale, palliatieve als terminale zorg verlenen. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige organisatorische taken vervullen, zoals het organiseren en begeleiden van de mantelzorg, werkbegeleiding en kwaliteitszorg. Tevens kan zij een rol spelen bij de indicatie en als coach fungeren voor andere zorgverleners. Als verbindende schakel tussen zorgaanbieders die vanuit verschillende disciplines bij het zorgproces betrokken zijn, kan de wijkverpleegkundige van groot belang zijn voor goede en doelmatige zorg voor chronisch zieken. De wijkverpleegkundige kan helpen om samen met de huisarts de zelfredzaamheid van de patiënt te vergroten en zorgen dat de patiënt met de juiste zorg- of hulpverlener in verbinding wordt gebracht. Een organisatie als onder andere Buurtzorg Nederland bewijzen bovenstaande door verpleegkundigen en verzorgenden weer de tijd voor en aandacht aan de patiënt te bieden die nodig is om het genoemde waar te maken.

5.6.3 Samenwerking met specialisten

Eerste en tweede lijn zijn samen verantwoordelijk voor het aanbieden van geïntegreerde zorg waarbij zij ieder hun specifieke rol zullen vervullen. Het belangrijkste uitgangspunt is dat de patiënt kan rekenen op een goed aansluitende en afgestemde zorg. Diverse adviesorganisaties wijzen op het concept van zorgnetwerken als antwoord op de gewenste versterking van samenwerking, afstemming en efficiëntie in de gezondheidszorg.^{105, 106}

Huisartsen en specialisten zullen steeds meer gaan werken in multidisciplinaire behandelingsteams, waar de patiënt zo veel mogelijk behandelingen tegelijk of vlak na elkaar krijgt. Het gehele zorgpad moet zo eenvoudig

105 Perspectief op gezondheid 20/20. RVZ, 2010.

106 Van instituten naar netwerken. Een verkenning van de 'next generation' curatieve zorg. Boer&Croon, 2010.

mogelijk worden en bestaan uit helder afgestemde deeltaken, en een belangrijke consultatiefunctie van de specialist voor de huisarts. Structurele samenwerking is hiervoor een voorwaarde. Het maken van regionale samenwerkingsafspraken blijkt hiervoor een goed middel.¹⁰⁷ In de ontwikkeling naar de nieuwe manier van samenwerken worden netwerkrichtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en specialisten opgesteld. Op basis hiervan kunnen op regionaal niveau afgestemde zorgpaden worden ontwikkeld die leiden tot een sneller diagnostisch traject, minder ligdagen in het ziekenhuis, minder kosten en een grotere patiënttevredenheid.

Het is belangrijk dat huisartsen en specialisten zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de ontwikkeling van het zorgpad en de kwaliteit van de zorg. Een goede communicatie daarover is een noodzakelijk deel van de samenwerking. Een dergelijk overleg zal leiden tot meer effectiviteit en kwaliteit in de zorg.

5.6.4 Samenwerking met lokale overheden

Huisartsen en lokale overheden zullen elkaar in de toekomst steeds vaker tegenkomen op het terrein van gezondheid(-zorg). De overheveling van zorg uit de AWBZ naar de Wmo is hier voor een belangrijk deel debet aan. De rol van de lokale overheden in de gezondheidszorg wordt groter, zij zullen delen van die zorg gaan financieren. Gemeenten worden belangrijke partners bij het organiseren van delen van zorg en welzijn zoals preventieve activiteiten, het Centrum voor jeugd en gezin (CJG), mantelzorg, huiselijk geweld, kindermishandeling en ouderenzorg. Lopend veldonderzoek maakt inzichtelijk welke ondersteuning nodig is om samenwerking tussen huisartsen en gemeenten te faciliteren, zodat zorg en hulp aan patiënten in de buurt beter kan worden afgestemd. In eerste instantie ligt de focus op samenwerking waarbij goed inzichtelijk wordt gemaakt welke patiënten naar welke gemeentelijke dienst kunnen worden doorverwezen om te komen tot betere zorg voor patiënten, door betere doorverwijzing en tijdige signalering en afstemming tussen hulpverleners.

107 Branbergen, D. Vloeiend tussen eerste en tweedelij. Med Contact 2012 67(16); 1048-50.

Hiervoor is meer bekendheid met de gemeente en haar diensten nodig om het gemakkelijker te maken om hulpvragen af te handelen. Dit gaat zeker op bij hulpvragen die niet of deels tot de verantwoordelijkheid van de huisarts behoren. Dit resulteert tevens in minder bureaucratie. Op die manier neemt de tevredenheid van patiënten toe. Hulpbehoevenden komen eerder op de juiste plek terecht (waarmee verergering van klachten wordt voorkomen) en gemeenten krijgen beter in beeld aan welke ondersteuning behoefte is. Dat maakt het voor de gemeente gemakkelijker om haar gezondheidsbeleid beter af te stemmen op de mensen in haar gemeente.

5.6.5 Organisatie van de huisartsenzorg

Hiervoor is uitgebreid beschreven dat de zorgvraag in de toekomst voor een deel van de patiënten meer samenwerking tussen huisartsen, de leden van hun team en andere zorgverleners vraagt. Om hieraan te kunnen voldoen is het van belang de organisatie van de huisartsenzorg hierop aan te passen. De patiëntenzorg blijft op maat van de populatie geboden, waarbij de huisartspraktijk de kleinste eenheid is. De grootte van deze praktijk kan variëren van een eenmanspraktijk tot een meermanspraktijk. Lokaal werken de praktijken met elkaar samen in een huisartsensamenwerkingsverband, regionaal in een huisartsennetwerk en landelijk zijn zij verenigd in hun beroepsorganisaties.

5.6.5.1 Het team in de huisartsenvoorziening

Om ervoor te zorgen dat huisartsenpraktijken in de toekomst daadwerkelijk toegankelijk blijven voor alle patiënten en een kwalitatief goed antwoord geven op de veranderende en groeiende zorgvraag, delegeren huisartsen zorgtaken aan andere leden van het team van de huisartsenvoorziening. Binnen de huisartsenvoorziening zijn functies op drie niveaus te onderscheiden: de huisarts (academisch niveau), de praktijkverpleegkundige (hbo-niveau) en de praktijkassistent (mbo-niveau). Gezondheids- en zorgvragen van patiënten verschillen sterk in complexiteit: het kunnen enkelvoudige, laagcomplexere zorgvragen betreffen, maar ook intensieve, hoogcomplexere zorgvragen (zoals terminale zorg) en de hele range daartussen. De drie deskundigheidsniveaus in de huisartsenvoorziening kunnen hier samen antwoord op geven. Een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling is een randvoorwaarde voor

verantwoorde zorg.¹⁰⁸ Binnen de functies is een onderscheid te maken in zorggebonden en niet-zorggebonden taken. De zorggebonden taken hebben betrekking op de zorgverlening aan patiënten. Niet-zorggebonden taken hebben betrekking op het werk dat nodig is voor het (laten) functioneren van de gehele huisartsenvoorziening.

Uitgangspunten Team huisartsenpraktijk

In het Standpunt Het (ondersteunend) team van de huisartsenvoorziening is de koers uitgezet voor de toekomstige samenwerking binnen de huisartsenpraktijk.¹⁰⁹

1. Generalisme is een essentieel kenmerk van huisartsenzorg en betreft de competenties en attitude van de huisarts, de praktijkassistent en de praktijkverpleegkundige;
2. Huisarts, praktijkassistent en praktijkverpleegkundige vormen het kernteam van de huisartsenvoorziening;
3. De praktijkverpleegkundige heeft zorgtaken bij chronische aandoeningen, complexe zorgvragen, preventie, leefstijlbegeleiding en proactief populatiegericht werken;
4. Voor overstijgende taken kan de huisartsenvoorziening de verpleegkundig specialist inzetten;
5. Overgangperiode en doorgroeimogelijkheden POH naar PVH;
6. Lid van het team van de huisartsenpraktijk is ook de POH-GGZ;
7. Lid van het team van de huisartsenpost zijn ook de verpleegkundige ANW en de triage-assistent;
8. Voor niet-zorggebonden taken in de huisartsenvoorziening kan de praktijkmanager (manager huisartsenzorg) een rol vervullen;
9. Het delegeren vraagt om op de huisartsenzorg toegesneden opleidingen voor de teamleden; De praktijkverpleegkundige werkt nauw samen met de thuiszorg, c.q. wijkverpleegkundige.

¹⁰⁸ Begin 2010 hebben de KNMG en andere partijen eisen geformuleerd die aan samenwerkingsverbanden worden gesteld, buiten de praktijk (ketenzorg), maar ook binnen de praktijk (KNMG e.a. 2010). Bij het delegeren van taken moeten niet alleen de voorwaarden van de Wet BIG in acht worden genomen, maar ook de eisen die aan samenwerkingsverbanden worden gesteld. De Handreiking is nu al van kracht, er is ook al jurisprudentie, maar dan meer over ziekenhuissettings. In 2013 moeten alle samenwerkingsverbanden goed geregeld zijn.

¹⁰⁹ Het (ondersteunend)team van de huisartsenvoorziening. NHG, 2011

Huisartsen zijn verantwoordelijk voor het bewaken van de essentiële kenmerken van de huisartsenzorg en dragen de eindverantwoordelijkheid voor het totale zorgaanbod. Zij dienen het werk in de huisartsenvoorziening zodanig in te richten dat het zorgaanbod op een kwalitatief verantwoorde wijze wordt uitgevoerd, en daarop toe te zien. Dit betekent dat de huisarts de algemene regie heeft over zorg die door de leden van het team wordt geboden.

Voor een nadere toelichting op de werkwijze van het team van de huisartsenvoorziening wordt naar het Standpunt Het (ondersteunend) team van de huisartsenvoorziening verwezen.

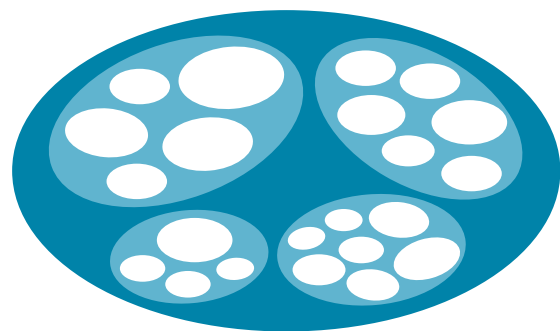
5.6.5.2 Lokale huisartsensamenwerkingsverbanden




Om tegemoet te komen aan de groeiende en veranderende zorgvraag wordt de generalistische medische zorg dichtbij huis voor alle mensen geboden vanuit lokale samenwerkingsverbanden van huisartsenpraktijken, die hun krachten bundelen in een regionaal netwerk. De schaal, functie en organisatie van de lokale samenwerkingsverbanden worden bepaald door de ligging, bijvoorbeeld in de stad of op het platteland, en door de behoeften en mogelijkheden van patiënten en huisartsen. Een samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken bedient zo'n 7.500 tot 17.500 patiënten en kan de vorm aannemen van een virtueel dan wel fysiek centrum, met of zonder dependances.

Deze lokale samenwerking van huisartsenpraktijken aangeduid met de term 'huisartsensamenwerkingsverband'. Het lokale huisartsensamenwerkingsverband is bij uitstek geschikt om een goed lokaal aanbod aan huisartsenzorg te bieden en de samenwerking met andere zorgverleners en lokale overheden op een effectieve manier te organiseren. Het lokale huisartsensamenwerkingsverband neemt de huidige taken van de huisartsengroep (HAGRO) over en breidt deze waar nodig uit. De samenwerking van huisartsen op deze manier maakt het mogelijk om naast het basis- en aanvullend aanbod huisartsenzorg ook bijzonder aanbod aan te bieden (zie ook hoofdstuk 4 over aanbod).

De verschillende deelnemers aan het lokale huisartsensamenwerkingsverband kunnen diverse delen van het bijzondere aanbod dan aan een grotere populatie aanbieden.

In het lokale huisartsensamenwerkingsverband werken huisartsen, doktersassistenten, generalistisch opgeleide praktijkverpleegkundigen, POH's GGZ en – waar nodig en gewenst – verpleegkundig specialisten. Het lokale huisartsensamenwerkingsverband werkt samen met onder meer apothekers, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, verloskundigen, eerstelijnspsychologen, al dan niet op dezelfde locatie.



-  huisartsenpraktijk
-  lokaal huisartsensamenwerkingsverband
-  regionaal huisartsennetwerk

Figuur 11: organisatie huisartsenzorg

5.6.5.3 Regionaal huisartsennetwerk

De lokale huisartsensamenwerkingsverbanden bundelen hun krachten in regionale huisartsennetwerken voor en door huisartsen. De schaal, functie en organisatie van een regionaal huisartsennetwerk is enerzijds afhankelijk van de behoeften van patiënten en huisartsen en anderzijds van het aantal en de aard van de andere zorgaanbieders in de regio.

Afhankelijk van de behoeften van patiënten en huisartsen zorgt een regionaal huisartsennetwerk voor:

- de organisatie van de avond-, nacht- en weekenddiensten;
- extra mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling van huisartsen in het netwerk;

- het faciliteren van onderwijs, onderzoek en innovaties;
- samenwerkingsafspraken met organisaties van andere zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn, lokale overheden en openbare gezondheidszorg;
- een pool van diverse soorten kaderhuisartsen en verpleegkundig specialisten voor de ondersteuning van de huisartsenpraktijken in het netwerk;
- intercollegiale toetsing en een consistent kwaliteitsbeleid;
- facilitaire ondersteuning (administratie, personeelszaken, huisvesting, ICT);
- afspraken met de zorgverzekeraars.

Een regionaal huisartsennetwerk zet zich in voor een solide financieringsstructuur van het regionale aanbod, het uniformeren van de digitale informatie-uitwisseling tussen huisartsen en andere zorgverleners en het onderling afstemmen van de adherentiegebieden van de verschillende zorgaanbieders in de regio (GGD, GGZ, ziekenhuizen, ambulancevoorzieningen).

In de besturing van een regionaal huisartsennetwerk hebben de huisartsen een doorslaggevende invloed op de inhoud van de zorg en het medische beleid.

De landelijke beroepsverenigingen ondersteunen de huisartsenzorg op alle niveaus (individueel, lokaal en regionaal) met visieontwikkeling, inhoudelijke en financiële belangenbehartiging, richtlijnontwikkeling met bijbehorende implementatiematerialen, publieks- en patiëntenvoorlichting, ICT- en kwaliteitsbeleid en (na)scholing. De universitaire afdelingen huisartsengeneeskunde zorgen voor onderwijs, onderzoek en innovatie en zijn verantwoordelijk voor de huisartsopleiding.

5.7 Conclusies

De vraag naar samenwerking tussen de huisartsenzorg en andere zorgaanbieders wordt tussen 2012 en 2022 vooral groter door de toenemende vraag naar zorg voor (oudere) patiënten die lijden aan een of meerdere chronische aandoeningen. Deze patiënten hebben zorg nodig van zowel de huisarts als andere eerste- en tweedelijns zorgaanbieders. Om aan deze vraag te voldoen zullen deze aanbieders gezamenlijk modellen moeten ontwikkelen voor het bieden van geïntegreerde zorg.

6. Innovatie en kwaliteit

6.1 Inleiding

De huisartsenzorg staat voor de uitdaging om een groeiende zorgvraag op adequate wijze op te vangen vanuit de kernwaarden van de huisarts-geneeskunde.

De beroepsgroep heeft de ambitie om duurzame kwalitatieve goede zorg te bieden aan alle patiënten van jong tot oud. Innovatie in het zorgaanbod staat, evenals onderwijs en onderzoek, in dienst van dat continue streven naar het verbeteren van kwaliteit.

Zorginnovatie huisartsenzorg

Onder zorginnovatie wordt verstaan: nieuwe onderdelen van het diagnostisch of therapeutisch beleid van de huisarts, of nieuwe vormen van zorgaanbod, praktijkorganisatie of communicatie, die bijdragen aan een betere kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg of betere serviceverlening aan de patiënt.

De Nederlandse huisartsenzorg is van hoge kwaliteit zoals door diverse internationale studies is aangetoond.^{110, 111, 112} Het grote palet aan Standaarden, (farmacotherapeutische) richtlijnen en het kwaliteitsbeleid zijn hiervoor een belangrijke basis. De beroepsgroep blijkt sterk gemotiveerd om goede zorg te bieden. Nederland behoort internationaal tot de koplopers op het gebied van huisartsgeneeskundig onderzoek.¹¹³ De beroepsgroep voelt zich samen met de universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde verantwoordelijk voor de continuïteit en verdere ontwikkeling van het vakgebied.

110 Faber MJ, Burgers J, Grol R, Westert GP. Achieving high performance quality in primary healthcare: the Dutch example. In Bell E, Westert, Merrick J. Translational research for primary healthcare. New York: NOVA Publishers, 2012.

111 Faber M, Voerman G, Grol R. International Health Policy Survey 2009. Commonwealth Fund. Onderzoek onder huisartsen in 11 landen. IQ healthcare. UMC St Radboud, Nijmegen, 2009

112 Bjornbeg A, Euro Health Consumer Index 2012 Report. Health Consumer Powerhouse, 2012.

113 Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. BMJ. 2011 Mar 8;342:d102

Een belangrijke functie van de huisarts in de samenwerking van de zorg is zijn rol als begeleider of spil voor de patiënt gedurende zijn loop door de zorg. De huisarts kent de patiënt met zijn ziektegeschiedenis en in zijn context. Hij beheert en interpreteert het medisch dossier en wisselt relevante gegevens uit met andere zorgaanbieders. Hij stelt deze actief op de hoogte van die gegevens en ontvangt rapportage van alle andere zorgverleners waarmee hij samenwerkt.

Huisartsen werken in de eerste lijn nauw met hun collega's en andere zorgaanbieders samen om patiënten te garanderen dat zij zo veel mogelijk zorg in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen genieten. Zij leggen zich daarbij zowel op de cure als op de care toe. Zij vormen een sterke as met de generalist van de care, de wijkverpleegkundige. De organisatie van chronische zorg wordt in multidisciplinaire zorgteams vorm gegeven.

Huisartsen en specialisten vullen elkaar in de zorg aan. De huisarts is daarbij de generalist, de specialist wordt ingeschakeld bij minder vaak voorkomende of gecompliceerde aandoeningen. Zij bieden gezamenlijk goed geïntegreerde zorg, ieder vanuit zijn specifieke rol.

Veranderingen in de financiering van langdurige zorg, publieke gezondheidszorg en welzijn vragen een nieuwe samenwerking met lokale overheden om een op maat van de populatie gesneden gezondheidszorg aan te kunnen bieden.

Om aan de veranderende eisen van samenwerking te kunnen voldoen, organiseren samenwerkende huisartspraktijken zich in lokale huisartsensamenwerkingsverbanden om een antwoord te kunnen formuleren op de lokale vraag naar huisartsenzorg. Voor regionale samenwerking verenigen deze samenwerkingsverbanden zich in regionale huisartsennetwerken. Landelijk verenigen de huisartsen zich in hun beroepsorganisaties die de huisartsenzorg op alle niveaus ondersteunen.

Met het oog op veranderende omstandigheden in de gezondheidszorg en ontwikkelingen in de zorgvraag gaat de aandacht in de zorginnovatie met name uit naar uitbreiding van de mogelijkheden voor diagnostiek en behandelingsmogelijkheden in de eerste lijn en de (organisatie van) de zorg voor patiënten met een chronische aandoening en kwetsbare ouderen met multimorbiditeit.

Er wordt veel verwacht van toekomstige ict-toepassingen en e-health. Onderzoek is nodig om te kijken op welke wijze en onder welke voorwaarden de nieuwe communicatietechnologie op adequate en doelmatige wijze in de huisartsenzorg kunnen worden gebruikt. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt wordt steeds meer benadrukt en daarbij passen meer mogelijkheden voor zelfmanagement en zelfredzaamheid.

De huisarts voelt zich echter ook verantwoordelijk zorg te bieden aan patiënten die niet goed in staat zijn om daar zelf om te vragen (zoals kinderen, hoogbejaarden, mensen met psychiatrische problemen of een cognitieve beperking) en te zorgen dat degene met de grootste zorgbehoefte ook de meeste zorg ontvangt.

In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij innovatieagenda's in de gezondheidszorg en bij de ambities en randvoorwaarden voor de zorginnovatie in de huisartsenzorg en het kwaliteitsbeleid.

6.2 Innovatie agenda's in de gezondheidszorg

In de strategische kennisagenda 2020 worden door VWS de belangrijkste kennisthema's voor de gezondheidszorg in de komende 10 jaar omschreven.¹¹⁴ Deze betreffen o.a. de rol van de patiënt (keuzes maken, omgaan met risico's, zelfmanagement), van de zorgverlener (invulling zorgaanbod, professionalisering, toetsbaar handelen), van bestuurders (samenwerken, doelmatigheid bevorderen, gezonde arbeidsmarkt, innovatiecultuur stimuleren) en van de overheid (volksgezondheid monitoren, kostenbeheersing, ethische vragen en inrichting van het stelsel). Van medisch technologische ontwikkelingen, de zogenoemde GRIN technologieën (genomics, robotics, informatie en communicatie, imaging en nanotechnologie), wordt extra gezondheidswinst verwacht.

¹¹⁴ Spelen met kennis. Strategische kennisagenda 2020. Ministerie van VWS, 2012.

De Gezondheidsraad heeft op basis van focusgroepen met patiënten en zorgverleners een prioritering opgesteld voor de ontwikkeling van nieuwe medische producten op 15 ziektegebieden.¹¹⁵ Daarin worden ook voor de huisartsgeneeskunde een aantal belangrijke onderwerpen op de innovatieagenda geplaatst: betere medicatietoedieningsvormen voor oudere patiënten met polifarmacie, hulpmiddelen tegen pijn en incontinentie, verbeterde systemen voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen en patiënten, hulpmiddelen ter vergroting van zelfmanagement, domotica voor zorg op afstand en vroege en minder belastende diagnostische hulpmiddelen in de eerstelijns.

6.3 Zorginnovatie in de huisartsenzorg

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste terreinen waarop innovatie van de huisartsenzorg de komende tien jaar nodig is, beschreven. Deze richten zich vooral op het uitbreiden van het diagnostisch arsenaal van de huisarts en de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen en ouderen.

6.3.1 Uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden van de huisarts

Het medisch proces in de huisartsgeneeskunde rust in belangrijke mate op twee pijlers: prognostiek en diagnostiek. Kennis over de prognostiek van klachten en ziekten is van belang om al in een vroeg stadium een goed onderscheid te maken tussen patiënten die wel en die geen behandeling nodig hebben. Aanvullende diagnostiek draagt in belangrijke mate bij aan het fijnslijpen van de diagnose.

Binnen het aanbod aan diagnostische voorzieningen kan in de toekomst een aanzienlijke doelmatigheidslag worden geslagen.¹¹⁶ Anno 2012 worden nog veel patiënten naar de tweede lijn verwezen voor aanvullende diagnostiek, de zogenoemde diagnostische verwijzing (zoals voor een MRI bij verdenking van HNP, een artroscopie bij verdenking meniscusletsel, een cystoscopie bij verdenking blaastumor, een endoscopie bij vermoeden darmafwijkingen, echografische controle IUD).

¹¹⁵ Medische producten; nieuw en nodig. Gezondheidsraad. Den Haag, 2010.

¹¹⁶ Plexus. Rapportage business case Eerstelijns diagnostiek. Plexus 2010 <http://www.plexus.nl/uploads/PDF/Plexus%20rapportage%20VWS%20BC%201elijnsdiagnostiek%20-%20december%202010.pdf>.

Als de huisarts direct toegang tot die diagnostiek krijgt kan dat de kwaliteit van de huisartsenzorg verbeteren. Ook kan de doorlooptijd van het diagnostisch traject hierdoor aanzienlijk worden teruggebracht en de service aan de patiënt worden verbeterd. De uitvoering van endoscopische diagnostiek, die in Nederland nog volledig intramuraal in handen van de specialist plaatsvindt, kan net zoals in andere landen extramuraal worden uitgevoerd door de huisarts (zoals in UK en Scandinavië) of gedelegeerd worden aan de verpleegkundig specialist. De diagnostische mogelijkheden van de huisarts kunnen in de toekomst op de volgende manieren aanzienlijk worden uitgebreid.

1. Door toepassing van klinische predictieregels kan van een groot aantal aandoeningen de diagnostiek in de huisartspraktijk worden verbeterd. In de afgelopen jaren zijn al veel van deze predictieregels ontwikkeld (o.a. voor hartfalen, DVT, longembolie, maagzweer) en opgenomen in de professionele richtlijnen. Daarnaast komen steeds meer point of care (POC) laboratorium testen beschikbaar die in de huisartspraktijk, soms zelfs tijdens het spreekuur, kunnen worden uitgevoerd, en die de diagnostische besluitvorming van de huisartsen kunnen verbeteren. Voorbeelden daarvan zijn de inzet van de CRP POC test bij de diagnostiek van pneumonie en van diverticulitis, de D-dimeer bij de diagnostiek van trombo-embolische processen, etc. De verwachting is dat in de komende jaren veel meer van dit soort POC testen beschikbaar zullen komen die de kwaliteit van de diagnostiek in de huisartspraktijk op het gebied van infectieziekten, hart- en vaatziekten en gastro-enterologie aanzienlijk kunnen verbeteren;
2. Het laagcomplexere diagnostisch onderzoek, het zogenaamde functie-onderzoek, kan bijna volledig in de eerste lijn worden georganiseerd om zo de diagnostische besluitvorming van de huisarts te verbeteren en verwijzing te voorkomen. Daarbij gaat het met name om bijvoorbeeld cardiologisch onderzoek (Holter, ECG, inspanningsonderzoek) en neurologisch onderzoek (EMG);
3. Directe toegankelijkheid voor de huisarts tot beeldvormend onderzoek (echografie, röntgenonderzoek, MRI en CT) en uitvoering dichtbij de woonomgeving van de patiënt voorkomt verwijzingen, verkort de doorlooptijd, verbetert de service en drukt de kosten. Daarbij gaat het niet alleen om laagdrempelige toegang, en snellere terugrapportage, maar ook om een heroriëntatie op de uitvoering en organisatie van de

diagnostiek. Echografie kan bijvoorbeeld heel goed door een daartoe opgeleide huisarts in de eerste lijn worden uitgevoerd;

4. Sommige vormen van endoscopisch onderzoek, met name gastroscopie en sigmoidoscopie, hebben een zeer laag complicatierisico, vereisen geen sedatie en blijken ook heel goed buiten het ziekenhuis door daartoe opgeleide huisartsen of verpleegkundigen te kunnen worden uitgevoerd.¹¹⁷

6.3.2 Organisatie van de diagnostiek

Diagnostiek binnen handbereik van huisarts, georganiseerd vanuit de organisatie waar die werkzaam is, biedt de beste garantie dat die diagnostiek ook werkelijk optimaal in het medisch proces zal worden ingezet. Organisatie binnen de huisartsensamenwerkingsverbanden of huisartsennetwerken is daarom de aangewezen manier om het diagnostische aanbod van de huisarts vorm te geven (hoofdstuk 5). Bij de samenstelling van het diagnostisch aanbod spelen verschillende factoren een rol: kwaliteit, kosten en doelmatigheid en service aan de aanvrager en de patiënt. Voor ontwikkeling, evaluatie en optimale implementatie van deze diagnostische zorginnovaties is in de komende jaren gericht wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn noodzakelijk

6.3.3 Zorg voor bijzondere patiëntengroepen

6.3.3.1 Zorg voor patiënten met een chronische aandoening

De afgelopen jaren is veel geïnvesteerd in de implementatie van zorgstandaarden voor de veel voorkomende chronische aandoeningen diabetes, astma/COPD en vasculair risicomangement.

Ketenzorgprogramma's zijn een belangrijke innovatie in het zorgaanbod. Op andere klinische terreinen, zoals depressie en oncologie, zijn geïntegreerde zorgprogramma's in ontwikkeling.

Voordat het disease managementprogramma verder wordt uitgebreid is het verstandig om een aantal vragen rond inrichting, afstemming en

117 Williams J, Russell I, Durai D, Cheung WY, Farrin A, Bloor K, Coulton S, Richardson G. What are the clinical outcome and cost-effectiveness of endoscopy undertaken by nurses when compared with doctors? A Multi-Institution Nurse Endoscopy Trial (MINuET). *Health Technol Assess.* 2006 Oct;10(40):iii-iv, ix-x, 1-195

doelmatigheid te beantwoorden. Het effect op de kwaliteit en kosten is nog onvoldoende met onderzoeksgegevens onderbouwd.¹¹⁸ De gevolgen voor de kosten van de zorg zijn onduidelijk.¹¹⁹ De eerste indruk voor de ketenzorg van de diabeteszorg is dat het mogelijk tot een kostenstijging heeft geleid.¹²⁰ Met de toename van multimorbiditeit schieten de bestaande disease managementprogramma's tekort. Het is daarom zaak om een concept te ontwikkelen voor geïntegreerde zorg waarin ook preventie een plaats heeft.¹²¹

Om de juiste richting rond het aanbod voor patiënten met een chronische aandoening te bepalen moeten de volgende vragen rond disease managementprogramma's beantwoord worden:

1. Wat is het effect van ketenzorgorganisatie voor patiënten met een chronische aandoening op de kosten en de kwaliteit van de zorg?
2. Hoe kan de samenhang tussen de zorgketens en het geïntegreerde zorgaanbod bij patiënten met multimorbiditeit worden geborgd?
3. Wat is de optimale organisatie van de zorgketen?
4. Hoe kan het dreigend verlies aan competenties bij de huisarts, als gevolg van taakherschikking op het gebied van de zorg voor chronische aandoeningen, worden voorkomen?
5. Op welke manier kan de betrokkenheid van de patiënt worden geoptimaliseerd, wat is de plaats van zelfmanagementprogramma's in chronische zorg en wat is de optimale vorm en toepassing van het individuele zorgplan?

118 Monitoring integrale bekostiging. Zorg voor chronische zieken. Evaluatiecommissie integrale bekostiging. Tweede rapportage evaluatiecommissie. Den Haag, 2012.

119 De Bruin SR, Heijink R, Lemmens LC, Struijs JN, Baan CA. Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or COPD; a systematic review of the literature. *Health Policy* 101(2011);105-121. http://econpapers.repec.org/article/eeehepoli/v_3a101_3ay_3a2011_3ai_3a2_3ap_3a105-121.htm

120 Sprangers N, Galien O, Steensma C, Edgar P. Integrale bekostiging diabetes is duur. *Med Contact* 2012;67(16):991-3/

121 Drewes HW et al. Effectiviteit van disease management. Een overzicht van de (internationale) literatuur. RIVM 2008. <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260131001.pdf>

6.3.3.2 Zorg voor patiënten met kanker

Het aantal patiënten met kanker zal in de komende jaren met meer dan 50% toenemen, van 576.000 in 2010 tot 905.000 in 2020. Omdat de overlevingskans stijgt door betere behandelmogelijkheden, zal het aantal patiënten met kanker in de chronische ziektefase nog meer toenemen. Om aan deze groeiende zorgvraag te kunnen blijven voldoen is meer medische capaciteit nodig. Diagnostiek en behandeling vereisen specifieke specialistische expertise en blijven het domein van de specialist. De huisarts is nu vooral betrokken bij vroegopsporing en bij de terminale behandelfase. In de toekomst zullen de mogelijkheden voor vroegopsporing van kanker tijdens het spreekuur verder toenemen, door nieuwe diagnostische inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en nieuwe diagnostische tests naar vroege stadia van kanker. Daarnaast zal ook de vraag naar terminale zorg toenemen. Patiënten willen thuis sterven, in hun eigen omgeving, onder begeleiding van hun huisarts. Terminale zorg is een essentieel onderdeel van het zorgaanbod van de huisarts.¹²² Competenties en vaardigheden op het gebied van palliatieve zorg en samenwerking met hospices zijn daarom voor de huisarts van de toekomst van groot belang. In de zorg voor patiënten met kanker ligt de nadruk in de chronische fase, na het afronden van de initiële behandeling, op psychosociale begeleiding, comorbide klachten, rehabilitatie, gezonde leefstijl en watchful waiting. Dat past bij uitstek bij de integrale benadering van de huisarts en zijn kerncompetenties. De huisarts heeft een langdurige relatie met de patiënt en is bij de oudere patiënt met kanker door de veel voorkomende comorbiditeit al intensief bij de zorg voor deze patiënten betrokken. (Zie ook hoofdstuk 2 relatie huisarts – patiënt). Dat is de reden dat velen een grotere rol van de huisarts bepleiten na de initiële behandeling.¹²³

122 Standpunt Huisarts en palliatieve zorg. NHG, 2009.

123 De rol van de huisarts in de nazorg bij kanker. Gezondheidsraad. Den Haag, 2007.

Aanbevelingen voor de nazorg aan kankerpatiënten¹²⁴

Na de initiële behandeling levert de huisarts in principe de nazorg aan kankerpatiënten;

- Randvoorwaarden en invulling van dit casemanagement moeten worden uitgewerkt;
- Nazorg vereist een proactieve benadering en korte communicatielijnen tussen huisarts en specialist;
- Onderdelen van dit nazorgtraject zijn monitoring, rehabilitatie, psychosociale zorg, en gezondheidsadvies

Bij patiënten, andere eerstelijns zorgverleners en huisartsen zelf leven nog veel vragen over de invulling van de rol van de huisarts in de zorg voor kankerpatiënten. Onderzoek moet duidelijkheid geven over de optimale invulling van deze rol. Ook de noodzakelijke randvoorwaarden zullen moeten worden onderzocht en ingevuld. Deze betreffen de financiering van het nazorgtraject, de benodigde formatie, taakdifferentiatie en delegatie en nascholing.

6.3.3.3 Zorg voor ouderen

Oudere patiënten hebben meer chronische ziekten, consulteren de huisarts vaker en hebben meer hulpvragen per contact. Naar schatting is bij 10% van de oudere patiënten sprake van verhoogde kwetsbaarheid, d.w.z. een combinatie van medische, psychische en sociale problematiek. Juist deze groep loopt een groot risico op verslechtering van de gezondheidssituatie in de vorm van medische en verzorgingscomplicaties en achteruitgang van zelfredzaamheid. Veel voorkomende problemen bij deze groep zijn bijwerkingen van polyfarmacie, verhoogde valneiging, eenzaamheid en depressie, verlies van de cognitieve functie en verminderende ADL-functies.

124 Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Signaleringscommissie Kanker, KWF Kankerbestrijding, 2011. [http://scripts.kwfkankerbestrijding.nl/bestellingen/documents/Nazorg%20bij%20kanker-De%20rol%20van%20de%20eerste%20lijn%20\(2011\).pdf](http://scripts.kwfkankerbestrijding.nl/bestellingen/documents/Nazorg%20bij%20kanker-De%20rol%20van%20de%20eerste%20lijn%20(2011).pdf)

Voorwaarden voor toekomstbestendige ouderenzorg in de huisartspraktijk

- Van reactieve naar anticiperende ouderenzorg;
- Integratie van zorg en verzorging;
- Meer competentie en kennis over ouderengeneeskunde;
- Inzet van praktijkverpleegkundige ouderenzorg;
- Samenwerking met specialist ouderengeneeskunde en verpleeghuisarts;
- Afstemming verantwoordelijkheden in verzorgingshuizen.

De huisarts zal in de praktijk de zorg aan deze groeiende groep oudere patiënten anders moeten organiseren om adequaat de coördinerende functie in de ouderenzorg te kunnen blijven vormgeven.¹²⁵ In de zorg voor ouderen is het doel van huisartsgeneeskundige zorg niet gericht op een maximale levensduur, maar op optimale kwaliteit van leven.¹²⁶ Het behoud van zelfredzaamheid staat voorop. Om die reden dient de zorg aan oudere patiënten te veranderen van reactief naar anticiperend. Patiënten met een verhoogde kwetsbaarheid zouden in een eerder stadium onder de aandacht moeten komen, zodat een passend zorgaanbod kan worden ingericht. Daarbij kan ICT een belangrijke rol spelen.

Aan de hand van elektronische selecties in het huisartsenregistratiesysteem blijkt het mogelijk om ouderen met een verhoogd kwetsbaarheidprofiel te identificeren. Praktijkverpleegkundigen kunnen vervolgens een verdere detaillering van de problematiek in kaart brengen op basis waarvan een zorgaanbod kan worden samengesteld, aangepast aan de wensen en behoeften van de oudere patiënt. De inzet van kaderhuisartsen ouderenzorg binnen huisartsensamenwerkingsverbanden zal een belangrijke bijdrage leveren aan de verhoging van de kwaliteit van de ouderenzorg in de huisartspraktijk.

Om de optimale inrichting van de ouderenzorg in de toekomst te onderzoeken en voor te bereiden is in 2008 door VWS het Nationaal Programma Ouderenzorg gestart.¹²⁷ De resultaten van de eerstelijns studies uit dit

125 Van eerstelijns naar primaire gezondheidsondersteuning. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Den Haag, 2010.

126 Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. NHG, 2007

127 Het Nationale programma Ouderenzorg. ZONMw. Den Haag, 2008. www.npo.nl

programma zullen in 2012 en 2013 bekend worden en duidelijkheid geven over de optimale inrichting en organisatie van toekomstbestendige ouderenzorg in de huisartspraktijk.

6.4 Innovatie in de organisatie van de huisartsenzorg

De kwalitatief en kwantitatief veranderende vraag naar huisartsenzorg heeft tot gevolg dat de organisatie hiervan zich zal moeten aanpassen. In hoofdstuk 5 is reeds een aantal belangrijke aanpassingen op dit vlak beschreven. Hieronder ligt de focus op een aantal specifieke innovaties, die nader onderzoek behoeven.

6.4.1 Functiedifferentiatie

De inzet van kaderhuisartsen is een belangrijk instrument om de expertise en daarmee de kwaliteit van zorg in de eerste lijn te vergroten.

Kaderhuisartsen

Sinds 1995 is gewerkt aan de vormgeving en organisatie van kaderopleidingen. Met deze aanvullende opleidingen ontwikkelen huisartsen zich tot expert op een klinisch of niet-klinisch deelgebied.

Kaderhuisartsen vervullen een rol in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Zij zijn betrokken bij regionale kwaliteitsprojecten en deskundigheidsbevordering. Er zijn tot nu toe tien kaderopleidingen¹²⁸ ontwikkeld en uitgevoerd. In relatie tot de tien kaderopleidingen hebben zich zes expertgroepen ontwikkeld waarin kaderhuisartsen zijn verenigd.

De inzet van huisartsen met bijzondere expertise in een samenwerkingsverband van huisartsen komt de organisatie en kwaliteit van het zorgaanbod ten goede en reduceert in potentie externe verwijzingen. Functiedifferentiatie hoeft daarbij niet op gespannen voet te staan met generalisme. De kaderhuisartsen hebben algemeen huisartsgeneeskundige taken in hun eigen praktijk maar worden daarnaast ingezet in hun

128 Astma/COPD, Beleid en beheer, Diabetes mellitus type 2, GGZ, Hart- en Vaatziekten, Ouderengeneeskunde, Palliatieve zorg, Supervisie en coaching, Uro- en gynaecologie, Wetenschappelijke vorming en opleiding tot huisartsonderzoeker.

huisartsensamenwerkingsverband of huisartsennetwerk.

Daarbij hebben ze als primaire taak het zorgaanbod binnen het samenwerkingsverband op hun expertisegebied te optimaliseren. Ze zijn daarnaast beschikbaar voor raadpleging door collega's bij individuele patiënten, en voor overleg met specialisten en zorgverzekeraars. De optimale inbedding in de huisartsenzorg en de bijdrage van kaderhuisartsen aan de kwaliteit van het zorgaanbod moeten in de nabije toekomst worden vastgesteld, alvorens de functie structureel kan worden ingepast binnen de huisartsvoorziening. Daarbij moet ook duidelijk worden waar hun toegevoegde waarde ligt, wat de randvoorwaarden zijn voor hun inpassing in de dagelijkse praktijk en hoe de financiering moet worden geborgd.

6.4.2 Taakdelegatie en taakherschikking

Een belangrijk onderdeel van zorginnovatie in de eerste lijn betreft taakdelegatie, een instrument van doelmatige praktijkvoering. Het uitgangspunt dat de zorgvraag op de juiste tijd en juiste plaats door de juiste zorgverlener in de huisartspraktijk wordt beantwoord, vraagt een optimale match tussen de vereiste kwaliteit van zorg en de opleiding van de uitvoerende professional. In het standpunt Het (ondersteunend) team van de huisartsenvoorziening wordt hier nader op ingegaan (zie ook hoofdstuk 5).

De veranderende zorgvraag (uitbreiding ouderenzorg en disease managementprogramma's en nazorg bij kanker) kan alleen worden opgevangen door praktijkverkleining of verdere taakdelegatie of -herschikking. Wetenschappelijk onderzoek naar de invulling en uitvoering van adequate taakdelegatie is noodzakelijk om tot de optimale en meest efficiënte personele invulling van de praktijkvoering in de huisartsenzorg te komen.

6.4.3 Inzet van ICT en e-health

Digitalisering in de zorg betreft vooral informatie en communicatie, service en geautomatiseerde ondersteuning van zorgprocessen. ICT-ondersteuning in de huisartspraktijk kan een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van de service en de praktijkorganisatie. Voorbeelden zijn het e-consult (in de toekomst met beeldverbinding en consultvoorbereiding), het online maken van afspraken, aanvragen van herhaal-

recepten en inzien van laboratoriumuitslagen. Voor de ondersteuning van de patiënten- en publieksvoorlichting is www.thuisarts.nl door het NHG ontwikkeld.

Domeinen van digitalisering in de huisartsenpraktijk van de toekomst

- Service en informatie-uitwisseling;
- Praktijkorganisatie;
- Ondersteuning medisch proces;
- Elektronische interventies.

De meeste praktijken hebben al een website, waarop praktijkinformatie en gezondheidsinformatie voor eigen patiënten beschikbaar is. In de toekomst zal deze website zich ontwikkelen tot een interactiever medium en uitgroeien tot het gezondheidsportaal voor de eigen praktijk.

Het toekomstige gezondheidsportaal van de huisartsenpraktijk

In het gezondheidsportaal van de huisartsenpraktijk krijgt de patiënt via een beveiligde route toegang tot de digitale praktijkomgeving. Daarin zijn talloze toepassingen opgenomen, zoals door de zorgverlener geselecteerde informatiebronnen en mogelijkheden voor het maken van een afspraak, consultvoorbereiding en een e-consult. Via beeld-technologie in het portaal wordt het mogelijk om zorg op afstand te gaan vormgeven, zoals bijvoorbeeld een skype-spreekuur of telezorg van ketenzorgprogramma's.

Daarnaast heeft de patiënt via het portaal ook toegang tot zijn individueel zorgplan, waarin hij zijn eigen zorgplan kan monitoren en kennis kan nemen van laboratoriumuitslagen, zelfmanagementprogramma's voor chronische ziekten en andere behandelprogramma's.

Via het portaal krijgt de patiënt ook inzicht in het aanbod van andere zorgverleners waar de huisarts mee samenwerkt.

Ook de digitale ondersteuning van het medisch proces zal zich in de toekomst verder ontwikkelen. Veel van de geprotocolleerde behandeling van chronische ziekten, de zorgstandaarden, zal digitaal op afstand kunnen worden uitgevoerd. Digitale medische besluitvorming, door bijvoorbeeld besliskundige applicaties en algoritmes ingebouwd in het huisartsinformatiesysteem (HIS), zal de huisarts steeds meer tijdens het spreekuur gaan ondersteunen.

Elektronische selecties in de routinezorgdata vormen de basis voor de uitvoering van geïndiceerde preventieprogramma's in de praktijk. Met de HIS-gegevens kan de huisarts patiënten aan de hand van hun risico-profiel selecteren voor bijvoorbeeld vroegopsporing van hart- en vaat-ziekten (HVZ), depressie, kwetsbaarheid bij ouderen etc. Dit zogenaamde panelmanagement blijkt een efficiënte manier om geïndiceerde preventie in de huisartspraktijk vorm te geven.¹²⁹ Tenslotte worden steeds meer online behandelprogramma's ontwikkeld die zowel voor zelfmanagement van de patiënt als ter ondersteuning van het beleid van de huisarts kunnen worden ingezet. Voorbeelden daarvan zijn e-mental health programma's, leefstijlinterventieprogramma's en zelfmanagementprogramma's voor patiënten met chronische ziekten.

Innovatieve inzet van ICT en digitalisering van processen kan in principe een belangrijke bijdrage leveren aan een efficiëntere inrichting van het zorgaanbod van de huisarts en bijdragen aan een betere kwaliteit en service. Tot op heden blijft de bewijsvoering echter achter bij de implementatie en gaapt er een groot gat tussen verwachtingen en evidentie.^{130, 131}

129 Neuwirth E, Tallman K, Schmittiel JA, Bellows J. Panel Management for Chronic conditions. Early lessons learned from Physicians, Staff and patients. Kaiser Permanent Care Management Institute. Poster Presentation, HMO research network 2007. http://hmoresearchnetwork.org/archives/2007/posters%5C2007_PS3-21.pdf

130 Grag AX, Adhikari NKJ, McDonald H et al. Effects of computerised clinical support in systems on practitioner performance and patient outcomes. A systematic review. JAMA (2005)293:10; 223-38

131 K Ann McKibbin, PhD, Cynthia Lokker, PhD, Steve M Handler, MD, PhD, Lisa R Dolovich, PharmD, MSc, Anne M Holbrook, PharmD, MD, et al. Enabling Medication Management Through Health Information Technology. Evidence Reports/Technology Assessments, No. 201. McMaster Evidence-based Practice Center, Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); April 2011.

Veelal blijkt digitalisering wel tot betere procesuitvoering te leiden maar niet tot betere patiëntgebonden uitkomsten.¹³² Naast het ontwikkelen is onderbouwen van de (kosten-) effectiviteit van verdere digitalisering van het zorgaanbod prioriteit op de innovatieagenda.

6.4.4 Zelfmanagement en samenwerking

Samenwerking is een belangrijk thema van innovatie, zowel samenwerking tussen huisartsen en patiënt, als tussen huisarts en andere aanbieders in de eerste en tweede lijn.

De patiënt is steeds meer medebehandelaar van zijn eigen probleem en wil maximaal geïnformeerd zijn over zijn gezondheidstoestand. Die veranderende rol heeft ook consequenties voor de invulling van de samenwerking tussen huisarts en patiënt. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat shared decision making door arts en patiënt gezamenlijk een positief effect heeft op het klinisch beloop van klachten.¹³³ Het concept van gezamenlijke besluitvorming moet verder worden geëvalueerd en in de praktijk geïntegreerd.¹³⁴

Preconsultatie voorlichting (bijvoorbeeld via de website van de praktijk) leidt tot meer gerichte consultatie van de huisarts en consultvoorbereiding door de patiënt (bijvoorbeeld via een korte digitale vragenlijst via de website) en heeft mogelijk een positief effect op de effectiviteit van de consultvoering door de huisarts.¹³⁵ Zelfmanagementprogramma's op het gebied van chronische ziekten kunnen mogelijk de kwaliteit en de uitkomsten van zorg verbeteren. Niet iedere patiënt heeft echter de mogelijkheden en de ambitie om die nieuwe rol in te vullen (zie ook hoofdstuk 2 over de relatie huisarts – patiënt).

Het zorgaanbod in de eerste lijn is multidisciplinair, met de huisarts in de regierol. Daarbij is nog veel onduidelijk over de inhoud, vorm en effectiviteit van samenwerking tussen de huisarts en andere disciplines, zoals met de wijkverpleegkundige, fysiotherapeut en eerstelijns GGZ-

132 Holbrook A, Pullenayegum E, Thabane L, Troyan S, Foster G et al. Shared electronic vascular risk decision support in primary care. Arch Intern Med 2011 171 19 1736-44.

133 Gulland A. Welcome to the century of the patient.; the Salzburg statement on shared decision making. BMJ 2011 ; 342, D2057.

134 The Salzburg on shared decision making, www.salzburgglobal.org/go/477

135 <http://sticozo.nl/health-communicator>.

organisaties. De verschillende samenwerkingsmodellen dienen in kaart te worden gebracht en geëvalueerd.

Samenwerking met de specialist tenslotte moet opnieuw worden aangepast aan de veranderingen in de zorgvraag. Bij de inrichting van het zorgcontinuüm is het adagium 'de juiste zorgvraag bij de juiste zorgverlener' leidend. Regionale invulling, substitutie en doelmatigheid zijn belangrijke overwegingen in de samenwerking.

Uit pilotprojecten is gebleken dat gezamenlijke consultvoering door huisarts en specialist bij voor verwijzing geselecteerde patiënten in het merendeel van de gevallen die verwijzing kan voorkomen.¹³⁶ Daarnaast kan in innovatieve samenwerkingsprojecten op het gebied van bijvoorbeeld oncologische thuiszorg, chirurgische nazorg en onbegrepen lichamelijke klachten de zorgketen opnieuw worden ingericht.

In alle gevallen moet de meerwaarde van die samenwerking worden geëvalueerd, liefst ten opzichte van de bestaande praktijk. De meerwaarde van de beoogde zorginnovatie op het gebied van samenwerking kan dan liggen in verbetering van de kwaliteit van zorg, in meer doelmatigheid of in betere service aan de patiënt.

6.5 Randvoorwaarden voor zorginnovatie

6.5.1 Zorginnovaties en de academisering van de huisartsgeneeskunde

Universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde spelen nu een voortrekkersrol in de academisering van de huisartsgeneeskunde, vanuit hun kerntaken van onderzoek, onderwijs en zorginnovatie. In de toekomst zal de beroepsgroep in de volle breedte in die academisering betrokken moeten worden om zo gezamenlijk met huisartsenpraktijken en huisartsensamenwerkingsverbanden onderwijs en onderzoek vorm te geven.

Innovatie, onderwijs en onderzoek vormen een onlosmakelijk onderdeel van de vakinhoudelijke ontwikkeling van de huisarts; een bijdrage

136 Vierhout WP, Knottnerus JA, van Ooij A, Crebolder HF, Pop P, Wesselingh-Megens AM, Beusmans GH Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. Lancet. 1995 Oct 14;346(8981):990-4.

leveren aan die ontwikkeling is een even logische als noodzakelijke professionele verplichting voor elke praktiserende huisarts. Inspanningen die daaraan verbonden zijn moeten ook erkend worden als onderdeel van het professioneel handelen, niet alleen in de formele omschrijving van het takenpakket van de huisarts, maar ook in de financiering en de registratievoorwaarden.

6.5.2 Onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek is van groot belang om zorginnovaties in de praktijk te ontwikkelen en te evalueren. Samenwerking tussen de universitaire afdelingen en het professioneel werkveld is van belang om voor de komende jaren gezamenlijk een innovatieagenda op te stellen. Het NHG kan hierin als wetenschappelijke beroepsvereniging een coördinerende rol spelen.

In de kernpraktijken van het academisch netwerk kan de ontwikkeling en evaluatie van pilots plaatsvinden, maar de implementatie moet in de dagelijkse praktijk worden geëvalueerd.

Daarnaast moet de uitvoering van dat onderzoek in de toekomst verder worden geprofessionaliseerd. Huisartsen moeten worden bijgeschoold in de regelgeving op het gebied van wetenschappelijk onderzoek (Good Clinical Practice en METC regels). Daarnaast moet het onderzoek in de praktijk beter gefaciliteerd worden, bijvoorbeeld door de inzet van externe research nurses of de mogelijkheid om de eigen staf in te zetten voor onderzoeksdeelname.

6.5.3 Onderwijs

Naast innovatie en onderzoek is ook onderwijs een belangrijke randvoorwaarde voor een toekomstbestendige huisartsgeneeskunde. Vanuit de acht universitaire afdelingen zijn jaarlijks ruim 1500 huisartsen in opleiding in de praktijken van evenzoveel huisarts opleiders.

Dat betekent dat ruim een vijfde van de beroepsgroep al betrokken is bij de opleiding. Voor de borging van de opleidingscapaciteit in de toekomst is het van groot belang dat opleiden binnen de beroepsgroep erkend wordt als een essentieel onderdeel van het professioneel handelen.

Om in de toekomst huisartsen op te leiden die de huisartsenzorg van de toekomst kunnen bieden moet de duur en inhoud van de opleiding mogelijk worden aangepast aan dat toekomstprofiel. Meer taken, meer

expertise, meer verantwoordelijkheid vergt in de toekomst ook een ander opleidingsprofiel. Het merendeel van de nieuwe generatie huisartsen geeft aan parttime te willen werken, een deel wil zelfs geen praktijkhouder zijn. Het huidige opleidingssysteem van one size fits all zal mogelijk worden vervangen door een flexibeler opleidingsmodel, met mogelijkheden tot bijvoorbeeld een differentiatie tot praktijkhouder.

6.6 Kwaliteit

De Nederlandse huisartsenzorg behoort internationaal tot de top. Het is de ambitie van de beroepsgroep om kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg te blijven bieden en zo de gezondheid van de hele Nederlandse bevolking te blijven bevorderen. Onze academische huisartsgeneeskunde staat internationaal hoog aangeschreven, zowel op het gebied van wetenschappelijk onderzoek als wat betreft de kwaliteit van de opleiding. Een goed kwaliteitsbeleid op verschillende niveaus van de huisartsenzorg is een voorwaarde om dit niveau van zorg voor de toekomst te borgen.

De huisartsenzorg kent een uitgebreid kwaliteitssysteem, waarvan praktijkaccreditering deel uitmaakt. Anno 2011 nemen 3325 huisartsen (ruim 40% van de beroepsgroep) deel aan de praktijkaccreditering.¹³⁷ Huisartsen worden na de basisopleiding geneeskunde in drie jaar opgeleid tot huisarts. In deze opleiding worden zij halfjaarlijks getoetst op de voortgang die zij maken.

Na de opleiding worden huisartsen ingeschreven in het BIG-register, waarmee het succesvol doorlopen van hun opleiding transparant is. Gedurende de beroepsuitoefening worden zij elke vijf jaar opnieuw geregistreerd. Om hiervoor in aanmerking te komen moeten zij:

- het huisartsenvak in de volle omvang uitoefenen;
- minimaal 200 uren geaccrediteerde nascholing volgen;
- voldoende uren ANW-diensten verrichten (minimaal 50 uur per jaar);

Voor de uitgebreide eisen wordt verwezen naar de website van de HVRC.¹³⁸ Het kwaliteitsbeleid richt zich ook op het professioneel handelen. De beroepsgroep stelt richtlijnen op voor het huisartsgeneeskundig

137 Jaarverslag 2011. NHG-Praktijk Accreditering BV.

138 <http://knmg.artsenet.nl/Opleiding-en-Registratie/HVRC.htm>

handelen. Hiervan zijn er inmiddels meer dan 100 beschikbaar. ICT speelt een belangrijke rol in het kwaliteitsbeleid van de toekomst. Door de steeds verdergaande automatisering zijn huisartsen steeds meer in staat hun eigen handelen te toetsen met spiegelinformatie uit hun eigen HIS of met spiegelinformatie die zij via verzekeraars krijgen. Zij werken er hard aan hun prestaties ook naar buiten, naar de patiënt, duidelijk te maken.

Voor het ondersteunende personeel bestaat een soortgelijk kwaliteitsbeleid, zij het minder ver ontwikkeld. Opleidingen worden steeds meer geüniformeerd en aan de snel veranderende eisen van de tijd aangepast. In 2012 zijn afspraken gemaakt over de doorontwikkeling van de POH-functie en het opstellen van een eenduidig generalistisch competentieprofiel voor de HBO-professional met bijbehorend accreditatiesysteem en bij- en nascholing.¹³⁹

In 2004 is een einde gemaakt aan de uitgebreide ondersteuningsstructuur die huisartsen hadden voor het kwaliteitsbeleid. Het budget voor dit beleid is gereduceerd en moest vervolgens ook over meerdere eerstelijns aanbieders worden verdeeld. Dit heeft tot een enorme verschraving van ondersteuning geleid. Het ontstane gat is inmiddels weer redelijk gedicht en andere spelers hebben hun verantwoordelijkheid genomen. Zo ondersteunen zorggroepen en huisartsenposten bijvoorbeeld de nascholing voor chronische en acute zorg. Er wordt hard aan gewerkt om dit gat te dichten, middelen hiervoor ontbreken echter. Dat is ook de achilleshiel van het kwaliteitsbeleid dat NHG en LHV samen met LINKH voor de komende vijf jaren beschreven.¹⁴⁰ In hoofdstuk 5 is beschreven in welke rollen de verschillende samenwerkingsvormen van huisartsen in de toekomst mede vorm gaan geven aan het kwaliteitsbeleid. Elke huisartsenpraktijk werkt daarbij in de toekomst continu aan de monitoring en verbetering van de kwaliteit van zorg en praktijkvoering en werkt op structurele wijze mee aan onderwijs.

139 Convenant Samenwerking functie POH, ondertekend door LHV, NHG, V&VN, samenwerkende Hogescholen, NVvPO, NVDA en LVG

140 LHV, NHG, LINKH. Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg. Kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2010 – 2015. Utrecht: LHV, 2010.

6.7 Innovatie en kwaliteit in het project Toekomstvisie Huisartsenzorg

6.7.1 Focusgroepen

In de eerste fase van het project Toekomstvisie Huisartsenzorg is via focusgroepen geïnventariseerd op welke vlakken de huisartsenzorg in de toekomst moet innoveren. Als belangrijke aandachtspunten kwamen naar voren:

- Er moet niet alleen energie worden gestoken in de randvoorwaarden voor, maar ook in de verbetering van de inhoudelijke kwaliteit van de huisarts;
- De huisvesting moet worden aangepast aan de veranderende praktijkvoering;
- Evidence moet voor de beroepsgroep beter in de praktijk worden ontsloten;
- Het internet moet beter worden benut.

6.7.2 Bijeenkomsten in de regio en op de huisartsinstituten

Tijdens de bijeenkomsten in het land is in de discussie met huisartsen (in opleiding) gesproken over gewenste innovatie. Onderstaand de uitkomsten van de vragenlijst ten aanzien van dit thema.

Uitvoeringsvragen innovatie	N	JA (%)	Nee	n.r.
De huisarts streeft in 2022 naar gezamenlijke besluitvorming met de patiënt over zijn behandelplan voor chronische (multipole) aandoeningen.	560	97	2	1
In 2022 maakt zowel elke huisarts als elke patiënt gebruik van de landelijke website voor patiënten en publieksvoorlichting	560	75	21	4
In 2022 heeft elke huisartspraktijk groepsprogramma's voor de bevordering van het zelfmanagement van de patiënt.	560	65	30	5
In 2022 gebruikt de huisarts vanzelfsprekend de moderne communicatietechnologie in het contact met zijn patiënten, zoals e-mail, SMS, videoconsult e.d.	560	69	28	3
In 2022 heeft elke patiënt tijdens een bedreigende fase in het leven 7 x 24 uur toegang tot zijn huisarts via moderne communicatietechnieken.	560	29	68	4
In 2022 draagt het gebruik van de in het HIS geïntegreerde evidence based richtlijnen in belangrijke mate bij aan doelmatigheid.	541	93	5	2
Kaderhuisartsen zorgen ook in 2022 voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde door het verzorgen van nascholing en advies (lokale) kwaliteitsprojecten.	533	94	5	1
Kaderhuisartsen zijn in 2022 (lokaal) beschikbaar voor consultatie door collega's: de huisarts blijft zelf de zorg doen.	533	88	8	3
In 2022 is taakdifferentiatie binnen het huisartsteam uitgebreid, bijvoorbeeld op het terrein van preventie en oncologische zorg. Hiervoor komen speciale kaderhuisartsen.	533	57	37	6
In 2022 is chronische zorg zoveel mogelijk geprotocolleerd en door huisartsen gedelegeerd aan praktijkondersteuners.	533	67	28	5
In 2022 is de behandeling van laagcomplexe medische taken gedelegeerd aan hbo-praktijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist, physician assistant.	533	65	31	3
Er vindt tot 2022 geen taakherschikking plaats: de huisarts blijft verantwoordelijk voor brede generalistische zorg met inzet van taakdifferentiatie en taakdelegatie binnen het team.	533	82	15	3

In 2022 hebben beroepsverenigingen van huisartsen en specialisten voor 80% van de aandoeningen transmurale zorgpaden vastgelegd.	541	75	21	5
In 2022 is de huisartsenzorg inhoudelijk en organisatorisch geëquipeerd voor 80% van de chronische zorg (the 'big five').	541	83	13	4
In 2022 is het aanbod huisartsenzorg uitgebreid met preventieve activiteiten op populatieniveau.	498	59	39	2
In 2022 behoren consulten van medisch specialisten als verlengde arm van de huisarts ook tot het aanbod van de huisartsenzorg.	498	67	31	2

6.8 Conclusies

De komende tien jaar doen zich belangrijke veranderingen in de zorgvraag voor die grote effecten op de huisartsenzorg hebben. De vergrijzing van de bevolking, technologische ontwikkelingen, meer zorg in de buurt en de wens tot grotere patiëntenparticipatie staan daarbij centraal.

Innovaties zullen eerst nauwkeurig moeten worden onderzocht om zo de meest effectieve toepassing breed te kunnen implementeren.

De huisartsenzorg zal haar aanbod verbreden en innoveren door zich vooral te richten op:

- Uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden;
- Uitbreiding van het diagnostisch arsenaal in eigen praktijk (POC-testen);
- Aanvullend beeldvormend onderzoek in eigen beheer;
- Onderzoek naar de beste zorg voor patiënten met chronische aandoeningen en deze zorg op basis hiervan implementeren;
- Een grotere rol in de (na)zorg voor patiënten met kanker;
- Optimaliseren van de zorg voor kwetsbare ouderen, in samenwerking met andere zorgverleners,
- Ook de organisatie van de huisartsenzorg vraagt specifieke aandacht. Meer en andere zorg vraagt nieuwe en uitgebreidere competenties en vaardigheden. Kaderartsen zullen de beroepsgroep daarin gaan ondersteunen. Dit is een stap in functiedifferentiatie.

7. Verantwoording

Om de kwantitatieve stijging van de zorgvraag op te vangen zullen vooral in de ouderenzorg meer taken gedelegeerd en herschikt gaan worden.

ICT en e-health zullen worden ingezet om de patiënt beter in staat te stellen zijn eigen aandoening te managen en hem zicht te geven op zijn of haar eigen gegevens. Ook vormen zij een belangrijke sleutel tot het contact tussen patiënt en huisartsen(praktijk). De huisartsen en het team gaan breder ondersteund worden in het medisch proces door het digitaal ontsluiten van besliskundige applicaties.

Samenwerking met zowel patiënten als andere zorgverleners in de eerste- en tweedelijns zijn uitgebreid beschreven in de hoofdstukken 2 en 5. De coördinerende functie van de huisarts in de zorg staat daarbij centraal. Onderzoek naar de beste invulling van deze functie van de huisarts staat daarbij centraal.

De kwaliteit van de Nederlandse huisartsenzorg is hoog. De huisartsenopleiding en nascholing voldoen aan hoge eisen die transparant zijn binnen en buiten de beroepsgroep. Het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde staat in Nederland op een hoog niveau. Het is de ambitie van de beroepsgroep om aan de top te blijven staan. Zij heeft hiervoor een uitgebreid kwaliteitsbeleid ontwikkeld en geïmplementeerd. Tot 2022 zal dit beleid verder worden ontwikkeld met speciale aandacht voor interne en externe transparantie.

Om de ambities op het gebied van zorginnovatie waar te kunnen maken, slaan beroepsgroep en academie de handen ineen. Zij leveren hun eigen specifieke bijdrage aan de benodigde innovaties. De academie neemt daarbij het voortouw, de beroepsgroep ondersteunt actief bij het doen van onderzoek. De huisartsopleiding en de nascholing zorgen voor implementatie van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en bewezen geslaagde zorginnovaties.

7.1 Inleiding

Het LHV/NHG-project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is eind 2010 van start gegaan in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH).

De stuurgroep bestond uit de bestuursleden van LHV en NHG.

De uitvoering was in handen van een projectgroep bestaande uit:

- M.A.M.F. Eyck, huisarts, NHG – projectleider
- C.F.H. Rosmalen, huisarts, LHV
- mw. drs. A. ter Brugge, NHG
- mw. drs. J. Hogendorp, LHV
- mw. E.C. Romijn, huisarts, LHV
- prof. dr. N.J. de Wit, huisarts, IOH

Tijdens de voorbereiding is de achterban in de verschillende fasen nauw betrokken, zoals hierna wordt toegelicht.

7.2 Focusgroepen

Drie bijeenkomsten met focusgroepen zijn gehouden op 15 en 28 februari en 8 maart 2011. Tijdens deze bijeenkomsten is de deelnemers gevraagd naar knelpunten die zich voordoen ten aanzien van de thema's die centraal stonden in de ontwikkeling van de toekomstvisie (continuïteit, samenwerking, patiëntenperspectief, innovatie en proactieve preventie) en wat zij nodig vinden voor de toekomst. Voor deze focusgroepen zijn huisartsen en AIOS uitgenodigd waarbij gebruik is gemaakt van adressenbestanden van het NHG en de LHV.

Het totaal aantal deelnemers was 22. De focusgroepen werden geleid door NHG-medewerkers met deskundigheid op het terrein van de focusgroepmethode.

De uitkomsten van de focusgroepbijeenkomsten zijn gebruikt bij de voorbereiding van de vragen die later aan de achterban zijn voorgelegd tijdens bijeenkomsten in het land. Voor een verslag hiervan wordt verwezen naar www.tkv2022.nl.

7.3 Consultaties in het land

De achterban is actief betrokken bij het maken van de Toekomstvisie door consultaties in het land. Er hebben bijeenkomsten plaatsgevonden op de acht universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde voor huisartsen in opleiding, huisartsopleiders en stafleden in de periode juni - september 2011. Begin 2012 vonden vier bijeenkomsten plaats in de LHV-regio's. In totaal hebben 560 huisartsen en huisartsen in opleiding aan deze bijeenkomsten deelgenomen.

Tijdens de bijeenkomsten in het land zijn principiële vragen voorgelegd over de thema's die bij de ontwikkeling van de Toekomstvisie centraal stonden. Met behulp van vragenlijsten is onderzoek gedaan naar de mening van de deelnemers. Voor de verslaglegging hiervan wordt verwezen naar www.tkv2022.nl.

De uitkomsten van deze consultaties zijn gebruikt voor het maken van scenario's voor 2022 die in de scenariocommissie zijn besproken en uitgewerkt.

7.4 Bestuursreis 'Met de blik op de toekomst'

Bestuursleden van LHV en NHG hebben van 14 tot en met 16 juni 2011 een reis gemaakt door het zuiden van het land, waarbij werkbezoeken zijn afgelegd in het kader van de ontwikkeling van een Toekomstvisie 2022. De aandacht ging met name uit naar ervaringen met innovaties in de huisartsenzorg op het terrein van samenwerking en preventie. Er is gesproken met vertegenwoordigers van de zorggroepen Het Huisartsenteam (regio West-Brabant) en De Ondernemende Huisarts (regio Eindhoven).

Daarnaast is in Limburg gesproken met vertegenwoordigers van het Orbis Medisch Centrum en het Medisch Coördinatiecentrum Omnes en is het medisch centrum Kerkrade-West bezocht in de Oostelijke Mijnstreek, de ongezondste regio van Nederland.

Voor een verslag hiervan wordt verwezen naar www.tkv2022.nl.

7.5 Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH)

Op 14 april 2011 is tijdens de IOH-dagen gesproken over de ontwikkeling van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Hierbij ging het vooral om de wenselijke zorginnovatie en de rol die de academische huisartsgeneeskunde hierbij kan spelen. Voor een verslag hiervan wordt verwezen naar www.tkv2022.nl.

Tijdens de IOH-dag 2012 (5 april) zijn aan de deelnemers scenario's voor 2022 voorgelegd en besproken (zie ook hoofdstuk 6).

7.6 Scenariocommissie

In de scenariofase is de projectgroep uitgebreid met vertegenwoordigers uit de achterban tot een scenariocommissie. De scenariocommissie stond onder leiding van door mw. A. Goris (directeur STG/HFM) en werd ondersteund door mw. M. Vulto (STG/HFM).

De bijeenkomsten van de scenariocommissie vonden plaats op 26 maart en 10 mei 2012; onderstaande personen hebben deelgenomen.

- mw. M. Heijmans, huisarts
- T.A.W. Linssen, huisarts
- W.H. van der Linden, huisarts
- P. Lips, huisarts
- mw. A.C. Littooy, huisarts
- mw. L.J. Meijer, huisarts
- mw. C.M.J. Meijers, huisarts
- mw. S.M.J. van Manen, huisarts
- mw. M.A. de Meij, huisarts
- prof. dr. M.E. Numans, huisarts
- J. Raams, huisarts
- G.F. Wieringa, huisarts

7.7 Ledenraad en NHG-Verenigingsraad

Tijdens de ontwikkeling van de Toekomstvisie zijn de LHV-Ledenraad, de NHG-Verenigingsraad, het IOH en de VHN verschillende malen geïnformeerd en geraadpleegd.

Bijlage

Afkortingenlijst Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

ADEPD	adequate dossiervorming met het EPD	IOH	Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde
ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen	IUD	intra-uterine device (spiraaltje)
AIOS	arts in opleiding tot specialist	KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
ANW-zorg	avond-, nacht en weekendzorg	LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg	LTA	Landelijke Transmurale Afspraak
CJG	Centrum voor jeugd en gezin	M&I	modernisering en innovatie
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease (chronisch obstructieve longziekte)	MRI	magnetic resonance imaging, magneetscan
CRP	C-reactief proteïne	NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
CT	computer tomografie	NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
DVT	diep-veneuze trombose	NFK	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
ECG	elektrocardiogram	NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
EMG	elektromyogram	NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
EPD	elektronisch patiëntendossier	NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
fte	fulltime-equivalent (staat voor een volledige werkweek)	NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
FTO	farmacotherapie overleg	NVvPO	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners
FTR	farmacotherapeutische richtlijnen	NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
FWG	Functiewaardering gezondheidszorg	POC	point of care
GGD	Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdiensten	POH	praktijkondersteuner huisartsenzorg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg	POH-GGZ	praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg
HAGRO	huisartsengroep	PVH	praktijk verpleegkundige huisartsenzorg
HAP	huisartsenpost	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
H-EPD	Huisartsen-epd	RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
HIDHA	huisarts in dienst van een huisarts	SEH	spoedeisende eerste hulpafdeling
HIS	huisartsen informatiesysteem	SES	sociaaleconomische status
HNP	hernia nuclei pulposi	STOOM	Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
HVRC	Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijke gehandicapten Registratie Commissie	TIA/CVA	transcient ischemic attack/ cerebro vasculair accident
HVZ	hart- en vaatziekten	V&VN	Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
ICPC	International Classification of Primary Care	VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ICT	Informatie- en communicatietechnologie	Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg	ZiZo	Programma Zichtbare Zorg



Landelijke Huisartsen Vereniging

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 20056
3502 LB Utrecht

T (030) 28 23 723
F (030) 28 90 400
lhv@lhv.nl
www.lhv.nl



Nederlands Huisartsen Genootschap

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht

T (030) 28 23 500
F (030) 28 23 501
info@nhg.org
www.nhg.org