

# BRAINSTORMSESSIE

29 SEPTEMBER 2022

VERSLAG

minerva  
huisartsenkring

Lange Leemstraat 187 – 2018 Antwerpen

Geert Cornelis – beleidscoördinator Minerva

## Inhoud

Inhoud .....	2
Inleiding .....	3
Lezing Roy Remmen .....	4
De verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) – thema 1 .....	6
Forfaitair betalingssysteem – thema 2.....	7
Verduurzaming van het Zorgpunt – thema 3 .....	9
Praktijkruimte – thema 4.....	10
Wat leert de brainstorm – welke ideeën zien licht? .....	13



# Inleiding

De brainstormsessie werd in drie delen gehouden. Eerst gaf Roy Remmen een lezing. In het tweede deel werden vier subgroepen gevormd die brainstormden over een bepaald thema. In het laatste gedeelte werden – in de ganse groep – de resultaten verzameld en feedback gegeven.

In het **eerste deel** gaf em. prof. dr. Roy Remmen een **lezing**. Daarin plaatste Remmen de **problematiek** van het huisartsentekort in een ruimer perspectief. Hij wierp een blik op mogelijkheden voor de huisartsenpraktijk in de **toekomst**. Dit deed hij aan de hand van **drie modellen**.

Tijdens het **tweede deel** werden de deelnemers in **vier subgroepen** verdeeld. Binnen elke subgroep kwam er een getuigen aan het woord over een bepaald thema. Er werd vervolgens daarover gebrainstormd.

**Hoe zich terugplooiën tot kerntaken?**

De **vier thema's** waren: **1)** de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk, **2)** het forfaitaire betalingssysteem, **3)** de verduurzaming van het Zorgpunt en **4)** de praktijkruimte. De **leidvraag** was: hoe kan elk van de vier thema's ervoor zorgen dat de huisarts zich kan **terugplooiën tot de kerntaken** van zijn/haar beroep?

In het **derde deel** van de brainstormsessie werd er **plenair feedback** gegeven: elke subgroep stelt de **belangrijkste resultaten** voor aan alle deelnemers.

**We geven hieronder een korte samenvatting van de lezing en verzamelen de voornaamste conclusies van de brainstorm door de vier subgroepen afzonderlijk. Tot slot stellen we de vraag: wat leert de brainstormsessie ons – welke ideeën nemen we mee?**

# Lezing Roy Remmen

In zijn lezing schetste Roy Remmen het huidige tijds kader waarin je het probleem van huisartsentekort moet plaatsen. Aan de hand van drie modellen ging hij vervolgens dieper in op wat de toekomst voor de huisarts brengt. Tenslotte wees hij op twee maatregelen die minister Vandenbroucke voor ogen heeft en die moeten bijdragen aan de oplossing voor de problematiek.

Roy Remmen begon zijn lezing door het probleem van het **huisartsentekort** ruim te schetsen. De **werkdruk** bij de huisarts verhoogt.

**Tijds kader probleem huisartsentekort**

Huisartsen worstelen. Het water staat aan hun lippen. Heel wat huisartsen **vallen uit**. Her en der lassen praktijken een **patiëntenstop** in.

Het **model van de huisarts** is aan verandering toe. Er worden **meer vaardigheden** verwacht van de huisarts, dan worden aangeleerd in de

**Ander model huisarts**

opleiding. Daarnaast valt een **vervrouwelijking** van het beroep op. Er is ook meer aandacht voor de **“work-life balance”**. Dit impliceert een vermindering van het **prestatievolume** ten opzichte van vroeger.

Het veranderde huisartsenmodel is een gevolg van **wijzigingen binnen de patiëntenpopulatie**. De **definitie van patiënt** is ruimer

**Nieuwe definitie patiënt**

dan enkel medisch: *“Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte”*, aldus Remmen. Daarbij wordt de **regie van de gezondheidszorg** meer en meer aan de patiënt gegeven: *“Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen”*, stelt Remmen.

Veroudering, toename (met 13% of 60.000 inwoners in de nabije toekomst), diversifiëring, migratie, meervoud van diagnoses, complexiteit van problemen, verpaupering,

**Overheid wil sterke 1<sup>ste</sup> lijnzorg:**

**Wat is rol van huisarts daarin?**

**“gezondheidsongeleterdheid”**... – dit alles **kenmerkt de patiëntenpopulatie**. Tegen deze achtergrond wil de overheid een **sterke eerstelijnszorg**. Daarin is de huisarts de **clinicus**. Om deze rol waar te maken zal de huisarts de praktijk goed moeten **organiseren**. **Taakdelegatie** is daarbij nodig en zal in belang toenemen.

In zijn uiteenzetting verduidelijkte Remmen de **toekomst van de huisartsengeneeskunde** aan de hand van **drie modellen**.

Het **eerste model** is: **Quintuple Aim** – vijfvoudige doelstelling voor de huisarts. Het model bevat **vijf domeinen** of dimensies: 1. Kwaliteit van de zorg (zoals die door de patiënt wordt ervaren); 2. Efficiëntie van het zorgsysteem (geen dubbel werk: wat bijvoorbeeld een wachtpost kan, moet een spoeddienst niet doen); 3. Toegankelijkheid van de zorg (inclusieve zorg); 4. Gezondheidsvaardigheden (knowhow om toegang tot het zorgsysteem te krijgen); 5. Bevordering van het welbevinden van de zorgverlener (hoe ervoor zorgen dat de huisarts plezier blijft hebben in het werk?). Deze vijf dimensies zijn voor de overheid belangrijk en zullen in de toekomst op de voorgrond staan.

#### Drie modellen:

##### 1 - Quintuple Aim

##### 2 - Populatiegerichte aanpak

en risicostratificatie

##### 3 - CanMeds

Het **tweede model** is: **Populatiegerichte aanpak en risicostratificatie**. Zicht krijgen op de patiëntenpopulatie wordt belangrijk. Van de huisarts wordt gevraagd de eigen praktijk te bekijken als “populatie”: het accent verschuift van de individuele patiëntrelatie naar de **identificatie van patiëntengroepen** met hun specifieke noden aan bepaalde zorg (wijk-/buurtgebonden).

Het **derde model** is: **CanMeds** (*Canadian Medical Education Directions for Specialists*). Dit model beschrijft een aantal **competentiegebieden** van de huisarts (een zevental). De arts moet niet enkel op medisch vlak goed onderlegd zijn. Hij/zij zal ook **andere vaardigheden** moeten aanleren en **diverse rollen** op zich nemen. De huisarts zal zich moeten bekwamen in bijvoorbeeld **leiderschap, samenwerking** en **organisatie**. Dit is van groot belang. Er wordt in de toekomst immers gekeken naar **nieuwe samenwerkingsverbanden** binnen de eerstelijnszorg, in de vorm van een “**eerstelijnspraktijk**” (eerder en ruimer dan een huisartsenpraktijk).

Remmen besloot zijn lezing door te wijzen op **twee veranderingen** die de minister Frank Vandenbroucke voor ogen heeft: **1. Afschaffen van oneigenlijke taken; 2. Nieuw soort betalingssysteem** (tussen prestatiegericht en forfaitair model), dat **financiering van andere functies** binnen de praktijk zal **vergemakkelijken**. De maatregelen moeten **meer capaciteit** creëren en oplossingen bieden voor de problematiek van het **huisartsentekort**. Daarbij stelde Remmen de **kritische vraag**: zal dit het geval zijn? Zal daardoor de capaciteit er op vooruitgaan? Wat vraagt dit van de huisarts? Welke “mindset” is daarvoor nodig?

#### Twee veranderingen – Vandenbroucke:

##### 1 – Oneigenlijke taken

##### 2 – Betalingssysteem

→ Meer capaciteit

?

Tot slot én met een positieve afsluitnoot benadrukte Remmen dat we ons nu in een **tijds kader** bevinden, waarin heel wat **opportuniteiten** liggen voor een **nieuw soortige huisartsengeneeskunde**: het ijzer is heet en de tijd rijp – de grote opkomst voor de brainstorm is veelzeggend en een gelegenheid tot of een basis voor: **actie!**

#### Opportunities voor nieuw soort huisartsengeneeskunde –

Tijd voor actie!

# De verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) – thema 1

In deze subgroep werd getuigenis gebracht over de ervaringen in de samenwerking met een verpleegkundige. Tijdswinst en drukontlasting zijn duidelijke winsten. Maar er zijn ook aandachtspunten te melden: taken delegeren is niet altijd even gemakkelijk; opstart en procedure vragen tijd en energie; er zijn vragen over de financiële kost en het statuut van de verpleegkundige; er is de vrees dat het takenpakket van de huisarts wordt gereduceerd tot de “zware resttaken”. Ten slotte werd gekeken in de richting van de stad: hoe kan er op lokaal beleidsniveau worden geïntervenieerd en wat kan de stad meer doen inzake informeren en communiceren over lopende projecten. Ook werd het idee geopperd van samenwerking tussen huisartsenpraktijken om diensten (zoals die van een verpleegkundige) te delen.

**Sophie Van Steenberg** (Huisartsenpraktijk Fruithof) bracht getuigenis over hoe een verpleegkundige ervoor kan zorgen dat de huisarts zich kan **terugplooiën** tot de **kerntaken**. De ervaringen met een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk zijn overwegend **positief**. De verpleegkundige neemt heel wat taken op zich, niet louter medische, ook praktische en administratieve opdrachten. Dit resulteert in **tijdswinst** en **drukontlasting** voor de huisarts.

**Tijdswinst en  
drukontlasting**

Toch zijn er enkele **aandachtspunten**:

- **Afstaan van taken**: niet elke arts staat even gemakkelijk taken af aan een verpleegkundige (bloedafname, wondverzorging...). Het is een kwestie van durven loslaten, van uit handen geven en van vertrouwen winnen. Ook de **vrees voor “contactverlies met de patiënt”** en de **schrik voor de reductie van taken tot “enkel briefjes schrijven”** spelen mee.
- **Opstart** van én **procedure** voor de samenwerking: hoe start je praktisch de samenwerking op en hoe verloopt de medewerking met een verpleegkundige? Hoe begin je eraan? **Welke taken** ga je **delegeren**? Zijn er **protocollen** daarvoor? Is er **coaching** daarin voorzien? Hoe lang duurt het vooraleer huisarts en verpleegkundige elkaar vinden in de takenpakketten? Hoe maak je agenda's op met opdrachten die verdeeld worden onder huisarts en verpleegkundige?

- Het **financiële plaatje**: hoe een verpleegkundige financieren? Is dit voor elke praktijk financieel een **haalbare kaart**? Uit welke “pot” en onder welke “noemer” wordt de verpleegkundige vergoed (middelen die een praktijk ter beschikking stelt; betaling uit prestaties van de arts; als “consultatie”...)?
- Welk **statuut** heeft de **verpleegkundige**: een zelfstandige of een werknemer?
- “**Zware resttaken**”: het takenpakket van de huisarts dreigt te verengen tot uitsluitend moeilijke opdrachten – **loodzware raadplegingen** door de huisarts – lichtere en makkelijkere zaken gaan naar de verpleegkundige.
- Interventie op **lokaal beleidsniveau**: wat kan de stad doen? Moet de stad een betere marketing voeren, **duidelijker communiceren** over bepaalde projecten die momenteel lopen (ZIHP), **meer faciliteren** door een **aanbod van coaching** aan te reiken?
- **Samenwerking tussen praktijken en delen van diensten**: hoe kunnen praktijken een verpleegkundige delen om zo de financiële last te dragen? Want: niet elke praktijk heeft nood aan een **voltijdse** verpleegkundige – niet elke praktijk kan zich dit financieel veroorloven; en niet elke praktijk heeft daarvoor fysiek de **ruimte**.

#### Aandachtspunten:

- **Taken afstaan**
- **Opstart/procedure**
- **Kostprijs VIHP**
- **Statuut VIPH**
- **Zware resttaken HA**
- **Lokaal beleid**
- **Samenwerking praktijken: delen VIHP**

## Forfaitair betalingssysteem – thema 2

Over de ervaringen te werken in een forfaitaire praktijk werd in deze subgroep getuigenis afgelegd. Deze ervaringen leren dat er heel wat tijd en energie kruipt in de overgang van het ene systeem naar het andere en dat het wel wat duurt vooraleer er aan efficiëntie wordt gewonnen (geduld is een mooie deugd). Maar dit alles loont: er zijn meer medewerkers bijgekomen (waaronder een praktijkmanager) én ook heel wat patiënten. Naast deze gunstige effecten zijn er evenwel enkele aandachtspunten: de overgang van systemen behelst toch nog een sprong in het onbekende, met weinig richtlijnen en praktijkvoorbeelden; de omschakeling vereist een verandering in “mindset”; de vrees voor oeverloos overleg (ten koste van consultaties) is er, maar – zo leren de ervaringen – vaak ten onrechte.

**Tine Beckx** (Huisartsenpraktijk Korte Klaren) wisselde haar ervaringen met het forfaitere betalingssysteem uit: opstart en overgang van het ene systeem naar het andere; effect op huisarts en patiënt, op tijdbesteding en zorgkwaliteit; meerwaarde en addertjes onder het gras; financiële ruimte voor andere functies (zoals praktijkmanager); overlegcultuur; continuïteit van de zorg voor de patiënt.

Een greep uit haar **ervaringen**:

- Er is een **overgangperiode** vooraleer je **wint aan efficiëntie**: heel wat uren worden vooraf gespendeerd aan **overleg, coördinatie en (op)leiden** van andere zorgverleners in de praktijk – dit aanvankelijk ten koste van het aantal uren dat je aan **patiëntencontacten** kunt besteden. Er kruipen bij aanvang vele uren in organisatorische taken, vooraleer er winst wordt geboekt in efficiëntie.
- **Verdubbeling** van aantal **medewerkers** binnen de praktijk: na een jaar kwam er een **praktijkmanager** (zelf verpleegkundige), wat een grote meerwaarde is en de administratieve druk voor de huisarts doet dalen.
- **Toename patiëntenpopulatie**: sinds de omschakeling zijn er veel patiënten bijgekomen – er worden meer patiënten gezien mét meer kwalitatieve zorg per patiënt.

#### **Ervaringen:**

- **Overgangperiode – vooraf aan winst in efficiëntie**
- **Meer medewerkers – waaronder praktijkmanager**
- **Meer patiënten – én: meer zorg per patiënt**

**Aandachtspunten** zijn:

- **Sprong in het onbekende**: er zijn weinig richtlijnen voor de omschakeling van het ene naar het andere systeem. Er is een duidelijke nood aan ondersteuning en aan het delen van expertise onder de praktijken (database, protocollen, draaiboeken).
- **“Switch mindset”**: de systeemomschakeling vraagt een verandering in visie en houding.
- Vrees voor **oeverloos overleg**: in de overgangperiode wordt er veel tijd geïnvesteerd in overleg – tijd die je niet aan consultaties kunt besteden – maar dit is tijdelijk. Naderhand betekent werken binnen een forfaitair systeem niet noodzakelijk meer vergaderen dan patiënten zien.

#### **Aandachtspunten:**

- **Sprong in onbekende: weinig richtlijnen/voorbeelden**
- **Mindset – verandering van visie en houding**
- **Vrees voor oeverloos overleg – ten onrechte**



## Verduurzaming van het Zorgpunt – thema 3

De werking van het Zorgpunt voor Oekraïense ontheemden werd toegelicht. Dit werd aangevuld door ervaringen met het project “Huisarts 2060”. In beide gevallen gaat het om een win-winsituatie: mensen worden geholpen en de werkdruk bij de huisarts neemt af. Bovendien kunnen huisartsen die zich niet meteen willen settelen, ervaringen opdoen binnen een georganiseerde structuur. Dat beide projecten moeten verduurzamen, was de eensgezinde conclusie van de subgroep. Daardoor wordt niet alleen tegemoet gekomen aan de zorgnoden in de samenleving, ook worden er opportuniteiten geboden voor “Populatiemanagement” (vraag naar risicostatificatie) en “differentiëren van het zorgaanbod” (tendens in het zorglandschap).

**Nathalie Van de Vyver** en **Marie Schoeters**

lichtten de werking van het zorgpunt toe. De meerderheid van patiënten wordt door een **verpleegkundige** geholpen; een minderheid komt op consultatie bij de **huisarts**. Dit werkt efficiënt. Het Zorgpunt betekent een **win-winsituatie**: vele ontheemden die niet terecht kunnen binnen het reguliere systeem vinden medische hulp en jonge artsen die zich niet meteen willen settelen krijgen de mogelijkheid werkervaring op te doen binnen een georganiseerde structuur.

**Sonja Castermans** vulde de bevindingen met het Zorgpunt aan door de ervaringen met het project “**Huisarts 2060**”: ook hier is er sprake van een win-winsituatie voor patiënt en huisarts (hoewel de doelgroep verschillend is: patiënten zijn in het ene geval ontheemden, in het andere geval inwoners uit de postzone 2060 die geen huisarts vinden).

De **conclusie** van de subgroep rond dit thema luidde volmondig: de verduurzaming van het Zorgpunt – evenals van het project “Huisarts 2060” – is een noodzaak. Het concept (pilotprojecten) kan ervoor zorgen dat Antwerpse **huisartsen ontlast** worden.

Maar welke richting moet de verduurzaming uitgaan: **hoe** verder en voor **wie**?

### Win-winsituatie:

- **Mensen worden geholpen**
- **Werkdrukontlasting bij huisarts én werkervaringen binnen structuur**

**Belangrijke elementen** in de verdere ontwikkeling van het Zorgpunt zijn:

- **Verruiming én omlijning van de doelgroep:** niet enkel Oekraïense ontheemden – maar voor al wie geen huisarts vindt en/of voor al wie geen nood heeft aan een **vaste** huisarts, maar wel aan medische hulp door een huisarts (bijvoorbeeld wie kort verblijft – doorstroming na 3 jaren naar het reguliere systeem).
- Zorgpunt als eerste stap naar **“Populatiemanagement”** – vergelijk 2<sup>de</sup> model dat door Roy Remmen werd besproken in zijn lezing: *Populatiegerichte aanpak en risicostatificatie*.
- Zorgpunt als opportuniteit tot **differentiëren van het zorgaanbod:** de verduurzaming van het Zorgpunt kan de richting uitgaan van een structuur die breder is dan een huisartsenpraktijk – een **“eerstelijnspraktijk”** – vergelijk de opmerking daarover door Roy Remmen, bij zijn bespreking van het derde model in zijn lezing: *CanMeds*. De eerstelijnspraktijk is een **“huis met meerdere diensten”**, te vergelijken met Kruispunten. Naast verschillende zorgverleners binnen de eerstelijns hulp zijn mutualiteiten en sociale organisaties betrokken partijen. Ook kan de praktijk huisvesting bieden voor tolken in bepaalde talen – wat in het reguliere systeem bijna een onmogelijkheid is.

#### Belangrijke elementen:

- **Doelgroep: verruiming én omlijning**
- **Stap naar Populatiemanagement!**
- **Opportuniteit voor differentiëren zorgaanbod: “eerstelijnspraktijk”**

## Praktijkruimte – thema 4

In deze subgroep werd toelichting gegevens bij de samenwerking tussen een huisartsenpraktijk en de stad in de zoektocht naar en de renovatie van een geschikte praktijkruimte. Welke omgevingsfactoren speelden een rol in de keuze? Hoe verliepen de onderhandelingen? Welke voorwaarden werden er gesteld? Dit waren enkele vragen. De samenwerking tussen praktijk en stad was/is vaak een kwestie van geven en nemen. De subgroep kwam tot de algemene vraag: hoe kan de overheid op lokaal beleidsniveau een betekende rol spelen inzake huisvesting van een praktijk? Daarbij werden de bedenkingen gemaakt dat er bij stadsontwikkelingsprojecten mogelijkheden ingecalculeerd moeten worden voor huisartsenpraktijken en dat de stad meer wegwijs kan geven in wetgeving en in de “administratieve draaimolen”.

Een opvallende vaststelling was, dat huisartsen niet geneigd zijn megapraktijken te (willen) vormen. Ze geven eerder de voorkeur aan kleinschaligheid en staan erop de eigenheid te behouden. Máár huisartsen willen wel samen (“clusteren” en) mogelijkheden creëren om bepaalde diensten (functies) onder elkaar te kunnen delen (bijvoorbeeld een praktijkmanager). Kan de stad daarin een faciliterende rol spelen? In elk geval wijst deze beweging in de richting van “gezondheidszorg op wijk-/buurniveau” en ligt dit in de lijn van de tendens tot “zorgdifferentiatie”, “populatiegerichte aanpak” en “risicostatificatie” binnen de gezondheidszorg en in het bijzonder de huisartsengeneeskunde.

**Katleen Verheyen** (Huisartsenpraktijk Wolvenberg) gaf toelichting bij de samenwerking tussen praktijk en stad in de huisvesting van Wolvenberg: de **zoektocht** naar en de **keuze** van een geschikt **pand**, de **onderhandelingen** met de stad, de coördinatie van de **verbouwingen**, inspraak en gestelde **voorwaarden** – vaak een kwestie van geven en nemen.

De subgroep bracht de **vraag** te berde: waarin kan de overheid op **lokaal beleidsniveau**, betekenend zijn voor de keuze en de inrichting van de praktijkruimte, maar ook: hoe kan de stad gunstige **omgevingsfactoren** optimaliseren (bijvoorbeeld inzake woon-, huisvesting- en verkeerbeleid, maar ook op het vlak van informatieverstrekking en ondersteuning)?

11

Enkele **vragen** gericht naar het lokaal bestuur:

- Plaats voorzien voor huisartsenpraktijken bij **stadsontwikkelingsprojecten**: een **norm** instellen die stelt dat bij stadsrenovatie en stadsuitbreiding, per aantal inwoners, binnen een bepaalde straal, plek moet zijn voor een huisartsenpraktijk (zoals dit het geval is voor bijvoorbeeld scholen en crèches). De ruimte die wordt voorzien voor een praktijk moet aangepast zijn aan zorgnoden (bijvoorbeeld gelijkvloers/lift) én moet toekomstperspectieven kunnen openen: voldoende ruim of voldoende potentie om uit te breiden zodat er meerdere functies zich kunnen in huisvesten.
- Vragen aan de stad:**
- **Norm bij stadsontwikkelingsprojecten**
  - **Panden – dure wijken**
  - **Wegwijs en informatie huisvesting**
  - **“Huis om diensten te delen”:**  
**huisartsen zijn/blijven basis – stad faciliteert**

- Bestaande **panden** ter beschikking stellen voor huisartsenpraktijken: heel wat – leegstaande – panden lenen zich voor de uitbouw van een huisartsenpraktijk. Sommige wijken in de stad zijn gewoon **te duur** om als (beginnend) huisarts een praktijk te openen.
- **Wegwijs** bieden in de lokale **wetgeving** inzake oprichting van een huisartsenpraktijk: administratieve vereenvoudiging, transparante informatiedoorstroom en ondersteunen bij opstart of hervorming van een huisartsenpraktijk.
- Een “**huis voor delen van diensten**”. Vele huisartsen voelen zich goed bij een **kleinschalige groepspraktijk**, met drie collega’s, aangevuld met een deeltijdse administratieve kracht, maatschappelijke assistent, verpleegkundige of manager. Ze willen **geen schaalvergroting** tot een megapraktijk – dit brengt meer overleg met zich mee, een gepuzzel van agenda’s en verstoort een close samenwerking onder de artsen. Bovendien laat vaak hun praktijkruimte niet toe meerdere functies daarin onder te brengen: **kabinetten** zijn **beperkt** in aantal. Ook de **financiële slagkracht** ontbreekt dikwijls om dit te realiseren – evenals **tijd** en **energie** die daarvoor nodig zijn (opleiden van personen en delegeren van taken). Er is behoefte aan samenwerking met personen die andere functies invullen – maar **niet** om deze personen **voltijds** in de praktijk te betrekken. Vandaar zou zoiets als een “huis voor delen van diensten” een goede zaak zijn. Dit huis ontstaat door een **clustervorming vanuit de basis**: huisartsenpraktijken in een bepaalde wijk of buurt vormen een **cluster** – vaak rond **specifieke noden**, eigen aan de wijk of buurt (vergelijk “**populatiegerichte aanpak**”, 2<sup>de</sup> model, besproken in de lezing van Roy Remmen) – en kunnen gebruik maken van diensten die het “deelhuis” aanbiedt. De **stad** kan daarin een cruciale rol spelen, door de clusterbeweging van de praktijken te **finaliseren in/tot een dienstenhuis**. De stad kan zorgen voor **locatie** en **infrastructuur** van een dergelijk huis. Op die manier kunnen huisartsen taken “**outsourcen**”, **zonder** de opdrachten geheel **uit handen te geven**. Ze kunnen bijvoorbeeld een **praktijkmanager delen** onder meerdere praktijken, of voor bepaalde handelingen **patiënten doorsturen** naar een verpleegkundige in het **dienstenhuis**. Het initiatief blijft bij de huisarts liggen – praktijken die spantoon samen clusteren, dit blijft de basis.

## Wat leert de brainstorm – welke ideeën zien licht?

De toekomst brengt vele veranderingen met zich mee voor de huisarts. Lokale besturen, steden en gemeenten, kunnen heel wat bieden om huisartsen te wapenen tegen wat op hen afkomt.

Vooreerst: het takenpakket van de huisarts verandert. Het zal in de toekomst verruimen en taken zullen toenemen in soort en vorm. Wie de vraag stelt “hoe zich toeleggen op kerntaken?” staat bij deze tendens weerloos te staren in het ijle en ziet een tsunami aan opdrachten op zich afkomen. Terug naar af – of nog verder daarvandaan?!

Vervolgens is er een accentverschuiving binnen de praktijk, in de richting van: populatiegerichte aanpak en risicostratificatie. Populatiemanagement wordt een belangrijk onderdeel van de huisartsengeneeskunde. Het zorgaanbod wordt daardoor gedifferentieerd – léés: wijk-/buurtgebonden.

Ten slotte willen huisartsen wel mee in het verhaal van multidisciplinariteit en interprofessionele eerstelijnsnetwerken, maar zien op tegen schaalvergroting tot megapraktijken, waarin de eigenheid stikt en de flexibiliteit wordt gesmoord.

Een uitweg uit deze impasse en uit dit kluwen, waarin tendensen dreigen tegen elkaar te botsen, is: samenwerking tussen huisartsenpraktijken om zo – maar met behoud van eigen- en kleinschaligheid – structuren in de samenleving uit te bouwen die antwoord bieden op maatschappelijke uitdagingen en op vragen naar multidisciplinariteit, populatiegerichte aanpak, risicostratificatie, zorgdifferentiatie en huisartsengeneeskunde op wijk-/en buurtniveau. Dit alles vereist voorafgaandelijk: delen van kennis en ervaringen onder de huisartsen – uitwisseling van praktijkvoorbeelden en ondervindingen. De stad kan een cruciale rol spelen in de finale facilitering van deze structuren – zonder dat de regie over deze structuren uit handen van de huisarts wordt genomen. Want daar, bij de huisarts, ligt de voeling met de noden die binnen wijken en buurten leven.

Wat brengt de **toekomst én** waarin kan de overheid – de **stad** – op lokaal beleidsniveau interveniëren, om zo de huisarts te wapenen tegen wat op hem/haar afkomt? We beperken ons tot zes belangrijke items:

1. **Wat is het takenpakket van de huisarts?**

De **leidvraag** van de brainstorm was: hoe kan elk van de vier thema's ervoor zorgen dat de huisarts zich kan **terugplooiën tot de kerntaken** van zijn/haar beroep? Maar wat zijn die kerntaken – en hoe zien die taken er in de toekomst uit? De huisarts zal meer vaardigheden moeten ontwikkelen dan de louter medische competenties. Hij/zij zal zich moeten bekwamen in bijvoorbeeld leiderschap, samenwerking en organisatie (vergelijk 3<sup>de</sup> model CanMeds). Dit komt bovenop zijn/haar attesterende functie: zijn/haar juridische bevoegdheid attesten uit te schrijven. En ook komt dit bovenop zijn/haar rol als vertrouwenspersoon en zijn/haar functie van trajectbegeleider.

Zo beschouwd begeeft de huisarts zich in minstens vijf opdrachtgebieden:

- Medicus – preventieve en curatieve zorg
- Manager – coördinatie van een team
- Vertrouwenspersoon – vaak eerste aanspreekpunt voor sociale en psychische problemen
- Trajectbegeleider – centrale persoon in een proces
- “Gemandateerde attest verlener” – deze administratieve invulling wordt aan de huisarts juridisch toevertrouwd. (Vraag is: zouden patiënten evenveel op consultatie bij de huisarts komen, indien ze voor hun werkgever geen ziektebriefje nodig moeten hebben voor de dagen van verlet?)

1 - Takenpakket huisarts

2 - Accentverschuiving

3 – Praktijkcontext

4 – Samenwerkingsverbanden

5 – Huisvesting

6 – Delen ervaringen

2. **Wat verschuift er binnen de huisartsenpraktijk?**

Er doet zich in de huisartsenpraktijk een tendens voor van **accentverschuiving**: de klemtoon verschuift van de individuele patiëntrelatie naar de **identificatie van patiëntengroepen** met hun specifieke noden aan bepaalde zorg. Dit heet: **populatiegerichte aanpak en risicostratificatie** (vergelijk 2<sup>de</sup> model). **Populatiemanagement** wordt een belangrijk onderdeel van de huisartsengeneeskunde (vergelijk het thema van Verduurzaming van het Zorgpunt). Het **zorgaanbod** wordt daardoor **gedifferentieerd – léés: wijk-/buurtgebonden**. Het zorgaanbod is **geen eenheidsworst**, fijn gesneden en waarmee gans het brood (Vlaamse landschap) kan worden belegd; maar is antwoord op specifieke noden die **genesteld zijn in wijken en buurten**.

Zodra dit is doorgedrongen en goed en wel geweten en beseft, is gezondheidszorg niet alleen een **kwestie** van hogere overheden (Vlaams en federaal), máár ook én vooral **van lokale besturen!** De stad kán niet aan de zijlijn blijven staan en doen alsof het differentiëren van het zorgaanbod een ver-van-mijn-bed-show is – dit zou indruisen tegen de **tendens van zorgdifferentiatie** in de samenleving.

De stad moet iets doen! “Brussel” zal – naar deze tendens – steden en gemeenten – lees ook: Antwerpen – meer en meer in een “eigen” richting sturen, om de gezondheidszorg **lokaal** te faciliteren en te stroomlijnen. Is dit professe – of eerder: in het voetspoor stappen van de tendens die de gezondheidszorg uitgaat?

3. **In welke praktijkcontext wil de huisarts werken?**

Huisartsen willen **geen megapraktijken**. Ze willen **kleinschaligheid**, máár ook: multidisciplinariteit (vergelijk het thema Praktijkruimte). Hoe valt dit te rijmen? Voor de keuze van kleinschaligheid zijn tal van redenen op te geven. Daarnaast kenmerkt kleinschaligheid zich ook door **flexibiliteit** en **dichter bij de noden** staan die leven in een bepaalde wijk of buurt. Maar kleinschaligheid botst tegen de uitrol van een **multidisciplinair project** binnen een eigen huisartsenpraktijk. Met drie huisartsen en een hoeveelheid arbeidsuren bijeengesprokkeld van diverse functies, kun je geen multidisciplinaire praktijk waarmaken. **Ofwel** is er **schaalvergroting** nodig (eventueel kracht bijgezet door de overgang naar een ander betalingssysteem); **ofwel clusteren praktijken** samen en delen ze diensten. Door dit laatste blijft kleinschaligheid behouden, besteden huisartsen taken uit, zonder ze geheel uit handen te geven, én kunnen praktijken sámen multidisciplinair werken. In de oprichting, faciliteren en finaliseren van een **“huis voor delen van diensten”** kan de stad een betekende rol spelen.

4. **Welke samenwerkingsverbanden liggen er in de toekomst?**

In de toekomst zal er meer worden gekeken naar **nieuwe samenwerkingsverbanden binnen de eerstelijnszorg** en dit in de vorm van een **“eerstelijnspraktijk”** – eerder en ruimer dan een groepshuisartsenpraktijk (vergelijk de lezing van Roy Remmen en de tekst *Together we make change happen!*, over: “interprofessionele eerstelijnsnetwerken”, pp. 29-31). Dit is exact wat in de lijn ligt van én de **tendens van zorgdifferentiatie** in de samenleving én het concept van een **“huis voor delen van diensten”** – werk, héél veel werk aan de winkel voor lokale besturen en voor de stad Antwerpen. – En langst de zijde van de huisarts? Zou dit de huisarts niet deels kunnen ontheffen uit zijn opdrachtgebied van “leiderschap, samenwerking en organisatie” (vergelijk 3<sup>de</sup> model CanMeds)?

5. **Wat met huisvesting – en de inbreng van het lokale beleid?**

Tijdens de brainstorm werd meermaals verduidelijkt dat de stad bij stadsontwikkeling en -renovatie **ruimten** zou **voorzien** voor huisartsenpraktijken en **bestaande panden** daarvoor ter beschikking zou kunnen stellen. De tendens naar een “interprofessionele eerstelijnspraktijk” en de vraag naar een “huis met een diversiteit aan diensten” zijn twee zaken waarop de stad antwoord kan bieden. Ook de **verduurzamingen** van het Zorgpunt en van “Huisarts 2060” zijn héél concrete projecten waarbij de stad een cruciale rol in kan spelen.

6. **Hoe interprofessionele samenwerking onder de artsen faciliteren – hoe ervaringsdeskundigheid onder artsen efficiënt delen?**

Tijdens de brainstorm viel op dat heel wat huisartsen nood hebben aan **voorbeelduitwisselingen**, draaiboeken, protocollen – aan: leren van elkaar. Maar ook is er behoefte aan transparante communicatie en informatie vanuit de stad, over bepaalde projecten, die op lokaal beleidsniveau worden gerealiseerd. Dit is een werkpunt voor de stad.