



Huisarts 2030

DOMUS
MEDICA

1. Inleiding

In 2020 is Domus Medica van start gegaan met een visievormingstraject gericht op de toekomst van en voor huisartsen in Vlaanderen en (Nederlandstalig) Brussel, dit alles tijdens de COVID-19 pandemie. Het was al langer duidelijk dat een helder omschreven visie geen overbodige luxe zou zijn voor de huisartsgeneeskunde van de toekomst. Er komen heel wat ontwikkelingen op ons af die aanpassingen, vernieuwingen en veranderingen nodig maken. Het is ook belangrijk dat de huidige sterktes van het systeem worden behouden. Dit geldt voor alle niveaus: binnen de praktijk, binnen de eerstelijnszorg en bij uitbreiding het gehele zorglandschap en de samenleving. Als huisartsensector willen we toekomstbestendig zijn. Een visie als kompas is daarbij een onontbeerlijk instrument.

Inmiddels is de visie voor de huisartsen uitgekristalliseerd. Een visie die duidelijk maakt waar de huisartsgeneeskunde naartoe wil evolueren. Het is een visie die zeker niet achter een tekentafel tot stand is gekomen maar in co-creatie met de sector zelf. In het afgelopen jaar hebben zo'n 650 huisartsen meegedacht over hun eigen toekomst en die van de sector.

Met voorliggende visie zetten we in op de volgende 5 ambities:

1. huisartsen staan in voor medisch-generalistische zorg
2. huisartsen bieden gepersonaliseerde zorg
3. huisartsen zijn teamspelers
4. huisartsen zetten zich in voor de publieke gezondheid
5. huisartsen zijn mensen met goesting in het vak

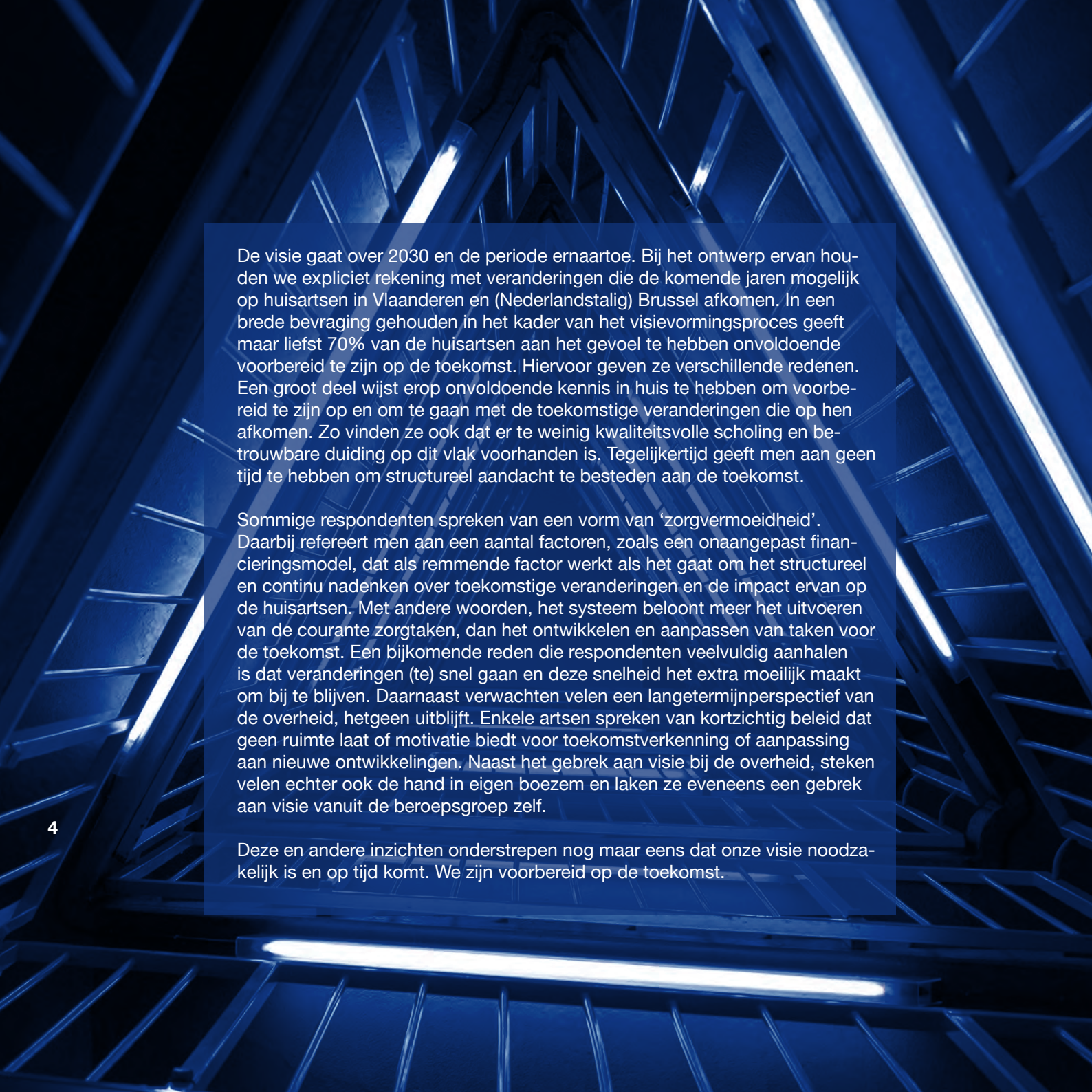
In voorliggend document staan we eerst stil bij het heden en het verleden van de huisartsensector in Vlaanderen en (Nederlandstalig) Brussel (zie hoofdstuk 2): *Waar komen we vandaan? Welke veranderingen hebben huisartsen al doorgemaakt en welke gevolgen hebben deze gehad? Welke sterkten en zwakten in de sector zijn het vertrekpunt voor de visievorming?*

Ook houden we halt bij de toekomstverkenning die in het kader van de visievorming is uitgevoerd (hoofdstuk 3). In deze verkenning is eerst gekeken welke veranderingen, gradueel en disruptief op de huisartsen de komende acht jaar kunnen afkomen. De uiteindelijke visie geeft uiteindelijk niet enkel een antwoord op de uitdagingen van vandaag de dag, maar ook die van morgen.

De visie zelf komt aan bod in hoofdstuk 4. Voor de ene huisarts zal deze visie nog veraf staan van de huidige praktijk, voor de andere is ze mogelijk al dagelijkse kost. We hebben geprobeerd er één integraal en vooral toekomstgericht verhaal van te maken wetende dat de weg ernaar toe voor de een wellicht langer zal zijn dan voor de ander.

Onze visie is strategisch en bedoeld om onze huisartsen, beleidsmakers, andere organisaties in de zorg te tonen waar we voor willen gaan. Wij hopen dat zij de vele samenwerkingen met anderen mee verder kracht zal bijzetten en richting geven, maar ook dat er nieuwe dwarsverbanden mogen ontstaan in het licht van de ambities van de visie.

Onze visie moet nu in de praktijk gebracht worden. Domus Medica zal een strategie ontwikkelen met concrete acties. Als eerste opmaat formuleren we acht krijtlijnen in hoofdstuk 5.



De visie gaat over 2030 en de periode ernaartoe. Bij het ontwerp ervan houden we expliciet rekening met veranderingen die de komende jaren mogelijk op huisartsen in Vlaanderen en (Nederlandstalig) Brussel afkomen. In een brede bevraging gehouden in het kader van het visievormingsproces geeft maar liefst 70% van de huisartsen aan het gevoel te hebben onvoldoende voorbereid te zijn op de toekomst. Hiervoor geven ze verschillende redenen. Een groot deel wijst erop onvoldoende kennis in huis te hebben om voorbereid te zijn op en om te gaan met de toekomstige veranderingen die op hen afkomen. Zo vinden ze ook dat er te weinig kwaliteitsvolle scholing en betrouwbare duiding op dit vlak voorhanden is. Tegelijkertijd geeft men aan geen tijd te hebben om structureel aandacht te besteden aan de toekomst.

Sommige respondenten spreken van een vorm van 'zorgvermoeidheid'. Daarbij refereert men aan een aantal factoren, zoals een onaangepast financieringsmodel, dat als remmende factor werkt als het gaat om het structureel en continu nadenken over toekomstige veranderingen en de impact ervan op de huisartsen. Met andere woorden, het systeem beloont meer het uitvoeren van de courante zorgtaken, dan het ontwikkelen en aanpassen van taken voor de toekomst. Een bijkomende reden die respondenten veelvuldig aanhalen is dat veranderingen (te) snel gaan en deze snelheid het extra moeilijk maakt om bij te blijven. Daarnaast verwachten velen een langetermijnperspectief van de overheid, hetgeen uitblijft. Enkele artsen spreken van kortzichtig beleid dat geen ruimte laat of motivatie biedt voor toekomstverkenning of aanpassing aan nieuwe ontwikkelingen. Naast het gebrek aan visie bij de overheid, steken velen echter ook de hand in eigen boezem en laken ze eveneens een gebrek aan visie vanuit de beroepsgroep zelf.

Deze en andere inzichten onderstrepen nog maar eens dat onze visie noodzakelijk is en op tijd komt. We zijn voorbereid op de toekomst.

2. Startpunt

2.1. Historische tendenzen drijven een nood aan transitie

Een toekomstverkenning start vaak met een historische terugblik. Tendensen en disrupties uit het verleden hebben vaak een echo in het heden en kunnen inzicht verschaffen in hoe veranderingen en transities verlopen in de sector. Terugkijken helpt ook eraan te herinneren hoe de wereld rondom ons de huisartsenpraktijk beïnvloedt, vormt en verandert. We verkennen de historiek breed en integraal, aan de hand van een blik op demografische, economische, sociale, technologische, ecologische en politiek/juridische processen en hun impact op de huisartsenpraktijk. We stappen doorheen deze analyse van een (vaak ver) verleden naar de situatie van vandaag.

Demografische veranderingen: van jong naar oud

Na de Tweede Wereldoorlog kent West-Europa een heuse babyboom onder andere door de sterk verbeterende economische omstandigheden. We zien ook vormen van arbeidsmigratie die de actieve bevolking in omvang doen stijgen. Later komt hier ook de welvaarts- en klimaatmigratie bij. Deze migratiestromen beïnvloeden ook de diversiteit in de huisartsenpraktijk, wat zich uit in nieuwe uitdagingen op vlak van cultuur, taal en visie op gezondheid en leven. De bevolkingsgroei loopt

verder op door de langere levensduur van mensen met een stijgende vergroening (verjonging) en vergrijzing tot gevolg. De vergrijzing krijgt echter de overhand en Europa evolueert naar een 'oud' continent. **Dit gaat gepaard met langer leven, maar ook langer zorg nodig hebben en dus de stijging van langdurige chronische en complexe gezondheidsproblematieken.**

Economische veranderingen: turbulente en complexe samenleving

Midden 20ste eeuw weerklonk de roep dat de gezondheid sterk verbeterd kon worden door maatschappelijke ingrepen. Epidemiologie, statistiek en ook sanitaire maatregelen kenden hun opmars en brachten een ongekend effect op de algemene gezondheid teweeg, met een sterk terugdringen van voortijdige sterfte en een stevige verlenging van de levensverwachting. De maatschappelijke gezondheidszorg en de verzorgingsstaat kennen hun intrede. Mogelijkheden om mensen te verzorgen worden aanzienlijk uitgebreid en de geneeskunde kent een bijna ongeremde groei. Verschillende economische crisissen en het neoliberalisme doen de wereld evolueren naar een wereld met een economie onder druk. Recente inflatiestijgingen en nieuwe geopolitieke conflicten dragen bij aan deze evoluties. Het lijkt tegenstrijdig, maar de situatie leidt tot een revival van de maatschappelijke gezondheidszorg, omdat hierbij de meest significante resultaten geboekt kunnen worden

met de laagste inspanningen. Arm maakt nog steeds ziek, en ziek maakt nog steeds arm. **De huisarts wordt daarmee sterker in de positie gebracht om niet enkel meer naar het individu te kijken, maar ook naar de omgeving, het beleid, de natuur en het gezondheids-gedrag.**

Sociale veranderingen: personaliseren van de geneeskunde

Vanaf de renaissance en vooral na de Verlichting kwam de geneeskunde in een stroomversnelling terecht en ontwikkelde ze zich als een georganiseerde, wetenschappelijk ondersteunde en professionele discipline. De ontwikkeling van onderzoeksmethoden, laboratoriumtechnieken en scheikunde betekenden een grote vooruitgang. Ook inzake het bestuderen van het menselijk lichaam en kennis van de anatomie werd sterke vooruitgang geboekt. De doorgedreven professionalisering van de zorg, de stijgende aandacht voor de rol van de omgeving inzake gezondheid, individuele en gedeelde verantwoordelijkheid voor gezondheid, aandacht voor voeding en beweging en ontwikkelingen in de technologie zijn slechts een handvol evoluties die uiteindelijk mee leiden tot een steeds sterker gepersonaliseerde geneeskunde. Ook genetica, robotisering en dergelijke creëren nieuwe mogelijkheden inzake individuele preventie en therapie, afgestemd op de exacte nood van het individu om te vermijden uiteindelijk patiënt te worden. De impact van onder andere grote ziekenhuisgroepen, de farmaceutische industrie en verzekeraars op deze individuele preventiegerichte plannen neemt verder toe.

6 Gezondheid werd in de evolutie naar een professionele discipline in toenemende mate gezien als deterministisch en een louter technische uitdaging. De ontwikkeling van geneeskunde zou tegen elke ziekte een medicijn of behandeling vinden. Ondertussen is deze visie geëvolueerd naar een complexe, systemische kijk op gezondheid waar verschillende elementen, zoals psychische en somatische gezondheid en maatschappelijke context op elkaar ingrijpen en elkaar beïnvloeden. Gezondheid wordt vandaag meer een proces beïnvloed door de kwaliteit van gezondheidszorg, maar ook door

de kwaliteit van het leven, levensstijl en omgevingsfactoren. Volledige controle en determinisme worden gezien als onmogelijk en dus groeit de uitdaging van het beheren en beheersen van de verwachtingen van patiënten.

Technologische veranderingen: doelgerichte technologie

Geneeskunde is traditioneel in handen van artsen met veel technische vaardigheden en een doorgedreven opleiding. Door de opkomst van het internet en de eerste 'verbonden' medische hulpmiddelen verschuift het monopolie van informatie, kennis en kunde. Mensen hebben in toenemende mate zicht op hun gezondheid, zijn in staat zelf metingen uit te voeren en informatie te vergaren, alsook gebruik te maken van dienstverlening inzake hun gezondheid aangeboden door derden. Hoewel de mogelijkheden legio zijn, groeit ook het besef dat niet iedereen data, informatie en kennis juist weet te interpreteren of naar waarde weet te schatten. Dit zorgt voor nieuwe uitdagingen en breuklijnen doorheen en ten aanzien van de medische wereld. De toenemende kwaliteit van meettoestellen, de miniaturisering ervan, de mogelijkheid om zich niet te hoeven baseren op een momentopname maar continue metingen van een breed scala aan indicatoren, ook via de darm en de huid, en de doorgedreven mogelijkheden om datatrends te analyseren leidt tot tal van nieuwe inzichten en mogelijkheden tot opvolging van patiënten, in real-time en vanop afstand. Niet enkel artsen en data-analisten maar ook algoritmes en AI (kunstmatige intelligentie) slaan steeds vaker de virtuele handen in elkaar. De stap naar breedscalige, continue monitoring en pro-actieve interventie wordt steeds kleiner, waarbij niet enkel de toegang en het overwicht aan data en informatie verschuift, maar ook de rollen en het initiatief tot handelen. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat steeds meer data niet enkel heen en weer vloeien tussen arts en patiënt, maar ook langs grote technologiespelers, ziekenhuisgroepen, industriële spelers (bijvoorbeeld farmaceutische) en verzekeraars.

Gezondheidsdata worden meer en meer een nieuwe economische opportuniteit, waar de huisarts door de

vaak individuele of kleinschalige organisatievorm op achterstand staat tegenover grote spelers.

Ecologische veranderingen: een omgeving met impact

De 20e eeuw wordt omschreven als een eeuw van ongebreidelde groei en economische ontwikkeling, vaak ten koste van het milieu, de omgeving en de gezondheid. De impact van de omgeving op de gezondheid wordt echter steeds meer zichtbaar. De mens is zich in toenemende mate bewust van deze impact en ziet de nefaste rol van haar handelen. Mensen in de buurt van vervuilde of storende activiteit worden actiever en komen in actie. Dit activisme stijgt naarmate de effecten van klimaatverandering op maatschappelijk en gezondheidsvlak dichterbij komen, voelbaarder worden en groeien. Soms nemen ook artsen een actieve rol op in het aanpakken van problematische situaties, bijvoorbeeld bij kwalijke geluidsoverlast in de buurt van luchthavens of luchtvervuiling langs verkeersaders. Hiertegenover staat helaas ook desinformatie waarbij activisme andere vormen aanneemt en de mening van artsen en wetenschappers in twijfel wordt getrokken of ondermijnd. Tijdens de COVID-19-pandemie werd duidelijk zichtbaar hoe voor een deel van de bevolking medische wetenschap weggerelativeerd kan worden.

Politieke/institutionele veranderingen: ontvoogding van de arts

De arts was lang één van de 'vaderfiguren' in het dorp, naast de priester, de schoolmeester en de burgemeester. Vaak had hij/zij een belangrijke vertrouwensrol en wist daarmee op basis van zijn/haar positie van autoriteit impact te hebben en gedragsverandering te bekomen. De ontvoogding van de maatschappij leidde tot een afbraak van deze posities. Vandaag wordt de huisarts mede door de opkomst van het internet en de verschuiving van het informatiemonopolie niet langer zomaar geloofd of gevolgd. In een steeds complex wordende wereld met een overaanbod aan

informatie, wetenschaps- en waarheidsondermijning is het zoeken naar een positie voor de huisarts als bron van kennis en inzicht.

Vanuit welke invalshoek we ook naar het verleden kijken, we zien dat brede maatschappelijke veranderingen telkens weer nieuwe uitdagingen meebrachten voor de huisarts en de zorg. Vandaag is dat niet anders. Volgens sommigen leven we vandaag zelfs in een tijd van versnelling van verandering en dus uitdagingen. Denk bijvoorbeeld aan de impact van een pandemie als COVID-19, maatschappelijke kloofvorming, geopolitieke strijd en oorlog, inflatie en economische crisis en zeker klimaatverandering. Deze fenomenen vormen mee de uitdagingen van onze tijd. Zij en andere zullen bijgevolg ook hun indruk nalaten op de gezondheidszorg in het algemeen en de huisartsenpraktijk in het bijzonder.

De impact van COVID-19

Ons visievormingstraject is voor een groot deel tijdens de COVID-19-periode doorlopen. Bij de verschillende bevestigingen en werksessies was de pandemie in haar verschillende fases een realiteit waar huisartsen in de frontlijn mee geconfronteerd werden en nog steeds worden. De impact van deze disruptie schijnt bijgevolg ook door in de resultaten van de verschillende stappen die we gezet hebben in de toekomstverkenning. Huisartsen benadrukten bijvoorbeeld de toename van administratieve druk, van niet aflatend telefoonverkeer, de toegenomen werkdruk als gevolg van meer testen en de continue toestroom van patiënten. In de perceptie van velen, leidde het tot een rolverschuiving van de huisartsen die als onwenselijk wordt beschouwd. Daarnaast bleef de financiële impact van de crisis voor de meesten beperkt. Verschillende evoluties waren mogelijk voorafgaand aan de pandemie al aan de orde, maar werden plots versneld of sterker blootgelegd.

Als we statistisch kijken naar de bevestiging die we hebben uitgevoerd, dan blijkt al gauw dat de extra druk op de huisarts vooral veroorzaakt werd door het stijgende aantal teleconsultaties, telefoons en emails (aangegeven door circa 70% van de huisartsen) en de stijgende druk door administratie en attesten schrijven (bij ruim 30% van de huisartsen). Dit beeld komt ook overeen met recente uitingen in de media, omtrent de druk bij huisartsen en de eerste lijn. Velen gaven aan dat ze de administratie vaak nutteloos vinden. Ook stoorden velen zich aan onredelijkheid bij patiënten of onnodige belasting voor huisartsen door informatievragen waarvoor de antwoorden reeds elders beschikbaar waren. Vaak werden deze fenomenen bovendien gekoppeld aan stijgende stress, negatieve impact op het privéleven enz.

Men wees op de stijgende druk die meer testen en de nodige opvolging van laboresultaten met zich meebracht. Enkele artsen verwezen ook naar de meer algemene impact van COVID-19 en de steeds wijzigende richtlijnen die hen veel opvolging kostten en vaak ook veel informatie en opleiding aan patiënten en medewerkers nodig maakten. Ook moesten velen geregeld opnieuw nadenken over de organisatie van de praktijk. Daarnaast leidde de continue opvolging soms ook tot meer stress en werken op andere momenten dan normaal. Bij meerdere huisartsen steeg soms ook het aantal patiënten. De ene keer kwam dat puur door de verspreiding van COVID-19, de andere keer omdat een collega in de omgeving of in de eigen praktijk onder de druk was bezweken, was gestopt of ziek geworden. Ook hebben de meesten meer wachtdiensten moeten verzorgen.

Kortom, COVID-19 heeft de huisartsensector verder onder druk gezet en ook reeds aanwezige zwakke punten in het systeem verder uitgelicht, punten waaraan ook deze visievorming aandacht besteedt.

3. Toekomstverkenning

3.1. Inleiding

Vandaag zien we een aantal tendenzen en ontwikkelingen ontstaan die in 2030 mogelijk van invloed zullen zijn op de huisartsenpraktijk. Sommige bevinden zich nog in de kiemfase van eerste maatschappelijke uitingen, andere zijn al in volle ontwikkeling en oefenen reeds een stevige impact uit op bijvoorbeeld de gezondheidszorg of andere maatschappelijke domeinen. We leven in tijden waarin veranderingen snel gaan, deels door snel voortschrijdend wetenschappelijk en technologisch inzicht en ontwikkelingen, deels door schokken, abrupte gebeurtenissen die onze wereld door elkaar schudden. Onderstaand overzicht van enkele actuele tendenzen waarrond werd gereflecteerd, schetst uiteindelijk een aantal kernuitdagingen waarvoor de sector staat en waarop - middels de visie 2030 - antwoorden moeten worden gevonden.

3.2. Impact van de veranderende samenleving op de huisarts

Onze samenleving kent een aantal tendenzen die de huisartsenpraktijk voor nieuwe uitdagingen stellen. Deze zijn vaak generiek, maar manifesteren zich op een specifieke manier binnen de context van de huisartsenpraktijk of we zien hoe impacts uit andere sectoren zomaar zouden kunnen overwaaien naar de huisartsenpraktijk. Een stijgende diversiteit, meer aandacht voor

de leefomgeving, een vertrouwensdaling in 'gezag' en de impact van technologie wegen bijvoorbeeld - direct of indirect - reeds door op de huisartsenpraktijk.

De kloofvorming in de maatschappij neemt toe via diverse breuklijnen. De COVID-19 pandemie heeft deze nogmaals sterker aan het oppervlak gebracht, maar eigenlijk was dit proces al langer gaande. Met de stijgende impact van de klimaatverandering en de samenvloeiing van een aantal andere discontinuïteiten en crisissen neemt de onrust toe. In toenemende mate zien we hoe mensen die niet langer gezag vertrouwen, die overheden en instituties, maar ook feiten en kennis wantrouwen, mekaar vinden in de echokamers van vooral sociale media, waar complottheorieën welig tieren. Steeds vaker leidt dit tot expliciete en in enkele gevallen ook tot gewelddadige confrontaties, zoals bij de 'gele hesjes', 'corona-protesten' of marsen rondom de stikstofproblematiek. Tegelijkertijd vallen bepaalde maatschappelijke groepen door armoede, sociale uitsluiting of taal- en cultuurverschillen eveneens buiten de boot. Waar de geneeskunde lange tijd nog een baken van vertrouwen was over groepen heen, stellen we vandaag vast dat dit vertrouwen bij bepaalde groepen ook wankelt of is verdwenen. Feitelijke kennis komt meer en meer onder druk te staan, waarbij we zelfs spreken over een 'post-truth-samenleving'. **De vraag is dan hoe huisartsen in hun concrete context wel het vertrou-**

wen kunnen blijven genieten en verbinding kunnen houden met de bevolking, die overigens cultureel steeds diverser wordt. Deze uitdaging is niet min, want de breuklijnen vergroten een problematiek van financiële en socio-economische ongelijkheid verder uit.

Daar staat tegenover dat preventie steeds meer aandacht krijgt in onze samenleving. Een gezonde levensstijl wordt niet enkel meer door de overheid of de geneeskunde nagestreefd, maar wordt ook gepromoot door technologiebedrijven die expliciet inzetten op gezondheid, medicatietrouw, valpreventie of conditieverbetering. Ook sectoren zoals de supermarkten en de voedingsindustrie zetten mee in op gezonde voeding. Weliswaar is dit vanuit commerciële belangen, maar het loont stil te staan bij de vaststelling dat de budgetten die voor deze spelers beschikbaar zijn om een gezonde levensstijl te promoten vaak groter zijn dan deze van overheden. Ook de impact van de leef- en werkomgeving op de fysieke en mentale gezondheid wordt steeds meer onderkend. **De uitdaging is dan ook hoe huisartsen kunnen inpakken op deze evolutie naar preventie en levensstijlsturing en ook patiënten kunnen adviseren welke de juiste of meest effectieve handelingen zijn in een zee van keuzemogelijkheden.**

De impact van technologie op de samenleving valt niet te onderschatten. AR/VR, AI, biotechnologie, genetica en robotica brengen betekenisvolle veranderingen en nieuwe mogelijkheden mee op tal van terreinen. Zo ook in de gezondheidszorg, zowel voor arts als patiënt. Nieuwe technologieën openen meer dan eens de weg naar nieuwe behandelingsmogelijkheden of mogelijkheden om mensen op te volgen. Ook op vlak van gezondheidsbevordering en preventie dragen deze technologieën bij.

Apps en slimme gadgets, stilaan ook implantaten, maken opgang en zorgen ervoor dat mensen in toenemende mate zelf hun gezondheidsevolutie kunnen kwantificeren of bijsturen, in real-time en vanop afstand, handmatig of met behulp van AI. De opkomst van internet heeft al gemaakt dat de informatie ruimer toegankelijk is, maar brengt ook uitdagingen mee op vlak van privacy en de verschuiving van machtsverhou-

dingen. De eerste stappen naar human enhancement (het uitbreiden van menselijke capaciteiten met behulp van technologie) worden ook gezet, waarbij mensen hun grenzen steeds verder willen verleggen, zowel op vlak van lichaam als geest. **Als huisarts standhouden in een wereld waar technologie en vooral data onvermijdelijk een impact hebben op de gezondheid en op de relatie tussen patiënt en zorgverlener is een stevige uitdaging op zich.** Al deze technologie heeft ook een impact op de wijze waarop we ons organiseren en werken. Nieuwe werkvormen en organisatievormen maken hun opgang, waarbij vooral voor heel complexe problematieken de zogenaamde netwerkorganisaties, zijnde lossere samenhangen van diverse organisaties rond een concreet probleem, aan interesse winnen.

3.3. Impact van de veranderende patiënt op de huisarts

Patiënten van vandaag zijn niet zomaar dezelfde als vroeger. De invloed van verschillende van de eerder geschetste evoluties op de maatschappij leidt tot brede veranderingen in waarde- en gedragspatronen ook bij de patiënt. De beschikbaarheid van informatie en toegang tot bepaalde technologieën, maar ook wijzigingen in opleiding en opvoeding, in werk- en leefpatronen, maken dat de patiënt zich ook anders opstelt ten opzichte van de zorgverlener. We krijgen in de huisartsenpraktijk - naast de 'oude' patiënt - tegelijkertijd ook te maken met een gemiddeld gezien andere patiënt dan vroeger. De diversiteit in de praktijk stijgt dus, in al zijn betekenissen en het is aan de huisarts om met deze diversiteit te leren omgaan.

Patiënten hebben veel meer dan vroeger toegang tot technologie en informatie. En ze weten langzamerhand ook beter hoe deze te gebruiken, naar waarde te schatten en te interpreteren. De pejoratieve visie op 'dokter Google' kantelt naarmate de patiënt via technologie toegang krijgt tot betere informatie, betrouwbardere longitudinale datametingen en hij/zij de informatiestroom ook beter weet te interpreteren. Hoewel dit vandaag geldt voor slechts een deel van de patiënten, groeit deze groep. De digitale kloof blijft echter een aandachtspunt, waarbij niet enkel het 'niet

Hoe kijken de huisartsen zelf naar toekomstige tendenzen?

Van een aantal ontwikkelingen heeft het merendeel van de huisartsen aangegeven dat ze herkenbaar zijn en dat ze als huisarts er ook al op anticiperen. Zeer herkenbaar is bijvoorbeeld de toename van multimorbiditeit als gevolg van de vergrijzing, waarop men aangeeft relatief goed te zijn voorbereid. De vergrijzing speelt echter ook bij de huisartsen zelf.

Wat ontwikkelingen betreft ziet men ook binnen de eigen werkwijze:

- Een geleidelijke switch naar een gemengd financieringsmodel
- De toename van telegeneeskunde (al is dit duidelijk geënt en beperkt tot de huidige vorm en is men zich minder bewust van andere aanstaande vormen die dit de komende jaren naar verwachting zal aannemen)
- De privatisering van de gezondheidszorg
- De afname van het aantal huisartsen (mede door vergrijzing) en de toenemende werkdruk
- De betaalbaarheid van de zorg die verder onder druk komt te staan

Ook de versnelling van de ontwikkeling van geneesmiddelen en therapieën is een herkenbare ontwikkeling voor huisartsen. Eveneens herkenbaar zijn:

- Toenemende maatschappelijke kloofvorming en armoede
- Veranderende levensstijlen van mensen en dus ook de hiermee gepaard gaande ziekte/gezondheidspatronen
- De groeiende culturele diversiteit van de samenleving en daarmee ook die van de gezondheidsproblematieken en de belevingen ervan
- De impact van de leef/werkomgeving op de mens (waaronder milieukwaliteiten, zintuiglijke beleving etc.) die in toenemende mate wordt erkend (zowel in fysieke als mentale zin)

- Nieuwe technologieën die hun intrede doen ter ondersteuning of bevordering van de gezondheid van mensen (denk aan inslikbare sensoren, slimme pleisters, wearables en implantaten)
- De toenemende aandacht voor/zorg om mentale gezondheid in de samenleving
- De voortschrijdende digitalisering in algemene zin (incl. digitale kloof) en de opkomst van specifieke technologieën (bijvoorbeeld AI, AR/VR, genetica, biotechnologie, ...)
- Klimaatverandering (in termen van klimaatexcessen zoals overstromingen, storm, hitte) en de bijbehorende vluchtelingenproblematiek
- De toenemende druk op de leefomgeving / natuur en een groeiend besef van de verstrengeling van mensen en menselijk welzijn hiermee
- De groeiende nood aan/belang van preventie in de samenleving

Niet iedereen is ervan overtuigd dat mensen meer verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid zullen nemen in de toekomst.

Tot slot zijn er ook een aantal categorieën van ontwikkelingen die minder lijken te resoneren bij de huisartsen. Ze zijn vandaag de dag nog minder herkenbaar of bekend, wellicht minder zichtbaar op het eigen terrein ook. Bijgevolg geeft men ook vaker aan hierop niet voorbereid te zijn. Het gaat om ontwikkelingen als:

- Nieuwe organisatiemodellen die hun opmars maken in de werkomgeving. Denk aan bijvoorbeeld vlakke, meer zelfsturende organisatievormen.
- Gepersonaliseerde geneeskunde, bijvoorbeeld op basis van genetische profilering.
- De mens die zoekt naar technologische - en dus ook medische - interventies ter uitbreiding van zijn/haar fysieke of mentale capaciteiten (human enhancement). Denk hierbij aan medische en andere interventies die niet langer gaan om het herstellen of het op peil houden van de algemene gezondheid, maar het uitbreiden en verbeteren van ons lichamelijk en mentaal kunnen.

kunnen volgen' bij enkelen ook doorslaat naar 'het zich afkeren van' technologie als zodanig. **Huisartsen moeten leren omgaan met enerzijds steeds beter geïnformeerde patiënten met een breed arsenaal aan data betreffende en inzicht in de eigen gezondheid, en met de verwachting dat de huisarts hiermee ook aan de slag gaat. Anderzijds moeten deze ook omgaan met mensen die niet meekunnen of meewillen in het technologisch verhaal en zoekende zijn naar eenvoudige antwoorden (die niet altijd te bieden zijn).**

Patiënten leven gemiddeld gezien langer en langer actief en gezond. De stilaan piekende vergrijzing betekent tevens een toename van complexe multimorbiditeit en van de bijbehorende chronische zorg voor deze aandoeningen. Deze maakt een steeds groter deel uit van het totale zorgpakket en vereist ook meer coördinatie en samenwerking. Algemeen gezien krijgen huisartsen meer te maken met een nood van de patiënt aan meer mentale bijstand en zorg op jonge en op latere leeftijd. Mishandelings- en verslavingsproblematieken en psychiatrische problematieken stijgen sterk en zijn complex van aard. Daarbij komt dat patiënten meer en meer rondshoppen in het zorglandschap (en daarbuiten) en ad hoc, pro-actief en onmiddellijke oplossingen verwachten.

3.4. Impact van de veranderende zorgsector op de huisarts

Maatschappelijke veranderingen en een veranderende patiëntenpopulatie hebben uiteraard een invloed op de zorgsector, de (eerstelijns)zorg en de huisarts. De huisartsenpraktijk staat namelijk niet los van de maatschappij. Ook de zorgsector zelf kent echter haar eigen autonome dynamiek met impact op de huisartsenpraktijk.

Steeds complexere zorgbehoeften, onder andere door maatschappelijke en psychologische problematieken alsook stijgende chronische aandoeningen vereisen een nieuw, beter aangepast organisatie-model, bijvoorbeeld in de vorm van netwerkorganisaties (onder andere eerstelijnszones). **De vraag is dan ook hoe de huisartsenpraktijk van de toekomst eruit kan zien, ingepast**

in een breed netwerk van multidisciplinaire spelers uit alle hoeken en lagen van de gezondheidszorg (en daarbuiten).

Immers, naast bestaande partijen zoals de farmaceutische industrie en verzekeraars, dingen ook nieuwe commerciële spelers, platformen en technologiebedrijven naar de patiënt en bieden nieuwe zorg gerelateerde diensten aan. Deze sturen deels aan op een verdere privatisering van de zorg en zijn niet altijd de juiste keuze voor de patiënt, maar ze bieden soms ook een niveau van dienstverlening dat zeer hoogstaand is en dus aantrekkelijk voor wie het kan betalen. **Huisartsen staan voor een uitdaging hoe ze samenwerken met deze nieuwe partijen op de markt.** Dat doen ze in een wereld waar zorgkwaliteit steeds breder wordt gedefinieerd en dus samenwerking wel noodzakelijk is om zowel voor de patiënt, de omgeving, het zorgsysteem en de kosten op hoog kwalitatief niveau mee te kunnen spelen.

Op vlak van technologie krijgt de zorgsector te maken met een enorme versnelling, bijvoorbeeld in de ontwikkeling van geneesmiddelen (denk onder andere aan de recente successen van mRNA-technologie). De druk op huisartsen om bij te blijven in een steeds breder en zich sneller ontwikkelend zorglandschap groeit, alsook de vraag en noodzaak om positie te kiezen hierbinnen als onafhankelijke adviseur van de patiënt. Ook de opkomst van gepersonaliseerde geneeskunde waarbij de strijd gaande is om de data van de patiënt, brengt nieuwe uitdagingen met zich mee. **Huisartsen moeten positie bepalen in een snel groter wordend datalandschap met heel wat grote spelers.**

3.5. Impact van de veranderende huisartsensector op de huisarts zelf

Los van de impact van ontwikkelingen in de brede gezondheidszorg, kent ook de huisartsensector op zich dynamieken die de toekomstige uitdagingen beïnvloeden. Het huisartsenkorps kent onder andere twee elkaar versterkende bewegingen die beide leiden tot groeiende en meer voelbare aanbod schaarste, vooral in specifieke regio's. Zo is er enerzijds de vergrijzing

van het huisartsenkorps die leidt tot een grote uitstroom en anderzijds een wijzigende mentaliteit van huisartsen die een andere work-life balance nastreven en bijvoorbeeld strakker wensen af te bakenen hoeveel uren ze wanneer presteren en welke wachtdiensten ze al dan niet opnemen. **De uitdaging voor huisartsen is om te kiezen welke taken ze absoluut zelf moeten vervullen en welke ze kunnen uitbesteden om hun schaarser wordende beschikbaarheid optimaal in te zetten. Deze evolutie noopt automatisch tot een meer multidisciplinaire (net)werking.**

Tot slot is er ook de kanteling naar forfaitaire vergoedingen. De financiering richt zich vandaag de dag nog zeer sterk op prestaties en verhindert daardoor enigszins de aandacht voor de complexe onderliggende fenomenen, maar de eerste stappen naar een meer netwerkgerichte financiering en financiering van coördinatie zijn - hoe wel momenteel nog zeer beperkt - stilaan merkbaar. **De sector staat voor een zeer grote uitdaging om een financieringsmodel te ontwikkelen dat enerzijds de individuele huisarts voldoende verloont om de job aantrekkelijk te houden en anderzijds ook de noodzakelijke netwerkgerichte werking en coördinatie financiert.**

3.6. Deze toekomstige ontwikkelingen leiden tot nieuwe uitdagingen voor de huisarts

Naar de toekomst toe komen er tal van veranderingen - zowel plotse als graduele veranderingen - op huisartsen af die hun invloed zullen hebben op de noden en behoeften van patiënten en de wijze waarop er voor die patiënt gezorgd kan worden. De verwachting is dat dit tot verstrekende wijzigingen in het zorglandschap zal leiden. Of we willen of niet, golven van verandering komen eraan en dwingen tot anticiperende actie. Sommige vertonen parallellen met patronen van verandering uit het verleden, andere zijn nieuw, maar elk brengen ze uitdagingen met zich mee.

Zo staan de huisartsen voor de continue uitdaging om zorg te voorzien die inspeelt op de nieuwe (fysische en psychosociale) noden en behoeften van de patiënt die steeds diverser en ouder wordt, voor een deel ook veel-

eisender, maar niet noodzakelijk beter geïnformeerd. Het besef groeit dat preventieve acties vaak leiden tot een veel grotere gezondheidswinst, ook al vragen ze zowel patiënt als huisarts wellicht om af en toe buiten hun comfortzone te treden. Het managen van de verwachtingen van patiënten en het hen ondersteunen in het maken van de juiste keuzes - met respect voor nuances en voortschrijdend inzicht - wordt een steeds crucialere rol.

Groeierende veeleisendheid zal er ook zijn op vlak van de aard van de geboden zorg, die evidence based, state-of-the-art en kwalitatief zal moeten zijn. Hierbij dient medische en praktijkkennis snel(ler) worden uitgewisseld tussen de betrokken actoren en in de praktijk worden gebracht. Het gevecht om waardering en bescherming van de wetenschappelijke basis in de zorg zal gevoerd moeten worden, temidden van een landschap van steeds kritischere stemmen waarin persoonlijke visies op gezondheid belangrijk worden gevonden, maar niet altijd stroken met wetenschappelijke en feitelijke kennis.

Naar de toekomst toe wordt verwacht dat de uitvoering van zorgtaken steeds meer hybride vormen zal aannemen, waarbij een combinatie van fysiek consult en telegeneeskunde de norm zal worden. Hierbij is het niet gezegd dat alle taken van consult tot coördinatie door (dezelfde) huisarts zullen worden uitgevoerd. Vanuit een gedeeld streven naar kwaliteitsvolle zorg en zorgimpact, is dit noodzakelijk maar ook enkel mogelijk vanuit nieuwe, multidisciplinaire en netwerkgerichte organisatievormen rond complexe problematieken. Het identificeren en werkbaar maken van een veelvoud van deze structuren, zal een enorme uitdaging voor de hele huisartsensector en de eerstelijnszorg zijn. Hierbij komt tevens de uitdaging hoe positie te bepalen in relatie tot de groeiende groep commerciële partijen - bestaande en toekomstige - die ook steeds meer rechtstreeks gaan interageren met patiënten, al dan niet via een eigen aanbod aan (deels) zorgdiensten. Denk hierbij aan verzekeringsmaatschappijen en farmaceutische spelers, maar evenzeer grote ziekenhuisgroepen, technologie- of dataspelers.

De huidige manier waarop huisartsen georganiseerd zijn is vooralsnog onvoldoende aangepast om met deze nieuwe multidisciplinaire uitdagingen om te gaan. Meer, langdurigere en complexere zorg voorzien in samenwerking met andere professionals, terwijl ook de werkdruk toeneemt, legt in de huidige vorm een beslag op de gezondheid en het welzijn van de huisarts. Huisartsen een gezond en haalbaar carrièrepad kunnen aanbieden en de noodzakelijke ondersteuning bieden om zich te bewegen in het nieuwe zorglandschap is cruciaal naar de toekomst toe.

Vele huisartsen kijken vandaag nog met enige vorm van frustratie en argwaan naar de hen omringende technologie en technologische beloftes naar de toekomst toe. Meerdere redenen worden hiervoor aangehaald. Enerzijds laat de kwaliteit van de toepassingen die ze vandaag gebruiken op vele fronten nog te wensen over. Anderzijds zijn de technologische mogelijkheden die de praktijkwerking kunnen ondersteunen niet steeds gekend, ook al worden ze soms al zeer succesvol gebruikt in andere sectoren.

Naarmate kwaliteit, betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid toenemen, rijst ook opnieuw de vraag welke positie huisartsen in de toekomst idealiter innemen ten opzichte van grote technologiespelers. Data vertegenwoordigen waarde en macht. Nog te weinig huisartsen zien vandaag de waarde van hun positie in het beheer van die data en besteden dit liever uit. Maar de informatiepositie die ze hebben heeft ook waarde voor de patiënt en anderen. De verschillende soorten beschikbare data op doordachte wijze gebruiken, zal dus steeds crucialer worden om patiënten goede zorg te bieden. De huisartsensector moet dan ook positie kiezen in het datalandschap waarbij grote spelers duidelijk op zoek zijn naar de data die huisartsen en patiënten genereren.

Huisartsen zijn er zich van bewust dat de omgeving van patiënten een grote impact heeft op hun gezondheid. Niet enkel de directe woonomgeving, maar ook de wijk en het stadsbeeld waarin patiënten wonen hebben invloed op de fysieke en mentale gezondheid. Het is dan ook een uitdaging voor huisartsen om zo goed mogelijk in te spelen op en rekening te houden met de kenmer-

ken van de omgeving van de praktijk zodat er meer maatwerk geleverd kan worden en ook anticiperend (en dus effectiever en efficiënter) kan worden gewerkt.

Huisartsen hebben door hun bijzondere band met de patiënt, de wijk en de eerstelijnsorganisatie een unieke positie binnen het zorglandschap. Deze positie leidt vandaag niet steeds tot de nodige beleidsimpact. De diversiteit binnen de eigen sector maakt het ook moeilijk om krachtige en éénvormige beleidsimpact na te streven. Maar de huisarts kan wel meer wegen op het beleid (onder meer via de Kringen) zodat de randvoorwaarden voor een optimalere setting voor huisartsen en patiënten haalbaar worden. De schaarste aan huisartsen door vergrijzing en generaties die verschillen kan hierbij niet enkel als belemmering gelden, maar ook worden aangewend in de onderhandelingspositie.

Daarom is het cruciaal dat huisartsen de kans grijpen om een eigen voorstel te maken van nieuwe organisatie modellen voor de sector, de huisartsenpraktijk en daaraan gekoppeld nieuwe financieringsmodellen. Hiervoor zal men buiten de gekende paden moeten treden, alsook inspiratie opdoen in andere landen en sectoren. Wat is de positie van huisartsen ten opzichte van patiënten met een complexe zorgvraag? Met wie en hoe werken huisartsen samen rond patiënten en in welke verbanden? Hoe organiseert de huisarts zijn/haar praktijk en hoe wordt deze gefinancierd? Een eenduidig werkingsprofiel en kader aan kerntaken moet gematcht worden met een zorglandschap van hoge diversiteit en met regionale en contextuele verschillen tussen praktijken. Met het aangaan van deze uitdagingen kunnen huisartsen de hele sector toekomstbestendiger en veerkrachtiger maken, maar ook beter bestand zijn tegen graduele én plotse veranderingen.





4. Stip aan de horizon

4.1. Inleiding

Hoe spelen we in op de uitdagingen die voor ons liggen? Het gaat hierbij om uitdagingen die anno 2022 al spelen en uitdagingen die we de komende jaren nog mogen verwachten. Bij het schetsen van de visie worden beide centraal gesteld vanuit de noden en vragen in de samenleving.

Met deze toekomstvisie spelen we in op toekomstige veranderingen, die bedreigingen en opportuniteiten voor de huisartsen impliceren. Ze geeft handvaten om toekomstbestendiger te opereren in een snel veranderende maatschappelijke context. De toekomstvisie stelt ook kernwaarden voor de sector centraal, waarden die - welke evoluties men ook doormaakt - de kern van het beroep blijven omschrijven, waarden die de ziel uitmaken van het huisarts zijn. Deze waarden maakten dat we ooit droomden om deze job te mogen uitoefenen, die ons de dagelijkse voldoening geven en de passie om door te gaan, die maken dat huisartsgeneeskunde niet zomaar een beroep is maar als het ware een roeping. Ze beschrijven onze unieke positie en maken dat een huisarts een huisarts is en niet een ander specialisme of zorgberoep.

We hebben ze uit de bevragingen, online-sessies, gesprekken, tijdens dit traject trachten te distilleren en kwamen tot deze vijf kernwaarden die de basis vormen voor onze toekomstvisie:

1. huisartsen staan in voor medisch-generalistische zorg
2. huisartsen bieden gepersonaliseerde zorg
3. huisartsen zijn teamspelers
4. huisartsen zetten zich in voor de publieke gezondheid
5. huisartsen zijn mensen met goesting in het vak

In deze visie omarmen we de waarden van het Quintuple Aim model dat streeft naar:

- het verbeteren van de gezondheidstoestand op populatieniveau
- het verbeteren van de zorgervaring van patiënten
- het reduceren van kosten in de zorg en zodoende de waarde voor patiënten met een ondersteuningsbehoefte op het vlak van zorg en welzijn verhogen
- het verbeteren van de werkomstandigheden voor huisartsen zodat ze hun werk op een gezonde, evenwichtige en kwaliteitsvolle manier kunnen doen
- meer sociale rechtvaardigheid en inclusie in het zorgaanbod, met extra oog voor de kwetsbaren

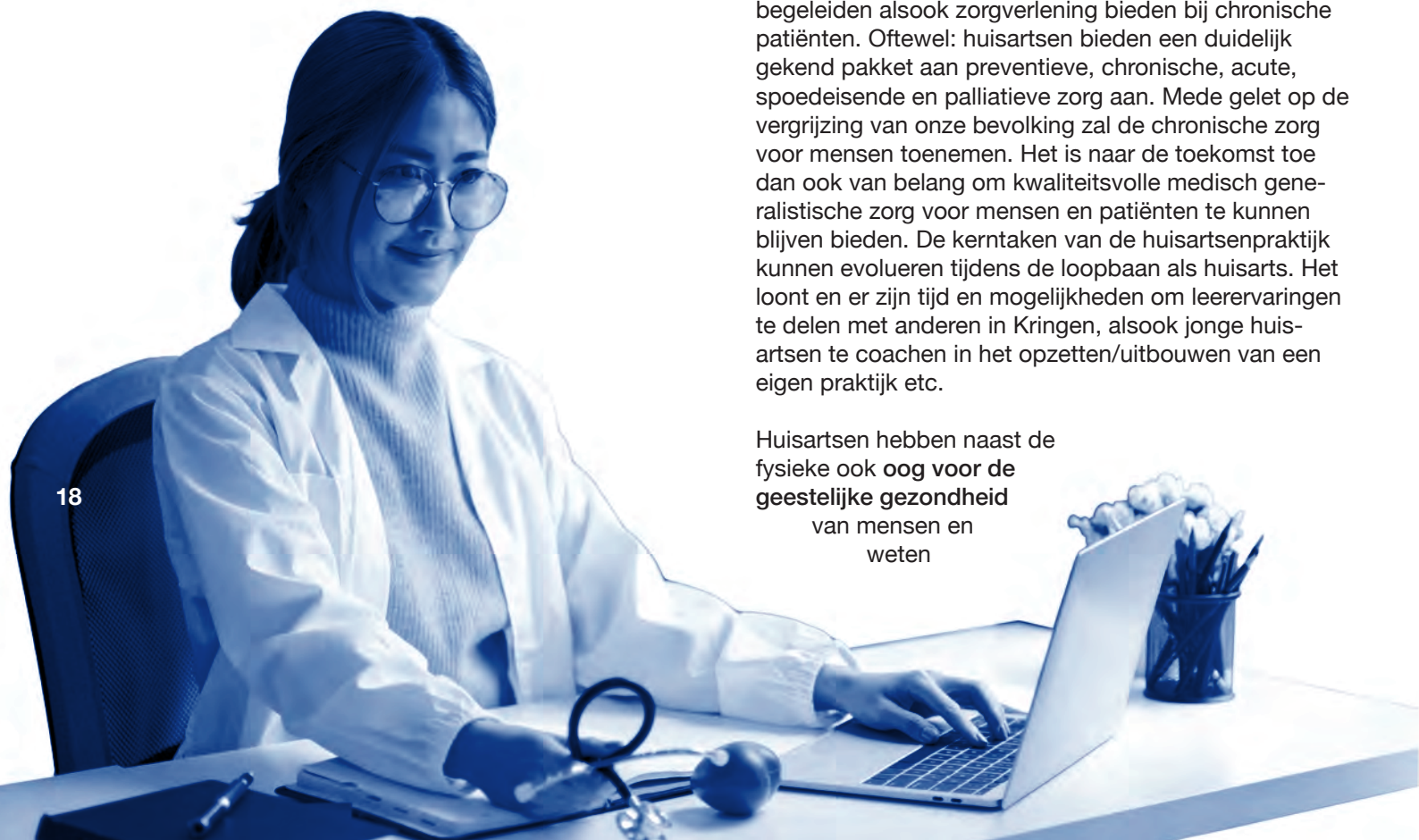
Wij houden er rekening mee dat we de komende jaren nog te maken zullen hebben met tekorten aan mensen en middelen om de taken van de eerstelijnszorg op te nemen. Daarvoor zullen noodscenario's worden ingezet. Ondertussen zal er ook hard gewerkt worden aan een toekomstbestendige huisartsensector in Vlaanderen en (Nederlandstalig) Brussel, conform de toekomstvisie. Het besef leeft dat voor sommige huisartsen de visie zeer ambitieus zal zijn en dus een langere weg beschrijft dan voor anderen. Vanwege deze 'kloof' is het erg belangrijk dat huisartsen elkaar helpen en coachen in de transitie naar een nieuw evenwicht in de sector. In de hierna volgende beschrijving wanen we ons even in 2030 en schetsen een ideaalbeeld voor de huisartsensector.

4.2. Huisartsen in 2030: de huisarts als medisch generalist

Huisartsen zijn medisch generalisten en dé medische sleutelfiguren in de zorg. Ze zijn tegelijkertijd poortwachter en gids van patiënten doorheen het zorglandschap. De huisartsenpraktijk biedt daarom een duidelijk pakket aan preventieve, acute, chronische, spoedeisende en palliatieve zorg, kortom medisch-generalistische zorg aan. Huisartsen streven naar een langdurige arts-patiënt relatie. De praktijk is 24 uur per dag beschikbaar voor medisch urgente gezondheidsproblemen.

De kerntaak van de huisartsenpraktijk blijft geneeskunde en gaat over: gezondheidsproblemen voorkomen, klachten doorgronden en een goede aanpak voorzien, patiënten behandelen, opvolgen, doorverwijzen en begeleiden alsook zorgverlening bieden bij chronische patiënten. Oftewel: huisartsen bieden een duidelijk gekend pakket aan preventieve, chronische, acute, spoedeisende en palliatieve zorg aan. Mede gelet op de vergrijzing van onze bevolking zal de chronische zorg voor mensen toenemen. Het is naar de toekomst toe dan ook van belang om kwaliteitsvolle medisch generalistische zorg voor mensen en patiënten te kunnen blijven bieden. De kerntaken van de huisartsenpraktijk kunnen evolueren tijdens de loopbaan als huisarts. Het loont en er zijn tijd en mogelijkheden om leerervaringen te delen met anderen in Kringen, alsook jonge huisartsen te coachen in het opzetten/uitbouwen van een eigen praktijk etc.

Huisartsen hebben naast de fysieke ook oog voor de geestelijke gezondheid van mensen en weten



hen naar de juiste deskundigen door te verwijzen. De kennis omtrent de wisselwerking fysieke en mentale gezondheid en de fysieke en sociale leefomgeving is versterkt. Dankzij goede opleiding en intervisie met experts op vlak van de geestelijke gezondheidszorg zijn huisartsen op dit vlak goed uitgerust.

De huisarts is als medisch generalist **poortwachter en gids** voor de patiënt, zijn/haar leven lang, en fungeert dus als doorverwijzer in het zorglandschap. Hij/zij **houdt overzicht** over de volledige gezondheidstoestand en -beleving van de patiënt over alle specialisaties heen en biedt een doelgerichte zorgkadering op maat van de patiënt. Dankzij een performante echelonnering, waardoor wachtlijsten korter worden, kan je als huisarts patiënten sneller doorverwijzen. Patiënten worden gecoacht op hun persoonlijke zorgpad in het uitdijende zorglandschap. De huisarts weet dan ook goed wie wat doet in de verschillende lijnen van de zorg en aanverwante domeinen.

Wachtdiensten behoren nog steeds tot het takenpakket van huisartsen maar zijn wel **verder geprofessionaliseerd**. Er wordt een evenwicht gezocht tussen de persoonlijke noden van de huisarts, de lokale noden van het wachtgebied en het solidariteitsprincipe om wachten uit te voeren. Wie dan wenst, kan er ook voor kiezen om full time wachtdienst te draaien. Dankzij een goede triage en een goede voorlichting aan patiënten, ziet de huisarts ook enkel die mensen die echt behoefte aan een wachtdienst hebben.

Anno 2030, is de huisarts zelf aanzienlijk **minder met administratieve zaken bezig**. Het tijdperk van de huisarts als 'attestoloog' ligt gelukkig achter ons. Ook zijn de administratieve handelingen die moeten gebeuren vereenvoudigd, uniformer en digitaal (denk bijvoorbeeld aan digitale, uniforme verwijsbrieven). Slimme technologie ondersteunt om gedeeltelijk of volledig routinetaken over te nemen (waaronder administratie, opvolgen van standaardparameters, technische handelingen).

Het huisartsenvak is een **aantrekkelijk vak**. Het trekt veel jonge mensen aan in hun studiekeuze. Doorheen de studie hanteren opleidingen ook een eerlijk, up to

date en duidelijk beeld waar huisartsgeneeskunde voor staat en hoe het leven van de huisarts eruit ziet. Dankzij een **heldere positionering** van de huisarts, is er ook **meer waardering** voor het beroep en zij die ervoor kiezen.

Huisartsen handelen op basis van state of the art kennis inzake zorg en benutten de hen geboden ruimte om **continu bij te leren** aan de hand van (evidence based) onderzoek en experts, alsook ervaringdeskundige collega's. De geboden leeropportunities vinden niet enkel plaats in de schoolbanken (via kwalitatief onderwijs) maar gebruiken een brede waaier aan moderne media (bijvoorbeeld AR/VR, podcasts, video) en nieuwe leervormen. De snelheid en diepgang waarmee kennis doorstroomt en insijpelt tot op de werkvloer van de huisartsenpraktijken wordt opgevolgd en waar nodig

Arts en patiënt worden ondersteund door een goed, wederom patiëntgecentreerd informatiesysteem (EMD/ welzijnsdossier) waartoe betrokken medische en andere zorggerelateerde professionals toegang hebben volgens weloverwogen lees-/schrijfrechten en -plichten. Dossiervorming is patiëntgecentreerd (niet arts/zorginstellinggecentreerd). Hoewel professionals hun keuze kunnen maken uit diverse softwarepakketten voor dossierbeheer, zijn deze interoperabel met het patiëntdossier. Ook de patiënt zelf en eventueel zijn/haar datagenererende instrumenten (cf. smartwatch, slimme pleister, prothese/implantaat, etc.) hebben toegang tot het dossier, kan dit raadplegen maar ook aanvullen. Los van feitelijke data is hierin ook plaats voor zorgbeleving. De patiënt is dankzij een vlot toegankelijk dossier goed opvolgbaar ook in geval van verhuis (bijvoorbeeld naar een ander land). Het digitaal dossier is handzaam leesbaar voor alle betrokkenen (met andere woorden, het staat niet bol van specialistisch jargon). Het is gelaagd, dus afhankelijk van het perspectief vanwaaruit men het dossier leest, wordt - ondersteund door AI - relevante informatie eruit gelicht zodat hoofdlijnen en detail onderscheiden kunnen worden.

bijgestuurd in het kader van kwaliteitsbewaking/streven (cf. versnelde invoering best practices). Ook is er ruimte voor meer themagerichte, uitgebreidere **thematische bijscholingen** zoals bijvoorbeeld rondom palliatieve zorg of sportgeneeskunde. Door deze te volgen kunnen huisartsen zich op bepaalde domeinen 'specialiseren', hetgeen in een multidisciplinair werkverband welkom is. Redelijk wat huisartsenpraktijken herbergen diverse subspecialisaties, die hen helpen om hun diensten-aanbod uit te breiden en zich te onderscheiden van de praktijken van collega's.

De **accreditering** is hervormd in het licht van een versterkt, **gediversifieerd en gemonitord leeraanbod**, in functie van **kwaliteitsbewaking** en -verbetering. Vanuit ditzelfde kwaliteitsperspectief, zijn leren en accreditatie niet langer iets vrijblijvends, maar wordt de toepassing van geleerde best practices en de leerimpact strikter opgevolgd. Naast strikt medische/zorggerelateerde thema's is er ook toenemend aandacht voor toekomst-gerichte ontwikkelingen (zoals de arts in de duurzame samenleving, datamining in de zorg, etc.).

4.3. Huisartsen en patiënten in 2030: de huisarts als medisch vertrouwenspersoon

De huisarts is de medisch vertrouwenspersoon van de patiënt. De huisartsgeneeskunde stelt de patiënt centraal in zijn/haar context en vertrekt vanuit de doelstellingen van de patiënt. De rol is soms genezen, vaak verlichten en altijd rust brengen of troosten.

Huisartsen kennen hun patiënten en hun context, hoe divers deze ook mogen zijn. Ze bieden hen persoonlijke begeleiding, vanuit hun centrale, vlot toegankelijke positie middenin de wijk.

Het fysiek en mentaal welzijn van de patiënt staat centraal in de werking van huisartsen en hun praktijken. **Patiëntgecentreerd werken is de norm.** Dit betekent niet enkel dat je focus ligt op de patiënten zelf, maar ook op hun leefomgeving, fysiek en sociaal, en de impact ervan op hun gezondheid en zorg. Bovendien zijn patiënten zelf nauw betrokken bij het uitstippelen van hun zorgpad. Hun levensdoelen zijn leidend in hun dossiervorming en multidisciplinaire behandeling. Elke Belg heeft een vaste toegankelijke huisartsenpraktijk waarbinnen huisartsen optreden als medisch vertrouwenspersoon van de patiënt.

Patiënten zijn zelf ook empowered. Zij hebben veel meer kennis over hun gezondheid, weten waar je de meest betrouwbare informatie inzake ziekte en gezondheid kan vinden en hoe ernaar te handelen. Net zoals de arts inzet op preventie, doen zij dit ook. Ze nemen mede verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid, ondersteund door de huisartsenpraktijk. Hun evidence-based kennisontwikkeling inzake gezondheid en zorg begint al in de schoolbanken. Ook zijn er heel wat gezondheidscampagnes van overheden, bedrijven en andere organisaties die burgers bewust maken van gezondheidsimpacts. Daarnaast zie je eveneens meer zogeheten 'nudging' (gedragssturing door aanpassingen in de keuzearchitectuur) in de leefomgeving van mensen om positieve gezondheidsbevorderende gedragswijziging te creëren (onder andere met het oog op meer bewegen, nuttigen van gezonde voeding etc.). Indien er sprake is van een lage digitale geletterdheid wordt de patiënt goed ondersteund, niet enkel door huisartsen, ook door andere professionals (welzijnswerkers etc.).

Huisartsen hebben kennis van verschillende culturen en weet **cultuursensitieve zorg** te bieden. Dit is zeker aan de orde in stedelijk gebied, waar de bevolking steeds multi-cultureler van karakter wordt. Daar waar nodig worden (inter)culturele bemiddelaars ingezet om als brug te fungeren tussen zorgverleners en patiënten, hen



wegwijs te maken, hen te helpen en te verzorgen. Ook zijn huisartsen gevoelig voor de toegenomen kloofvorming in de samenleving. De **diversiteit aan patiënten en achtergronden van patiënten neemt toe**, en de huisarts weet daarop in te spelen dankzij **maatwerk** voor individuele patiënten in hun eigen unieke leefomgeving. Online en offline ontmoetingen vinden plaats in het belang van de patiënt en zijn/haar zorg. Huisbezoeken vinden plaats wanneer nodig geacht door de huisarts of het multidisciplinaire team van de huisartsenpraktijk.

Huisartsen zijn zich bewust van hun zorgpopulatie (en de complexiteit van de ziektebeelden). Deze kennis is mede sturend in de organisatie en capaciteit van de praktijk. De diversiteit van zorgcontexten zorgt voor een **rijk palet aan verschillende huisartsenpraktijken** (weliswaar georganiseerd rondom dezelfde kerntaken en kwaliteitscriteria), zowel in stedelijk als landelijk gebied. De huisartsenpraktijk bestaat niet, maar neemt tal van vormen aan, aangepast aan de context.

4.4. Huisartsen en praktijken in 2030: de huisarts als multidisciplinaire teamspeler

Huisartsen werken multidisciplinair binnen de praktijk of hun netwerk met gemotiveerde en kwaliteitsvolle collega's. Ze zijn rasechte teamspelers. Hun praktijken zijn inclusief, toegankelijk, kosteneffectief en datagedreven.

Multidisciplinair werken, waarbij huisartsen hand in hand werken met professionals uit andere sectoren (gelijkaardige of aanvullende andere kennis en kunde), is ook een manier om de werkdruk van de artsen (mede in relatie tot schaarste) te verminderen en patiënten beter te kunnen helpen en verzorgen. Anno 2030 is het wettelijk en financieel mogelijk om breed multidisciplinair te werken. **Teamwerk wordt beloond**, het 'delegeren' van bepaalde huisartsentaken naar andere collega's zoals verpleegkundigen/praktijkassistenten en zorgcoaches is gemeengoed geworden.

Verpleegkundigen, praktijkassistenten maar ook andere profielen zijn in de meeste praktijken ondertussen **ingeburgerd** geraakt en dit in een gezond financieel

model. Zij nemen bijvoorbeeld meer reguliere taken voor hun rekening, ondersteunen bij het monitoren van patiënten, verwerken van data en waar mogelijk zelfs bij de triage van patiënten. Profielen zoals data-analisten, praktijkmanagers, cultureel vertalers etc. zijn stilaan structureel of ad hoc verbonden aan de praktijk.

Huisartsen werken veelal samen in een **gemotiveerd en kwaliteitsvol team**. Ze omringen zich - binnen en buiten de eigen praktijk - met een breed scala aan complementaire profielen die mee instaan voor opvolging en begeleiding van de patiënt. Denk hierbij aan andere artsen, welzijnspartners, apothekers, paramedische beroepen, welzijnswerkers, woonzorgcentra, gezinszorg, bijzondere jeugdzorg, drugsexpertise, verpleegkundigen, praktijkassistenten, artsen-specialisten etc. Hun werkwijzen en gegevensuitwisseling zijn steeds patiëntgecentreerd en goed op mekaar afgestemd.

Automatisering en administratieve vereenvoudiging leiden tot minder overhead, die grotendeels uitbesteed kan worden aan administratief ondersteunende hulp in de praktijk of bij daartoe uitgeruste en gehomologeerde externe dienstverleners.

Ook de **multidisciplinaire praktijk** komt er in heel wat soorten en maten. Diverse samenwerkingsmodellen zijn denkbaar, van kleine praktijken die in netwerkverband multidisciplinair werken tot grote praktijken waar heel wat disciplines intern terug te vinden zijn. In ieder geval wordt er gewerkt in een multidisciplinair verband waar de lijnen kort zijn en de communicatie open en



helder is, ook richting nulde, tweede en derdelijnszorg en de patiënt. Een huisarts werkt dus niet enkel samen met zorgprofessionals maar ook met niet-zorgpartners zoals op vlak van bijvoorbeeld opbouw / welzijnswerk, data-analyse, etc. Daar waar huisartsen starten met een multidisciplinaire praktijk kunnen ze terugvallen op de nodige **ondersteuning, coaching en intervisie van verschillende typen praktijken**, dankzij de lokale kwaliteitskringen en de Kringen.

Iedere huisartsenpraktijk is (onder andere via communities of practice) met andere verbonden en investeert in **uitwisseling van kennis en kunde** tussen elkaar als huisartsen maar ook met andere disciplines, en dit in binnen- en buitenland. Er wordt continu geleerd via Kringen en het aanbod van Domus Medica. Kennis, inspirerende voorbeelden en ervaringen, best practices en casuïstiek worden uitgewisseld over de praktijken heen. Specialisaties en bijscholingen op vlak van bijvoorbeeld preventie, publieke gezondheidszorg/voorlichting, etc. worden drukbezocht. Op basis van het geleerde geven huisartsenpraktijken **mee aanleiding tot of richting aan innovaties** in medische/zorgcontext alsook meer algemeen succesvol praktijkmanagement; denk aan multidisciplinaire organisatie modellen, hoe waardevol nieuwe technologie in te zetten, de verduurzaming van de praktijk zelf, etc.

Daar waar huisartsenpraktijken multidisciplinair van karakter zijn geworden is er noodgewongen ook meer oog voor de **organisatie van de praktijk**. Dit verloopt effectief; de zorgkwaliteit is er hoog en efficiënt. Een goede triage is bijvoorbeeld van levensbelang om gerichte zorg aan te kunnen bieden en efficiënt en effectief te kunnen werken. Anders dan vroeger, zijn de meeste praktijkmanagers niet langer huisartsen. Omtrent de vraag 'hoe een praktijk in goede banen te leiden', kan je ondertussen op heel wat plekken terecht voor ondersteuning. Zo is er een helpdesk beschikbaar voor huisartsen die met het praktijkmanagement bezig (gaan) zijn, zo zijn er de lerende netwerken en organisatieconsultanten. Je hoeft als huisarts niet je eigen praktijk te beginnen, je kan ook gemakkelijk in een andere praktijk instappen of overstappen van de ene naar de andere. Er is een **aangenaam startersklimaat** voor beginnende

huisartsen waarbij er ook voldoende coaching en begeleiding (onder meer door senior artsen) wordt geboden en technologische ondersteuning aanwezig is

In de discussie inzake financiering, heeft er de afgelopen jaren een accentverschuiving plaatsgevonden. Er is geen financieel model opgelegd, want er is keuzevrijheid voor de huisarts (forfaitair, prestatiegebaseerd of een combinatie). Het model is slechts een middel en geen doel op zich. Om ervoor te zorgen dat samenwerking en zorgkwaliteit in algemene zin worden beloond, heeft de overheid een aantal barrières weggewerkt. Het wettelijk kader maakt het ook mogelijk dat andere professionals bepaalde taken van de eerstelijnszorg kunnen overnemen en ook gebruik kunnen maken van de systemen die hierbij nodig zijn. Niet enkel huisartsen, maar alle professionals verbonden aan de praktijk, inclusief verpleegkundigen, worden correct vergoed en genieten een duidelijk omschreven juridisch en financieel kader. Dit geldt niet enkel voor de medische zorgtaken op zich, maar voor alle taken die tot het pakket van de huisarts(enpraktijk) behoren. Zo is er bijvoorbeeld ook een financieringskader als het gaat om preventie.

Het is anno 2030 voor iedereen helder waar de huisarts en de praktijk voor staat en de realiteit waarin de huisarts opereert. Daar waar voorheen toch nog wel wat vragen en behoeften op het bordje van de huisarts terecht kwamen, terwijl ze daar niet thuishoorden, is er anno 2030 meer **helderheid over de rol van de huisarts**. Patiënten weten wanneer ze bij de huisarts aan de bel mogen trekken, maar vinden ook hun weg naar andere professionals in het gehele zorglandschap wanneer nodig en gepast. Daar waar jarenlang geregeld miscommunicatie of geen communicatie heerste, hetgeen de werking van de huisartsenpraktijk soms behoorlijk belemmerde, is er op dit vlak veel verbeterd de afgelopen jaren. **Open en eenduidige communicatie** is gemeengoed geworden, over de lijnen (tussen huisartsen en ziekenhuizen) van disciplines en praktijken heen, en binnen de eerstelijnszorg, richting patiënten, met andere professionals etc. De platformen, instrumenten en communicatiekanalen waarmee gecommuniceerd worden zijn helder en overzichtelijk en werken betrouwbaar. Huisartsen en huisartsenpraktijken staan midden in een

rijk datalandschap, gegenereerd door patiënten en hun leefomgeving alsook de werking van de eigen praktijk en commerciële data. Er wordt actief gebruik gemaakt van deze data, en de informatie en kennis die hieruit afgeleid kunnen worden. Dit **datamanagement** kan in huis plaatsvinden maar dat hoeft niet per se. Via gedeelde dienstverleningsplatformen of in samenwerking met partners kan er ook kwaliteitsvol aan datamanagement worden gedaan. Samenwerkingsverbanden geven overigens de nodige slagkracht tegenover grote spelers in dit domein. Het datamanagement van de patiënt (in relatie tot zijn/haar leefomgeving) gebeurt overigens binnen de (opnieuw patiëntgecentreerde) regelgeving mede op vlak van privacy. Er is nog steeds sprake van een vertrouwensrelatie met patiënt en zijn/haar omgeving, ook als het gaat om datamanagement. Centraal staat het verbeteren van de zorg voor de patiënt alsook de eigen werking daarin en het efficiënter omgaan met de informatie die er is. In de context van datamanagement is het geprofessionaliseerde patiëntendossier een centraal en onmisbaar instrument.

Goed ontworpen, gevalideerde en gebruikte **smart wearables** (slimme elektrische apparaten op het lichaam) leiden tot fijnmazigere metingen, vlottere datadoorstroming, betere dienstverlening en relaties, continue monitoring en pro-actieve/preventieve zorg. Huisartsen hebben toegang tot een performant, patiëntgecentreerd dataplatform. In huis of samen met partners, gebruikt men AI om patronen te herkennen op het niveau van patiënt, de populatie of het geografisch gebied waarin de huisartsenpraktijk actief is. Dit kan de huisartsenpraktijk in staat stellen om patiënten pro-actief te contacteren (bijvoorbeeld via meldingen) op basis van data. Real-time, continue datastromen, op afstand te volgen/sturen brengen een nieuwe realiteit met zich mee, krachtige nieuwe instrumenten voor huisarts en patiënt, maar ook nieuwe wettelijke kaders (onder andere op vlak van ketenverantwoordelijkheid, aansprakelijkheid etc.).

Datamanagement, benodigde instrumenten en toepassingen (apps/platforms/ wearables etc.) worden in **co-creatie met de huisartsen** ontworpen. Zij weten welke data





wat
kunnen
vertellen en hoe
deze aan te wenden
om patiënten te monito-
ren/bij te staan.

Telegeneeskunde - van consult, over monitoring tot behandeling op afstand - is dagelijkse kost. Verschillende zorgverleners kunnen op hybride wijze met elkaar samenwerken rondom één patiënt en dit binnen een duidelijk wettelijk kader. Vanuit het perspectief van de patiënt lijkt de zorg één continuüm. **Telemonitoring** maakt het mogelijk om zorgtrajecten niet enkel beter op te volgen, bij te sturen, maar ook te verkorten (inclusief het ziekenhuisverblijf).

Wijdverspreide technologie zoals smartphones, wearables, domotica, AR/VR omgevingen zijn algemeen aanvaarde **zorgpunten (points of care)** geworden voor huisartsen en andere collega's in het zorglandschap alsook voor de patiënt zelf. De zorg is steeds meer waar de patiënt is. De afgelopen jaren hebben heel wat proefprojecten plaatsgevonden op vlak van telegeneeskunde, zoals bijvoorbeeld rondom teledermatologie. Op de positieve ervaringen hiermee is op grote schaal verder gebouwd en is het niet enkel meer een werkwijze van een handvol pionierende huisartsen maar stilaan gemeengoed geworden. Door technologische vooruitgang is er anno 2030 steeds meer mogelijk via telegeneeskunde, maar één vraag houdt men telkens in het achterhoofd: wordt de



kwaliteit
van de zorg én het welzijn
van de arts hiermee verbeterd? Er is **oog voor de digitale kloof en verschillen in digitale geletterdheid** in de samenleving. Mensen worden getraind op vlak van het vergroten van hun digitale geletterdheid of geholpen in hun omgang met digitale toepassingen waar nodig. Waar mogelijk blijft men analoge alternatieven openhouden. Over het algemeen, evolueert de technologie gelukkig zelf richting meer gebruiksvriendelijkheid. De co-creatie ervan met huisartsen en patiënten heeft hierin grote vooruitgang geboekt.

4.5. Huisartsen in de samenleving in 2030: de huisarts die staat voor publieke gezondheid

Voor de huisartsgeneeskunde is 'gezondheids'zorg even belangrijk als 'ziekte'zorg. Huisartsen dragen een verantwoordelijkheid voor hun patiënten en zetten in op preventie en het voorkomen van ziekte. Ze komen op voor de gezondheid van hun patiënten in al haar facetten.

De huisartsenpraktijk hanteert de notie van **gezondheid als waarde** en niet als kost (in sommige contexten ook positieve gezondheid genoemd) als werkingskader en draagt zo bij aan de gezondheid van mensen in de wijk/omgeving. Voorkomen is beter dan genezen, blijft het motto. Het is dan ook logisch dat de huisarts vanuit deze insteek **preventie** hoog in het vaandel draagt. De huisartsenpraktijk - in haar geheel, dus niet enkel de huisarts - gaat in toenemende mate preventief te werk.

Een voorbeeld hiervan is de manier waarop mede op basis van datamanagement huisartsen nu voorspelend en pro-actief te werk kunnen gaan (bijvoorbeeld vaccinatie, osteoporose, erfelijke aandoeningen etc.). Dit wordt mogelijk gemaakt door (AI-ondersteunde) geautomatiseerde patroonherkenning op het niveau van de individuele patiënt maar ook van de populatie in de wijk. Aan de hand van **populatiemanagement** is het mogelijk om beter te anticiperen op wat een context te wachten staat (ziektebeelden etc.) en ook preventieve taken tijdiger en beter te informeren alsook gericht te ondersteunen. Samen met andere professionals werken huisartsen preventief in de wijk door het aanbieden van activiteiten op maat van lokale noden en behoeften (denk aan het stimuleren van bewegen door wandelingen in de wijk te promoten, het stimuleren van een gezond(e) ontbijt/lunch op scholen etc.). De sociale en andere kaarten vormen mee een instrument in de werking van de huisartsenpraktijk. Samenwerking met welzijnsorganisaties en de gemeentelijke overheid zijn ondertussen eerder regel dan uitzondering. Huisartsen weten wat er in de samenleving gebeurt en maken gebruik van die inzichten om de toestand van patiënten alsook de eigen werking beter te kunnen kaderen en op mekaar af te stemmen.

Als groep zijn ze goed vertegenwoordigd aan de **beleidstafel** - lokaal, nationaal en internationaal, via de Kringen en de beroepsvertegenwoordiging. Die vertegenwoordiging van de sector is representatief voor de sector zelf. De laatste jaren heeft er een verjonging plaatsgevonden en zitten er ook meer vrouwen en mensen van andere culturele origine om de tafel. Diversiteit is een evidentie, ook inzake representatie. Lokaal adviseren de huisartsen mee over de gezondheidsvraagstukken in gemeente en wijken. (Inter)nationaal gezien denken huisartsen samen met de overheid proactief mee en adviseren ze gezondheidsbeleid op maat van nieuwe noden en wensen in de sector en bij de patiënten. De focus ligt hierbij niet enkel op de korte maar ook de lange termijn om beleid toekomstbestendiger te maken. Het overheidslandschap op vlak van gezondheidszorg is ondertussen gelukkig minder complex en overzichtelijker geworden. Wat beleidsimpact betreft is

er ook sprake van een eenduidige en krachtige vertegenwoordiging via een vakbondswerking die met één sterke stem kan spreken en als zodanig kan wegen op het beleid. Er is dus een toekomstgericht wettelijk kader aanwezig dat voorliggend toekomstbeeld mogelijk maakt, zelfs aanmoedigt, ruimte creëert en vooral niet in de weg zit.

4.6. Huisartsen in 2030: mensen met goesting in hun vak

Huisartsen hebben plezier in hun job. Goed omringd, concentreren ze zich op hun kerntaken, hetgeen hen toelaat een goede work-life balans erop na te houden, aangepast aan hun levensfase. Dagelijks beleven zij de passie van zorgverlener te zijn en genieten ze van de gewaarwording 'hierom ben ik dokter geworden'.

In 2030 is er sprake van een **gezonde work-life balans**, oftewel: de zorg voor het welzijn van de huisarts zelf is even belangrijk als de zorg voor de patiënt. Veerkrachtige organisatie- en financieringsmodellen maken het (ook) voor huisartsen mogelijk om in bepaalde levensfasen tijdelijk minder te werken of de pauzeknop in te drukken (bijvoorbeeld in tijden van meer zorg voor kinderen, de nood aan herbronning, zorgen voor hulpbehoevende ouders etc.). Omdat huisartsen zich vooral kunnen concentreren op hun kerntaken hebben ze meer plezier en ook balans in het werk. Er is volop oog voor de fysieke en mentale gezondheid van huisartsen. Ze hebben ook een vangnet, dat zorgt voor vervanging bij ziekte en instaat voor het regelmatig checken van de eigen gezondheid en welzijn. Er leeft geen taboe meer om zelf hulp te zoeken wanneer nodig.





5. Van visie naar actie

5.1. Inleiding

In samenwerking met het directieteam, het bestuursorgaan en de algemene vergadering van Domus Medica is een eerste aanzet voor een toekomstagenda opgesteld. Het idee hierachter is de visie om te zetten in actie door te werken rondom een aantal krachtlijnen, strategische kaderingen. Dit zal de basis vormen van het beleidsplan 2023-2027 van Domus Medica. Hiermee wordt gewerkt om vooral de integraliteit van de visie te bewaken en te voorkomen dat we deze opnieuw opknippen in losse acties die slechts samen ten volle meerwaarde genereren. We lichten elke krachtlijn kort toe:

*Van manusje-van-alles ...
naar heldere kerntaken en een duidelijke
positionering in het zorglandschap*

Er is werk aan de winkel voor wat betreft het organiseren en communiceren van de kerntaken van de huisarts. Zoals we ze beschreven in de visie, zo zal ook de boodschap hieromtrent breed moeten worden uitgedragen door beleid, de huisartsensector zelf, in het onderwijs etc.

*Van artsgecentreerde ...
naar patiëntgecentreerde zorg*

Stevige veranderingen zijn nodig om te kunnen spreken van een daadwerkelijk patiëntgecentreerde zorg. Denk hierbij aan het (her)ontwerp van het patiëntendossier, bredere datavergaring rondom patiënten (inclusief hun leefomgeving), alsook hoe rekening te houden met levensdoelen van patiënten zowel op vlak van preventie als in het kader van zorgpaden. Hierbij is er oog voor het leren omgaan met en het bieden van maatwerk voor een diversiteit aan patiënten die de praktijk kunnen bezoeken, mede voor mensen die het moeilijk vinden om mee te kunnen.

*Van monodisciplinair ...
naar multidisciplinair werken*

Multidisciplinair werken vereist doorontwikkeling. Dit geldt eveneens voor de kaders die het moeten mogelijk maken, aanmoedigen en kwaliteitsvol invulling geven. Denk hierbij aan hulp bieden bij het vormgeven van een multidisciplinaire praktijk alsook het ontwerpen van beleid (inclusief wettelijke kaders) op maat van de noden van multidisciplinair werken.

Van hyperlokale huisartsenpraktijk ... naar lerend netwerk van lokaal verankerde huisartsenpraktijken met internationale tentakels

‘Een leven lang leren’ is leidend voor de huisarts van de toekomst. Het vereist ruimte om als huisarts up to date te zijn in tal van kennisdomeinen die voor je kerntaken relevant zijn. Daarbij zijn huisartsen geen solisten, maar teamspelers die kennis delen en creëren in lerende netwerken die landsgrenzen overstijgen.

Van dwalen door ongelijksoortige en on(der) benutte data ... naar betere kwaliteit van zorg en nieuwe kansen dankzij integraal datamanagement

Op dit vlak is er een lange weg te gaan maar ook veel voordeel en beroepsrust te behalen. Huisartsen en hun omringende teams dienen wegwijs gemaakt te worden in de wondere wereld van datamanagement, data en dataoplossingen naar waarde leren schatten en een kritische blik ontwikkelen op het werk van andere dienstverleners in het veld van datamanagement.

Van fysieke huisartsenpraktijk ... naar hybride huisartsenpraktijk in een snel veranderende omgeving

Online en offline contacten met patiënten, het ontwerpen van en invulling geven aan nieuwe punten en momenten van zorg, populatiemanagement, het actief en collaboratief inspelen op specifieke omgevingskenmerken van de praktijk ... zijn slechts enkele aspecten van het hybride werken. We ondergaan het niet alleen, maar geven het zelf mee vorm.

Van reageren op beleid... naar pro-actief co- creëren van beleid

Er ligt een wereld van kansen voor ons om meer invloed uit te oefenen op en deel uit te maken van beleidsvorming, om beter gebruik te maken van en invulling te geven aan beleidsinformatie die de werking van de huisartsenpraktijk ten goede komt. Meebewegen wordt wellicht hét sleutelwoord in een nieuwe relatie tussen

sector en beleid. Zulke diepe veranderingen kosten tijd, vooral gezien de complexiteit van de beleidscontext waarin de huisartsensector opereert, maar de komst van een beloftevolle New Deal kan wellicht ook als vliegwielen fungeren voor de uitvoering van de visie.

Van een werk-privé spreidstand ... naar een balans werk-privé-samenleving

Waar vandaag veel huisartsen gebukt gaan onder een té zware werklast, streven we naar een betere balans tussen hun werk- en privéleven. Meer flexibiliteit in werkritme is hierin wellicht wenselijk alsook meer aandacht voor de gezondheid van de huisarts zelf. Maar we mikken verder: idealiter fungeren huisartsen ook meer in balans met de samenleving. Ze voeden en trainen hun voelsprietten in de samenleving, passen zich aan, maar stimuleren en bouwen tegelijkertijd ook in hun activiteiten voort op de draagkracht van de samenleving, groot en klein.

5.2. Tot slot

De huisartsen zijn in 2030 veerkrachtig. De COVID-19-pandemie en de oorlog in Oekraïne hebben nogmaals aangetoond dat we als sector ook schokbestendig moeten zijn. Als beoefenaars van een pro-actieve genees- en gezondheidskunde zijn we als huisartsen hierop voorbereid.

We zijn dus een toekomstgerichte sector, waarin we samen (en ieder afzonderlijk) vooruitblikken en anticiperen op wat er op ons afkomt, maar ook pro-actief innovaties aanjagen en ontwikkelen. We hanteren een outside-in blik, denken niet alleen in termen van noden en problemen maar ook van kansen, die zich nu en straks in de samenleving kunnen manifesteren.



i.s.m.

PANTOPICON <

Dit visiedocument is een uitgave van Domus Medica.
Met dank aan Pantopicon.

Voor vragen en inlichtingen:
Stijn Vanholle, info@domusmedica.be

©2022 Alle rechten voorbehouden

