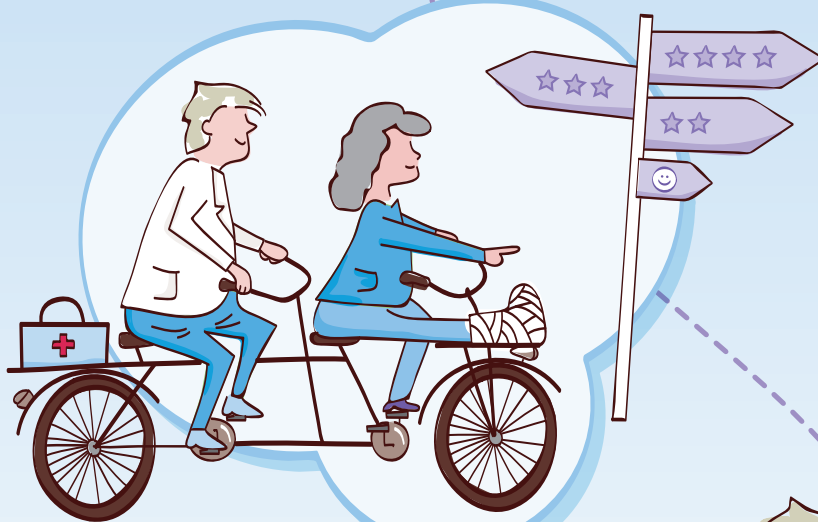


DE AMSTERDAMSE HUISARTSENZORG

IN 2025

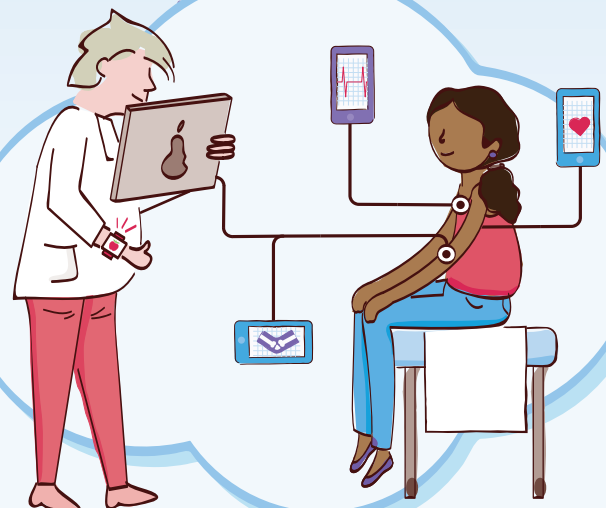


DRIE SCENARIO'S



HOE ZIET DE HUISARTSENZORG
ER IN DE TOEKOMST
MOGELIJKERWIJS UIT?

WAT BETEKENT DIT VOOR ARBEIDSMARKT-
BELEID IN DE EERSTE LIJN?



SIGRA

1ste Lijn Amsterdam

SIGRA in samenwerking met 1ste Lijn Amsterdam

”...ÉÉN DING IS DUIDELIJK. HET IS AANPASSEN
OF VERDWIJNEN. NIET OVER DRIE JAAR, MAAR ALS DE
HUISARTS ZICH OVER ZEVEN JAAR NIET HEEFT AANGEPAST,
WORDT ZIJN TOEKOMST AL EEN STUK ONZEKERDER.¹“

1. De Eerstelijns. Februari 2016, pag. 12/13. Het toekomstperspectief van de huisarts. Aanpassen of verdwijnen?! Jan Erik de Wildt, Leo Kliphuis en Jan Frans Mutsaerts.



Voorwoord

Het stof van de hervorming van de zorg lijkt wat neer te dalen. Het lijkt er soms op dat we in een soort 'nieuwe werkelijkheid' zijn beland. Veel van het (arbeidsmarkt) beleid dat nu wordt ontwikkeld is op dit beeld gebaseerd. Toch blijven er veel vragen over rond de organisatie van zorg waarover gespeculeerd blijft worden.

De huisartsenzorg lijkt op het eerste gezicht een heel stabiel terrein. Maar ook dit werkveld zal er over tien jaar heel anders uitzien dan we ons nu voorstellen. Als belangrijke 'spil' in de transitie komt er nu veel druk op het personeel in de huisartsenzorg. Zal die druk alleen maar groter worden? En wordt de bemensing van de praktijken dan ook evenredig uitgebreid?

Binnen de netwerken en projecten van SIGRA krijgen we vaker te maken met arbeidsmarktvragestukken in de eerstelijnszorg. Neem de signalen over een tekort aan stageplaatsen voor doktersassistenten of het geluid dat er 'veel meer praktijkondersteuners opgeleid moeten worden'. Niet om de toekomst te voorspellen, maar wel om de dialoog over de zekerheden en onzekerheden aan te gaan is SIGRA daarom in 2015 in samenwerking met 1ste Lijn Amsterdam een scenario-planningstraject gestart. Juist omdat er van de huisartsenzorg zoveel extra verwacht wordt is het interessant om te weten hoe huisartsen en praktijkondersteuners zelf naar de lange termijn toekomst van hun vak kijken.

Met deze publicatie willen wij organisaties laten zien hoe scenarioplanning kan helpen bij het voeren van een gestructureerd gesprek over de toekomst. De methodiek² helpt je zoveel mogelijk af van 'dominant denken': denken waarbij wordt uitgegaan van slechts één mogelijke toekomst. Daarnaast kan het hopelijk een bijdrage leveren aan het formuleren of evalueren van (gezamenlijk) beleid rondom het opleiden voor de (huisartsen)zorg. Scenario's zie je steeds vaker voorbij komen. Volgens scenariodenker en oprichter van Futureconsult Jan Nekkars komt dat mede doordat we 'van een planmatige verzorgingsstaat naar een meer regisserende, participerende overheid zijn gegaan. Nu de samenleving veel meer vanuit reflexen reageert wordt voorspellen van de toekomst steeds moeilijker. Dé toekomst bestaat niet. Om toch voorbereid te zijn op wat komen gaat, is het handig in mogelijke scenario's te denken'.³

Doel

1. Het verkennen van mogelijke lange termijn ontwikkelingen in de huisartsenzorg en het daarmee toetsen van huidig arbeidsmarktbeleid.
2. Scenarioplanning gebruiken (en verder ontwikkelen) als instrument voor een dialoog over de toekomstige arbeidsmarkt.

Verskil tussen prognoses en scenario's

Prognose: uitspraak over de toekomst, gebaseerd op voldoende gegevens en een verklarend model

Projectie: gebaseerd op een waargenomen patroon (data) uit het verleden (zonder de precieze relatie te kennen)

Verkenning: gebaseerd op min of meer theoretische inzichten, zonder dat patronen uit het verleden richting geven

Speculatie: gebaseerd op algemeen aanvaarde inzichten, bijvoorbeeld van een groep experts

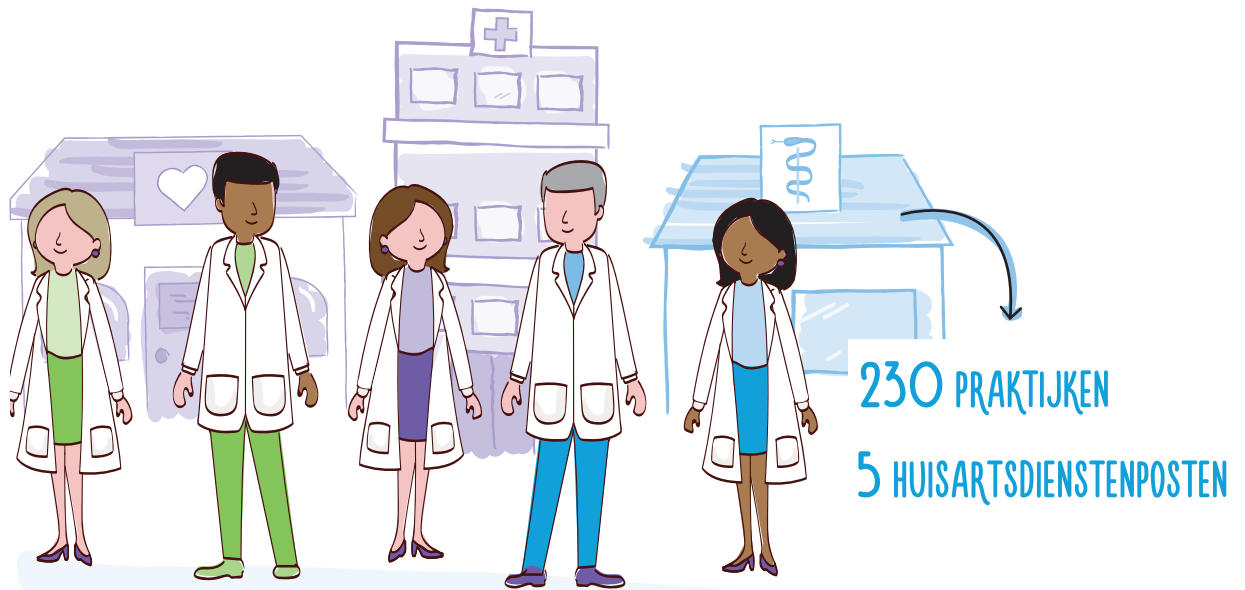
Toekomstscenario: ligt op het overgangsgebied waar verkenningen en projecties overgaan in speculaties

Uit: Jan Nekkars, Wijzer in de toekomst. Werken met toekomstscenario's.

2. Nekkars, Jan. (2014) Wijzer in de toekomst – werken met toekomstscenario's. 11e druk. Uitgeverij Business Contact, Amsterdam.

3. http://gemeentenvandetoekomst.nl/item/Het-mooie-van-toekomstscenario's-ze-komen-nooit-uit_012823

De huidige (Amsterdamse) huisartsenzorg



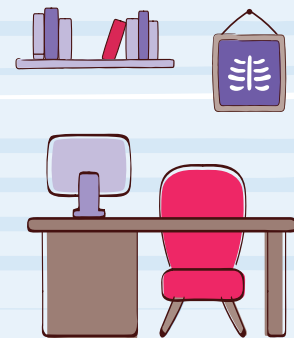
467 HUISARTSEN ➔ **326 GEVESTIGD - 113 LOONDIENTST**
 (+/- 350 FTE)

Naar schatting⁴:

650 praktijkassistenten / doktersassistenten (415 fte)

220 praktijkondersteuners Somatiek (100 fte)

175 praktijkondersteuners GGZ (75 fte)



NEDERLAND **AMSTERDAM**

Percentage vrouwelijke huisartsen: **45%**

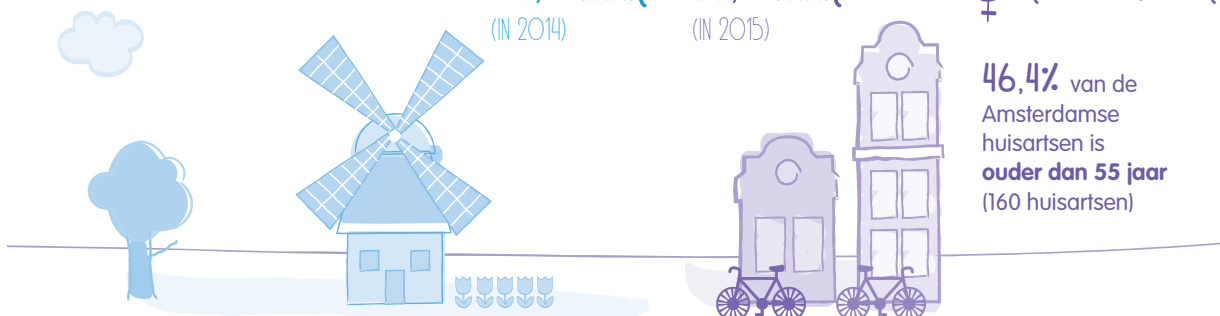
51,7%

Gemiddelde leeftijd: **48,9 JAAR**
(IN 2014)

53,7 JAAR⁵
(IN 2015)

♂ MANNEN: 56,6 JAAR
 ♀ VROUWEN: 50,7 JAAR

46,4% van de Amsterdamse huisartsen is **ouder dan 55 jaar** (160 huisartsen)

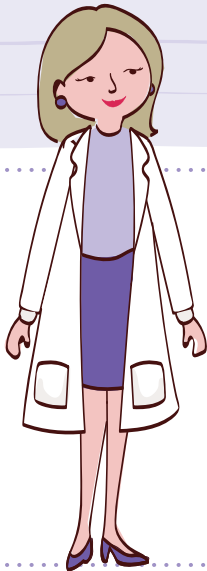


4. Schatting gebaseerd op gegevens uit systeem 1ste Lijn Amsterdam en vacaturemonitor doktersassistenten en praktijkondersteuners SSFH 2014.

5. Gegevens uit 2015. Van niet alle huisartsen was de leeftijd bekend (van 26,5 % ontbreekt hierover gegevens). Er is niet onderzocht welke invloed dit heeft op de representativiteit.

DE DOKTERSASSISTENT

krijgt naast administratieve en telefoontaken steeds meer **medisch-ondersteunende** taken. Het tekort aan geschikte stageplaatsen is momenteel een veelgehoord knelpunt dat ROC's aankaarten.



DE PRAKTIJKONDERSTEUNER SOMATIEK

wordt steeds meer ingezet voor **geprotocolleerde medische zorg voor mensen met een chronische ziekte**. Huisartsen geven aan behoefte te hebben aan urenuitbreiding, de financiering maakt dit echter nog niet mogelijk. Er is een discussie over behoefte aan een (hbo-geschoolde) breder inzetbare praktijkverpleegkundige versus de huidige praktijkondersteuner (die opgeleid is voor begeleiding van de chronisch zieke patiënt en geregeld een achtergrond heeft als doktersassistent).



VERGRIJZING EN FEMINISERING

Er werken steeds meer vrouwelijke huisartsen. Vooral mannelijke huisartsen gaan straks met pensioen. Van de huisartsen in opleiding is inmiddels het **merendeel vrouw** (76 % in 2012). Vrouwelijke huisartsen werken gemiddeld 0,64 fte, en mannen 0,83 fte⁶.

DE PRAKTIJKONDERSTEUNER GGZ

wordt ingezet voor de 'Basis GGZ' in de huisartsenzorg en doet aan **probleemverheldering**, psycho-educatie, kortdurende begeleiding/ behandeling en preventieactiviteiten. De POH-GGZ heeft veelal een achtergrond als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) of psycholoog.

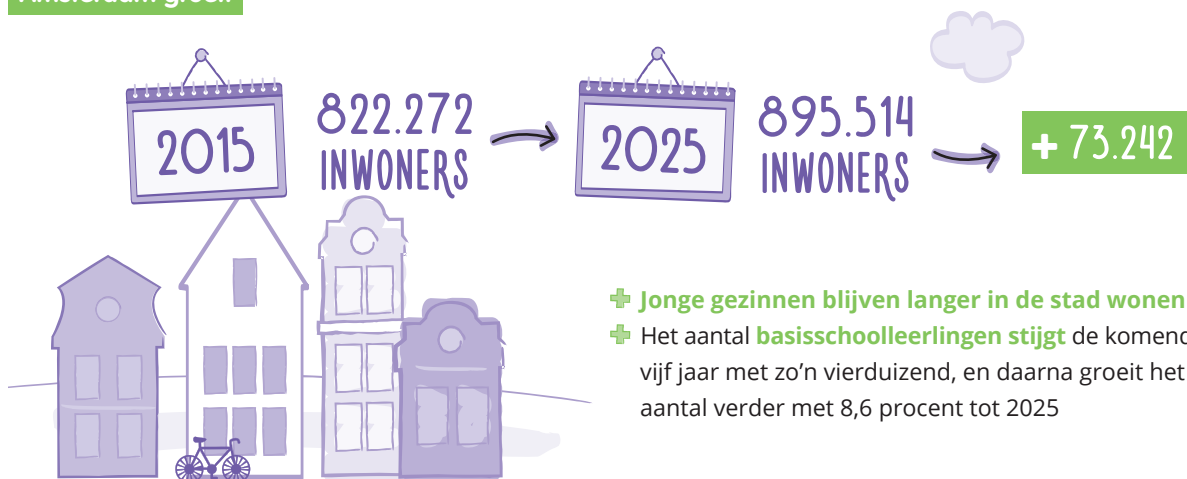
Steeds groter beroep op de huisartsenzorg

- + **Vergrijzing**
- + Beleid gericht op: zoveel mogelijk zorg **in de buurt en eerste lijn**
- + Toenemend aantal patiënten met een **chronische ziekte of multiproblematiek**
- + Meer complexere behandelingen mogelijk in de huisartsenpraktijk, door **technologische ontwikkelingen**

Huisartsenzorg in stedelijk gebied

- + **Moeilijker overzicht houden** (zeer veel samenwerkingspartners die ieder eigen werkgebied hanteren)
- + **Grootstedelijke problematiek**
- + **Gebrek aan sociale samenhang**

Amsterdam groeit



- + **Jonge gezinnen blijven langer in de stad wonen**
- + Het aantal **basisschoolleerlingen stijgt** de komende vijf jaar met zo'n vierduizend, en daarna groeit het aantal verder met 8,6 procent tot 2025

6. Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen, NIVEL, 2014.

Een korte introductie op de scenario's

Hoe ziet de Amsterdamse huisartsenzorg er in 2025 uit? In tien jaar kan veel gebeuren dat het antwoord op die vraag bepaalt. Een paar kwesties die tijdens de focusgroepbijeenkomsten aan de orde kwamen illustreren dit:

- ✚ bestaat inschrijving op adres in de toekomst nog wel?
- ✚ in hoeverre is straks alles gedigitaliseerd en is er dan nog behoefte aan een assistent?
- ✚ bestaat de solist straks nog?
- ✚ werken er straks nog wel mannen in de huisartsenzorg, en zo nee, welke invloed heeft dit?
- ✚ wat gebeurt er op het wereldtoneel en hoe zien we dat terug in de samenstelling in de wachtkamer?

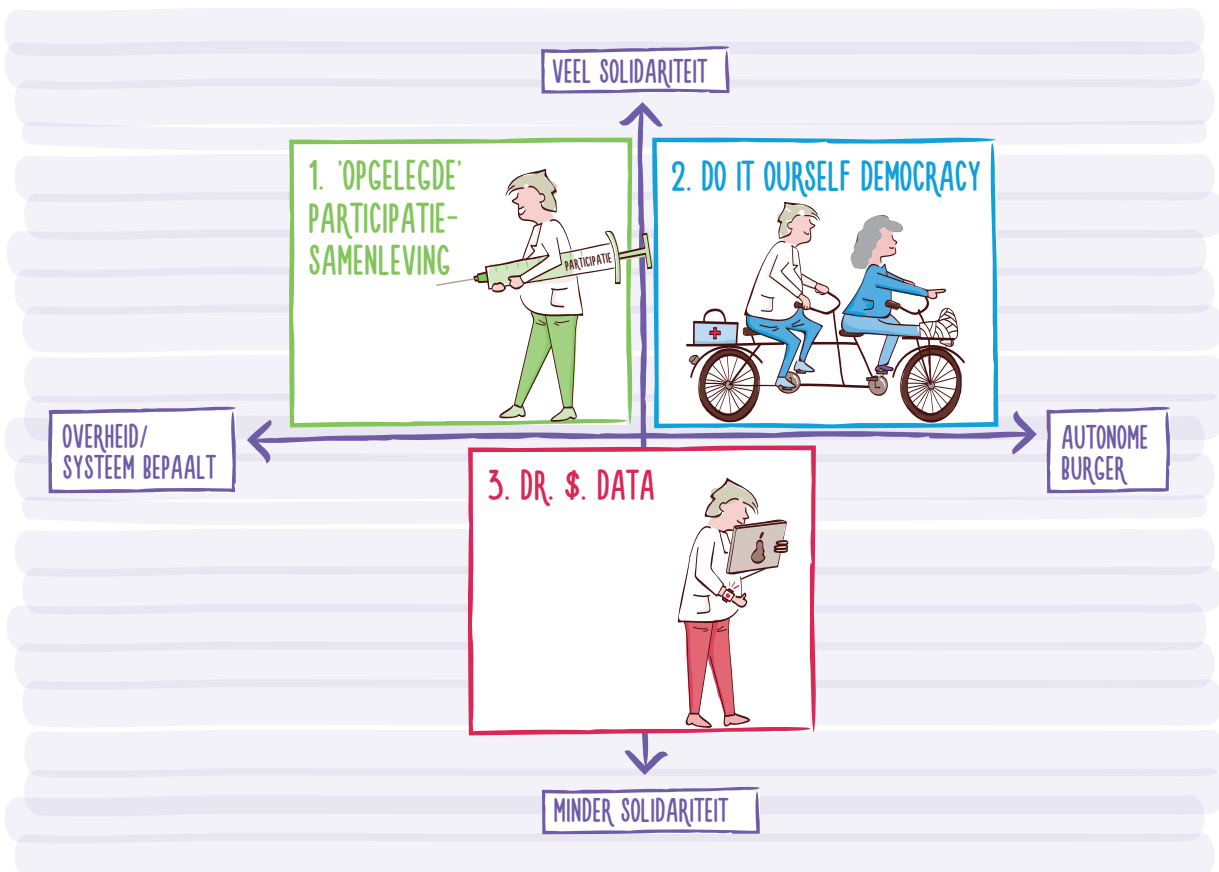
Samen met experts uit het veld zijn drie toekomstbeelden gemaakt. Dit zijn niets meer en niets minder dan plausibele beelden van hoe de Amsterdamse huisartsenzorg er in 2025 mogelijkwijs uit kan zien. De toekomst zal misschien lijken op één van de scenario's, of misschien bevat deze elementen uit alle scenario's. Hoe we tot de scenario's gekomen zijn,

lees je vanaf pagina 18. Het belangrijkste dat je alvast moet weten over de scenario's: ze zijn gebaseerd op twee kernonzekerheden. Dat zijn de factoren waarvan de geraadpleegde experts verwachten dat ze het meeste impact hebben op hoe de Amsterdamse huisartsenzorg zich zal ontwikkelen, maar tegelijkertijd ook met de meeste onzekerheid omgeven zijn.

Kernonzekerheden waarop de scenario's zijn gebaseerd:

- 1. Solidariteit:** in hoeverre is er sprake van solidariteit tussen arm en rijk? In hoeverre wordt de zorg collectief en inkomensafhankelijk gefinancierd?
- 2. Wie bepaalt hoe de zorg eruit ziet** en waar data en technologie voor gebruikt worden? Heeft de individuele burger het voor het zeggen, of laten we dit over aan de overheid / 'het systeem'?

Het combineren van deze factoren in een scenarioframework zorgt voor het ontstaan van de volgende drie scenario's:



SCENARIO 1

'OPGELEGDE' PARTICIPATIESAMENLEVING

VEEL SOLIDARITEIT

OVERHEID/SYSTEEM BEPAALT



Het is 2025. Het 'eigen kracht denken' dat tien jaar geleden gestimuleerd werd heeft niet gewerkt en we kwamen voor ingewikkelde sociaal-maatschappelijke kwesties te staan. Daarom hebben we de overheid weer een grote rol toebedeeld in het coördineren van zorg. Door de enorm toenemende werkloosheid introduceren we nieuwe vormen van herverdeling van arbeid en inkomen. Iedereen wordt aangesproken om een steentje bij te dragen en om gezond en risicomijdend te leven.

Wat gebeurde tussen 2015 en 2025?

We herstellen van de economische crisis, maar de banengroei blijft uit. Door verregaande automatisering en robotisering neemt het aantal banen tot 2020 sterk af. Ondanks veel pogingen tot hervorming van de zorg stijgt de collectieve financiële last nog steeds. Het echte 'eigen kracht' denken raakt op zijn retour, omdat we zien dat veel mensen helemaal niet zo zelfredzaam zijn als we hoopten. Het zorgt voor schrijnende gevallen. Daarom accepteren we dat de zorg ons veel geld kost en dat de 'sterke schouders de zwaarste last tillen'. Dit alles leidt tot een heroriëntatie waarbij **onderlinge solidariteit gestimuleerd en in zekere zin opgelegd wordt**. Omdat veel meer mensen geen economische bijdrage kunnen leveren in de vorm van een baan, introduceren we nieuwe vormen van herverdeling. In 2022 wordt de basisuitkering ingevoerd. Tegenover een uitkering staat een maatschappelijke prestatie. Iedereen wordt aangesproken op zijn of haar verantwoordelijkheid om een steentje bij te dragen in de maatschappij maar ook om zelf gezond en risicomijdend te leven. De overheid beschermt volop tegen negatieve invloeden van globalisering en automatisering.

Hoe denken we over zorg?

Er is één **nationale zorgverzekering** waar je een inkomensafhankelijke premie voor betaalt. Ook de langdurige zorg is voor iedereen beschikbaar en gelijk. Er is daarnaast een kleine groep welvarende burgers die gebruik maakt van private zorgarrangementen. Omdat er zoveel meer ouderen en mogelijkheden tot behandelen zijn, is het inmiddels normaal dat verzekeraars en beleidsmakers **scherpe keuzes maken** aan de hand van 'QALYS' (quality adjusted life year): het aantal gewonnen levensjaren gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven. Ook wordt ongezond gedrag ontmoedigd. Je wordt geacht gezond en risicomijdend te leven. Doe je dat niet, dan heeft dat gevolgen voor je zorgpremie. Gezond zijn is in feite een burgerplicht.

De wijk of community krijgt een budget voor voorzieningen en activiteiten. Er worden daarmee **'healthy places'** opgericht, met sportfaciliteiten, moestuinen, therapie en coaching. Daar is aandacht voor gezonde voeding, beweging, ontplooiing en andere thema's op het gebied van psychosociale gezondheid. Verzekerden worden soms voorgeschreven op basis van hun gezondheidsprofiel interventies te leveren of af te nemen in deze 'healthy places'. Zo leveren zij een bijdrage aan hun eigen gezondheid of het welzijn van anderen in de community.

Care-miles

In je leven krijg je **kansen om je steentje bij te dragen** en daarmee 'care-miles' te sparen. Voor een later moment in je leven of bijvoorbeeld voor familie en andere naasten. Zo leveren studenten een maatschappelijke bijdrage in ruil voor korting op hun studielening. Mantelzorg is ook geen familiezorg meer, maar onderdeel van je werk. Werkgevers zijn verplicht om werknemers ruimte te geven voor mantelzorg of vrijwilligerswerk, zij maken daar afspraken over met hun personeel. Ook kiezen veel oudere werknemers om eerder te stoppen met werken, gezien de AOW toch niet veel hoger is dan de basisuitkering.

Data en technologie

De overheid en nationale verzekeraar maken gebruik van **data als sturingsmechanisme**. Zij zetten samen grootschalige gezondheidsprogramma's op. De effecten hiervan worden gemeten, door het screenen en monitoren van burgers. Er is een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) waar bepaalde zorgprofessionals toegang tot hebben. Er is een code voor professionals voor het veilig omgaan met het EPD waar streng op toegezien wordt door de inspectie. De verzekeraar levert benchmarkinformatie waarmee de huisarts zijn of haar functioneren verbetert. De huisarts levert de zorgverzekeraar informatie waarmee deze bepaalde keuzes of investeringen voor de wijk verantwoordt.

De huisartsenzorg

Er zijn twee soorten huisartsen(settings) ontstaan:

- 1. Regiearts** in de healthy places: is eindverantwoordelijk voor de samenhangende zorg in een bepaald gebied (wijk of community).
- 2. Huisarts in een gezondheidscentrum**. Deze heeft ten minste één specialisatie. De assistenten van beide stemmen af en zorgen bijvoorbeeld voor samenhang wat betreft het EPD.

1. Regiearts in de 'healthy places'

Participatie, welzijn, verpleging en verzorging worden geregeld vanuit de buurt. Deze worden gezamenlijk **bekostigd op basis van populatie en behaalde gezondheidsresultaten**. Het team werkt vanuit een herkenbare locatie in de wijk en bestaat uit een regiearts, een maatschappelijk werker, enkele wijkverpleegkundigen, GGZ-verpleegkundigen en verzorgenden. Het is ook de uitvalsbasis van de 'buurtbuddies' die als ogen en oren van de wijk vrijwilligers koppelen aan hulpbehoevende bewoners. Aan het hoofd van de healthy places staan de regieartsen. Zij geven leiding

en leggen in het wijkplan verantwoording af over de activiteiten. Het wijkplan is gebaseerd op allerlei geaggregeerde data.

Wat betekent dit voor functies en opleiden?

- ✚ **Regiearts:** sociaal-maatschappelijke focus (sociale geneeskunde en public health). Competenties: coördineren en leidinggeven. Patiënten motiveren tot het leiden van een gezond en actief leven.
- ✚ **Verpleegkundigen:** Er werken veel verpleegkundigen in de wijk, op verschillende niveaus en met hun eigen specialisaties. Van de verpleegkundige die voorlichting geeft, tot de verpleegkundige die outreachend werkt voor mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen.
- ✚ Aandacht voor **gedragsbeïnvloeding en patiënt-empowerment** tijdens de verschillende opleidingen is belangrijk. Preventie staat in het teken van maatschappelijke participatie (op alle levensdomeinen).
- ✚ **Er zijn GGZ-professionals werkzaam** die mensen met lichte GGZ- problematiek helpen actief te participeren in de maatschappij.
- ✚ **Alle professionals in de huisartsenzorg** zullen veel met elkaar moeten samenwerken, elkaars discipline verstaan en naar elkaar kunnen verwijzen. Zij moeten daarnaast oog hebben voor het inzetten van inwoners bij het verbeteren van welzijn en gezondheid van de mensen van de wijk.

2) Huisarts in gezondheidscentrum

Bij somatische klachten gaat men naar de huisarts in het gezondheidscentrum. Deze huisartsen hebben **allemaal een specialisatie** waarmee zij een bijdrage leveren aan de verbetering van zorgverlening in de praktijken. Naast de huisarts werkt daar de fysiotherapeut, verloskundige en apotheker. Maar ook specialisten zoals revalidatieartsen, internisten (diabetes), longartsen en hartspecialisten werken voor het gezondheidscentrum. Samen delen zij assistenten die hen ondersteunen en helpen bij eenvoudige medische ingrepen. Ook onderhouden zij de patiëntendossiers, en ze rapporteren aan de -aan de patiënt gelinkte- 'healthy place'. Er vindt veel meer diagnostiek plaats in de praktijk. Ook voeren de huisartsen veel meer ingrepen uit die voorheen in het ziekenhuis werden gedaan. Er wordt volop gebruik gemaakt van consultatie van medisch specialisten via beeldbellen. Ook het 'videospreekuur' wordt volop gebruikt: 25% van de klachten wordt inmiddels op deze manier afgehandeld.

Wat betekent dit voor functies en opleiden?

- ✚ **Huisarts:** is met name medisch georiënteerd en kiest tijdens de opleiding voor een specialisatie. Huisartsen voeren vaker kleine chirurgische ingrepen uit die tien jaar geleden nog in het ziekenhuis gebeurden.
- ✚ Er werken **medisch specialisten** in een gezondheidscentrum.
- ✚ Ook werken er **gespecialiseerd verpleegkundigen** en **verpleegkundig specialisten**. Zij voeren routinematige handelingen, zoals endoscopieën en puncties, injecteren en voorschrijven van receptgeneesmiddelen, zelfstandig uit. De lijst voorbehouden handelingen die gespecialiseerd verpleegkundigen uit mogen voeren, wordt steeds vaker uitgebreid.
- ✚ **Doktersassistenten** worden praktijkassistenten. Zij werken voor alle disciplines in het centrum. Zij schakelen met de 'healthy places' en daarom moeten zij goed om kunnen gaan met gegevensverzameling, interpretatie, vertalen en rapportage van data.

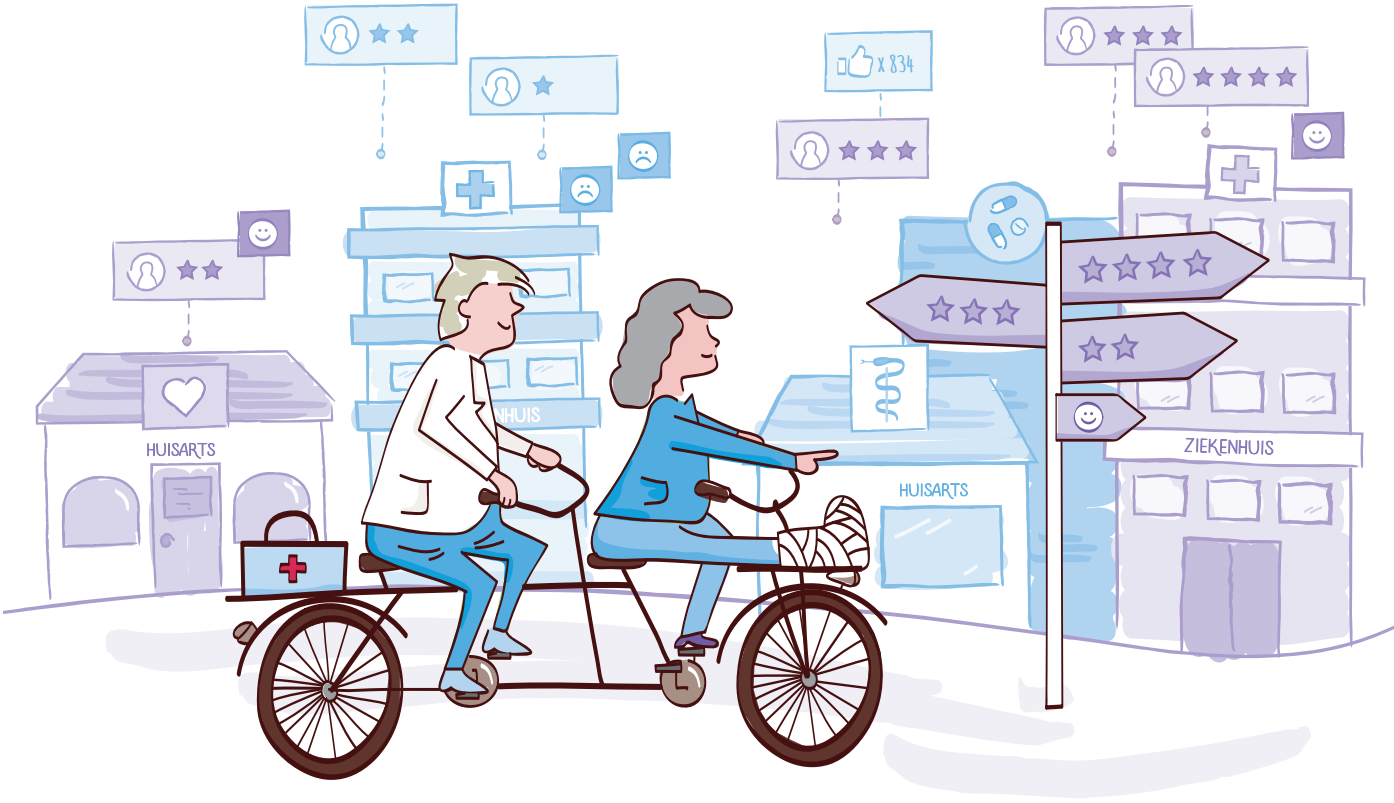
Dilemma

Een 'van boven opgelegde' participatiesamenleving kan calculerend gedrag aanwakkeren en daarmee een negatieve invloed hebben op de intrinsieke motivatie van mensen om iets (extra's) te doen voor een ander.

SCENARIO 2

DO IT OURSELF DEMOCRACY

VEEL SOLIDARITEIT AUTONOME BURGER



Het is 2025. Na falen en schandalen van overheid en bedrijfsleven hebben burgers het heft massaal in eigen handen genomen. Veel zorg wordt onderling geregeld in online en offline communities. Eigen kracht is de maat geworden. En data en techniek? Die worden daarbij volop gebruikt, maar privacy is wel heilig.

Wat gebeurde tussen 2015 en 2025?

2015 wordt afgesloten met het woord van het jaar: 'Sjoemelsoftware'. Het luidt een periode in van steeds meer wantrouwen richting overheid, inspecties en andere overheidsinstanties, die regelmatig zelf betrokken blijken bij grote misstanden. Dit terwijl er talloze bezuinigingsrondes komen en de werkloosheid door automatisering toeneemt.

Van de overheid verwacht men steeds minder. Na een privacy schandaal in 2018 waardoor gegevens van miljoenen burgers op straat komen te liggen door een fout van de AIVD, krijgt de overheid een sterkere rol als hoeder van privacy. Wil een bedrijf persoonsgegevens van je gebruiken, dan wordt expliciet om toestemming gevraagd. Je gegevens moeten ook altijd weer 'vergeten' worden wanneer je daar om vraagt. Bedrijven worden keihard afgeserveerd als zij ons vertrouwen niet meer hebben. Technologische innovatie richt zich op creatieve en efficiënte oplossingen waar véél mensen van kunnen profiteren.

Er is een maatschappelijke herwaardering voor solidair gedrag. Er is behoefte aan echt contact, aan verbinding. De burger neemt steeds vaker zelf het heft in handen. Zij start eigen initiatieven en sociale ondernemingen. De deeleconomie groeit sterk en er komen allerlei peer-to-peer netwerken waarbij gebruikers zonder tussenkomst van een commerciële partij met elkaar in contact komen. Innovatie komt vooral van nieuwe kleine startups, die transparant zijn in hoe zij werken.

Data en technologie

De algemene opinie is dat met technologie voorzichtig en zorgvuldig moet worden omgesprongen. Doordat we onze privacy enorm afschermen, is er juist meer vertrouwen in het gebruik van technologie en data. Je bepaalt altijd zelf wie van jou mag zien, en wie niet. **Met data wordt volop vergeleken:** eigen gezondheid, klachten, behandelervaringen, beoordeling van artsen. "De meeste mensen die mijn klachten hebben, krijgen dit medicijn voorgeschreven. Waarom ik niet?" De patiënt heeft direct toegang tot zijn of haar elektronische dossier, en mag daarin schrijven.

Er wordt volop gebruik gemaakt van **digitale manieren om hulp en zorgvraag te inventariseren.** Buurtbuddies helpen mensen die minder digitaal vaardig zijn om deze platforms te gebruiken. Verbeteringen en veranderingen in de zorg starten met burgerinitiatieven. Zaken die eventueel via de nationale overheid

worden geregeld, worden eerst in referenda aan burgers voorgelegd.

Patiëntenraden en wijkraden bundelen data. Daarmee onderzoeken zij samen; "is dit wel een gezonde wijk? Of zien we het effect van gevaarlijke stoffen van het nabijgelegen industrieterrein in ons bloed terug?"

Hoe denken we over zorg?

Er is een collectieve basisverzekering. De zorgverzekeraars hebben een marginale rol, zij trekken zich terug op een positie als schadeverzekeraar. De zorg is soberder ingericht, er wordt van een **groter eigen verantwoordelijkheid van de burger** uitgegaan.

De online deeleconomie heeft bijgedragen aan een omslag van formele zorg naar informele steun. Door onder meer gebruik van Big Data kun je veel beter bepaalde zorg afwegen, onnodig behandelen is dan ook 'not done' en de (financiële) verantwoordelijkheid daarvoor ligt meer bij de burger. Zorgprofessionals coachen en begeleiden bij deze afwegingen. Voor veel mensen is het al vrij normaal geworden om voornamelijk naar de digital only huisarts gaan, voordat zij een beroep doen op duurdere zorg.

Omdat eigen kracht de maat is geworden en veel meer mensen in deeltijd werken, is de informele zorg goed georganiseerd. Zo zijn er veel 'buurtbuddies': mensen waar hulp aan gevraagd kan worden en die een 'oogje in het zeil' houden. De fysieke en virtuele wereld zijn sterk met elkaar verweven in communities. Chronisch zieken zijn online verenigd in (internationale) patiëntenplatforms waar voorlichting wordt gegeven, en ervaringen en hulp worden uitgewisseld. Hulp door lotgenoten vormt een sterk alternatief voor begeleiding door professionals.

De (huisartsen)zorg

In de zorg neemt de patiënt zelf een duidelijke verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en voor zijn/haar zorg. De patiënt is daarin behoorlijk sturend geworden. Deze weet soms meer dan de huisarts, doordat hij of zij zich goed laat informeren en over data van de eigen gezondheid beschikt. De huisarts en de patiënt zijn als het ware een tandem. De ene keer zit de huisarts aan het stuur, de andere keer zit de huisarts achterop. **De arts treedt op als coach,** waarbij gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) op de voorgrond staat. Daarnaast speelt de huisarts een rol in de politieke besluitvorming (gemeente). Hij stelt buurtgerelateerde gezondheidsrisico's aan de orde.

Er is veel minder sprake van 'standaarden' of ketens. Zorg is heel erg op maat geworden. Dit betekent dat het aanbod flexibel ingezet kan worden. Een vaste huisarts is niet noodzakelijk of wordt niet afgedwongen.

Wat betekent dit voor functies en opleiden?

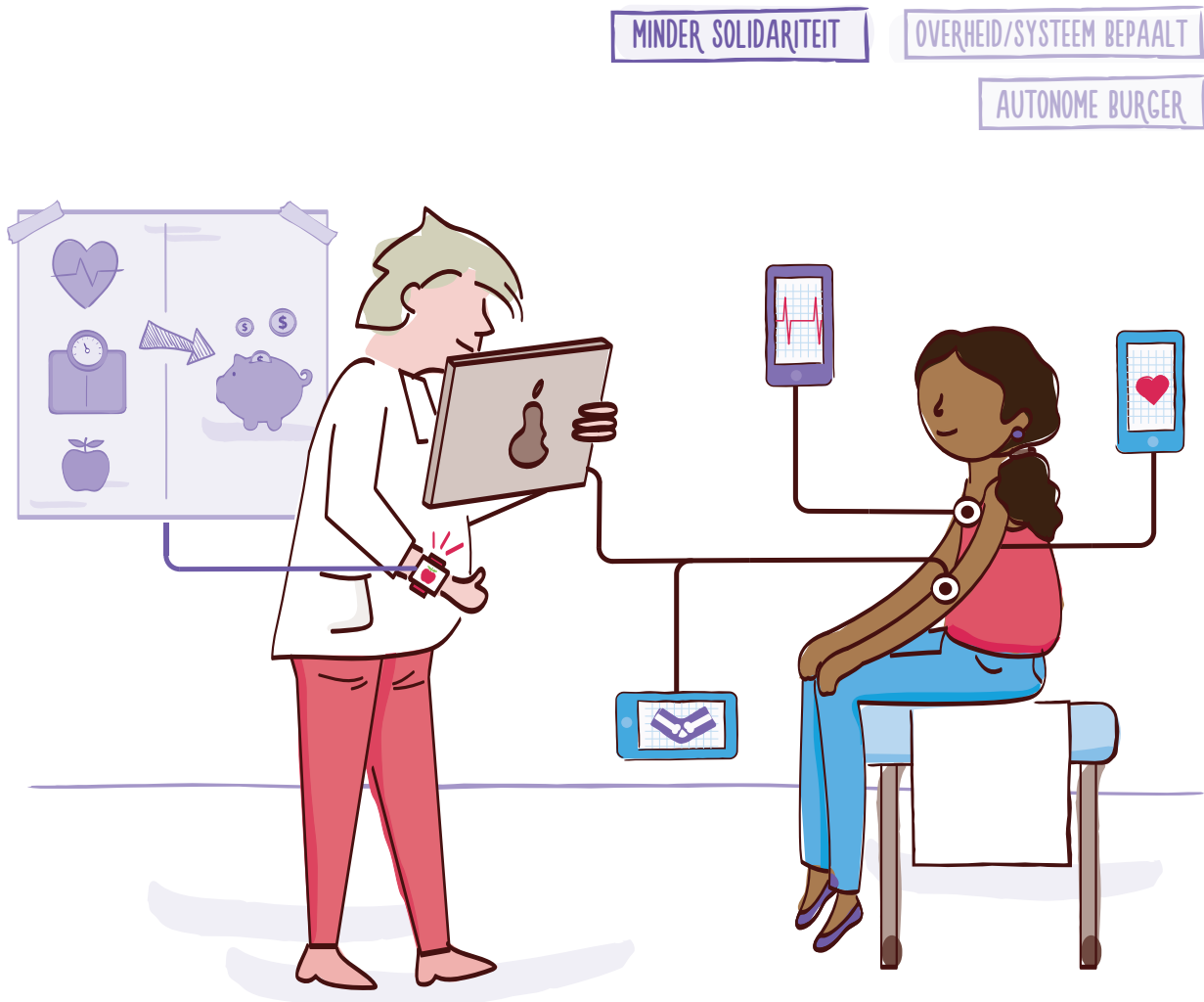
- + De **beroepsverantwoordelijkheid** van de huisarts wordt opnieuw gedefinieerd. In hoeverre is de huisarts nog verantwoordelijk voor de keuzes die de patiënt maakt?
- + Er zijn **minder huisartsen nodig** doordat meer huisartsen digital only werken.
- + Huisartsen houden rekening met waarden en voorkeuren van individuele zorgvragers. Alleen de **sterk sociaal vaardige** huisarts heeft klandizie.
- + Belangrijke competenties: coachingsvaardigheden, omgaan en duiden van data, en shared decision making. Zorgprofessionals doen met elkaar aan intervisie.
- + De huisarts heeft een andere attitude: deze moet accepteren dat zij (of hij) soms 'achterop de tandem' zit.
- + Van alle professionals in de huisartsenzorg geldt dat **kennis van de sociale kaart** heel belangrijk is.
- + Relatiebeheer met zorgprofessionals, communities en buurtbuddies is belangrijk.
- + De huisarts is een **overtuigend adviseur** naar gemeenten en andere instanties.
- + **Praktijkondersteuners werken niet meer in de huisartsenpraktijk**, maar worden ingehuurd door patiëntgroepen. Hij of zij geeft advies en voorlichting en koppelt patiënten aan buurtbuddies of lotgenoten. Ook helpt de ondersteuner bij het interpreteren van data.
- + Er zijn **minder doktersassistenten nodig**. Zij nemen gedelegeerde taken over daar waar de diagnose gesteld is.

Dilemma

Krijgen mensen die minder sociaal vaardig en 'likeable' zijn wel voldoende zorg en ondersteuning?

SCENARIO 3

DR. \$. DATA



Het is 2025. Er is een summiere basisverzekering met daarnaast een breed palet van (duurdere) maatwerkverzekeringen. We profiteren volop van big data, deze leren ons van alles over gezond blijven. De meeste mensen doen niet meer zo moeilijk over privacy. Het bedrijfsleven maakt hier dankbaar gebruik van en ook de verzekeraar, die ermee stuurt en selecteert.

Wat gebeurde tussen 2015 en 2025?

De economie floreert door technologische doorbraken, automatisering en robotisering. Er vindt verdere mondialisering plaats. De baten van de technologische vooruitgang komen grotendeels terecht bij de bezitters van technologie. Nederland wordt rechtser en de overheid trekt zich meer terug. De werkgelegenheid neemt af en de tweedeling in de maatschappij neemt toe.

Door wetenschappelijke doorbraken stijgt de levensverwachting, waardoor de vergrijzing nog sterker toeneemt dan aanvankelijk gedacht. De pogingen om burgers het heft in eigen hand te laten nemen rond de organisatie van zorg mislukken. Doordat er veel te vaak te laat aan de bel wordt getrokken, stijgen de zorgkosten juist. Onderzoeken op basis van big data wijzen uit dat preventie vanuit de overheid maar weinig heeft opgeleverd. Zelforganisatie van zorg in de wijk en het binnenhalen en houden van de informele zorg? De patiënt en zijn of haar omgeving maken het niet waar.

De ontevredenheid over hoe de zorg is georganiseerd, neemt toe. Met name onder de groep mensen met hogere inkomens, die relatief steeds meer betalen voor hun premie. Zij zijn het zat dat er steeds meer geld naar de collectief betaalde zorg gaat, terwijl de kwaliteit minder wordt. Daarom wordt in 2022 een **sobere basiszorgverzekering** ingevoerd, met daarnaast een keur aan duurdere maatwerkverzekeringen. Het is vanaf dan aan de verzekeraar en het bedrijfsleven, om te zorgen voor innovatie en organisatie van zorg en preventie.

Hoe denken we over zorg?

Ook al is de basiszorgverzekering laag, er is een toenemend aantal onverzekerden. Patiënten die geld hebben bepalen wanneer, hoe en welke zij zorg willen hebben. Ouderen die het zich kunnen veroorloven, wonen in afgeschermden wijken of buurten. Heb je weinig te besteden, dan ben je in eerste plaats aangewezen op familie, vrienden en burens. Zorgvragers die ook daar geen geld voor hebben, zijn aangewezen op liefdadigheid van de nieuwe charitas, die vanuit kerken en moskeeën ontstaat.

De overheid zorgt ervoor dat private partijen geen last hebben van belemmeringen door regelgeving, zodat er volop wordt geïnvesteerd en geïnnoveerd rondom zorgtechnologie. De vooruitgang is enorm. Door gebruik van big data is er veel meer inzicht in bijvoorbeeld wat gezond gedrag is, hoe een gezonde

leefomgeving er uit ziet, welk voedsel wel en niet gezond is. We stemmen ons eten vaker af op ons zogenaamde genenpaspoort. Verzekeraars werken samen met de voedselindustrie aan gezond voedsel. Een veelheid aan apps' en wearables vertelt ons precies hoe het met ons lichaam gesteld is en al deze technologische hulpmiddelen of gadgets **stimuleren ons om gezonde(re) keuzes te maken**. Product- en dienstenontwikkeling gebeuren op basis van voorstellingen waarbij gekeken wordt wat de meest effectieve keuze is in functie van de welvaart. Werkgevers zijn kritisch op de gezondheid van hun eigen medewerkers. De medische keuring is weer ingevoerd.

Data en techniek

De private zorgtechnologiesector is een hevig competitieve markt geworden. De zorgverzekeraar en het bedrijfsleven maken beslissingen op basis van big data, bijvoorbeeld op gebied van innovatie en preventie. Er is een goed werkend, algemeen geaccepteerd elektronisch patiëntendossier. In de maatschappij is **men soepeler gaan denken over de noodzaak en het nut van privacy** en daarmee is de privacydiscussie uit het begin van de 21^e eeuw verstomd. Er is voorzien in voldoende basale privacybescherming. Verzekeraars meten klantgedrag en belonen gezond en risicomijdend gedrag. Kun je aantonen dat je gezond leeft (bijvoorbeeld door middel van je smart watch of ingebrachte chip), dan ontvang je **korting op je premie**. Gezondheidsdata worden daarnaast gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. Zij die aan hun privacy (of ongezonde leefstijl) willen vasthouden, betalen daarvoor.

De (huisartsen)zorg

1. De meeste mensen hebben een basisverzekering. Zij bezoeken de basishuisartsenvoorziening: daar werken huisartsen die **in loondienst zijn bij de zorgverzekeraar**. De zorgverzekeraar betaalt een deel van de studie geneeskunde. Dit wordt terugbetaald in de eerste jaren als werknemer in de basishuisartsenvoorziening. De huisartsen hebben een sterke poortwachtersrol. Ze worden geholpen door het vele ondersteunend personeel in de praktijk. Daarnaast wordt volop gebruik gemaakt van digitale mogelijkheden. Zo bestaat de anamnese uit een elektronische vragenlijst. Er wordt bepaald of, bij wie, en wanneer je een afspraak hebt: bij de huisarts of één van de ondersteuners. Je wordt gekoppeld aan gewenst niveau en aandachtsgebied van de zorgprofessional. De specialist komt voor ingrepen op

gezette tijden langs bij de huisartsenvoorziening. Na een consult is er altijd een digitale evaluatie. Er zijn louter digitale consulten, en die zijn gratis. Voor contact wordt een kleine eigen bijdrage gevraagd.

2. Daarnaast is er een groep huisartsen die zich richt op het rijkere segment in de samenleving. Zij krijgen betaald voor zorg die valt onder de **superpolissen**. Deze huisartsen werken anders: zij komen wanneer de patiënt hen oproept, op een tijd (en plaats) naar keuze. Verder werken zij nauw samen met klinieken en health centers die een mix van reguliere en niet-reguliere zorg aanbieden (yoga, mindfulness, bodyscans en health checks).
3. De grote bedrijven in Nederland investeren flink in de gezondheid van hun eigen medewerkers. Veel van hen hebben voor hun werknemers 'superpolissen' afgesloten. De zorg die daar onder valt, is specifiek afgestemd op het werk dat je doet. In ruil voor afname van deze polis, heeft jouw werkgever inzicht in jouw gezondheidsgedrag. Elk bedrijf dat zo werkt, heeft een of meerdere **bedrijfsartsen**, die zich met veel meer dan alleen ziekteverzuim bezig houden. Zij hebben een informatieplicht naar de zorgverzekeraar. Er zijn vele bedrijfsgezondheidscentra in Nederland.
4. Er is tenslotte weer een groep **charitas** (artsen en verpleegkundigen) die elementaire basiszorg verleent aan onverzekerden. Zij worden betaald uit een sociaal fonds en zijn in de arme buitenwijken van Amsterdam te vinden. Zij worden door burens, kerken en moskeeën veelal ingeschakeld bij schrijnende of ernstige gevallen. Als student geneeskunde krijg je korting op je collegegeld als je je inzet voor de charitas.

- + De basishuisarts is een **streng poortwachter** met betrekking tot het basispakket.
- + Er werken **meer gespecialiseerd huisartsen**, die steeds meer werk uit handen nemen van medisch specialisten in de ziekenhuizen.
- + De meeste huisartsen doen 1 á 2 dagen per week '**digitale consulten**'. Dat doen zij met patiënten uit heel Nederland, wat heel efficiënt blijkt.
- + Door onder meer de digitale anamnese, triage en innovatie rond diagnostiek is taakdelegatie meer mogelijk. Er werken dan ook meer doktersassistenten, praktijkondersteuners en verpleegkundig specialisten.

- + Er werken ongeveer evenveel huisartsen, maar wel **meer ondersteuners** in de huisartsenzorg. De verzekeraar ziet dat hun inzet veel oplevert en zij zijn nodig vanwege de toegenomen diagnostiek in de eerste lijn.
- + De doktersassistent heeft een belangrijke rol in **vertalen van data en voorlichting**.
- + De verpleegkundige neemt een deel van de caseload van de huisarts over. De praktijkondersteuner doet veel '**bemoeizorg**'. Daarom kent de verpleegkundige opleiding veel verschillende specialisaties, voor praktijkondersteuners met ieder hun eigen expertisegebied.
- + **Gedragbeïnvloeding** is een belangrijke competentie voor de professionals in de huisartsenzorg.
- + Lichte GGZ-problematiek vindt niet meer plaats in de huisartsenpraktijk. Patiënten gaan daar in de eerste plaats voor naar een digitale hulpverlener. Deze begeleidt en behandelt patiënten online.
- + De huisarts **bepaalt beleid op basis van data**. Deze moet daarom goed om kunnen gaan met hulpmiddelen zoals de Google Glass. Er wordt evidence based gewerkt (met name richting de verzekeraar).
- + Personeel moet kunnen omgaan met gemotiveerde, goed geïnformeerde patiënten. Deze willen nog wel eens de **strijd aangaan** om waar zij recht op denken te hebben.
- + Er is niet één vertrouwd gezicht meer, daarom moet de huisarts in staat zijn om in hele korte tijd een **vertrouwensband** met iemand te creëren.

Dilemma's

- + Wat doen we tegen cybercrime en hackers waarmee mensen proberen hun 'gezondheidsdossier' positief te beïnvloeden?
- + Zal er een zwarte markt ontstaan van 'bijklassende' (niet altijd goed gekwalificeerde) medici?

Reflectie op de scenario's

Wat zijn vanuit arbeidsmarktperspectief de voornaamste verschillen tussen de scenario's?

1. Hoeveel personeel is werkzaam?

Ziet de wereld er in 2025 uit als in de twee scenario's waarbij de 'overheid / het systeem' het met name voor het zeggen heeft, dan zal er meer personeel werkzaam zijn in de huisartsenzorg. De poortwachtersrol van de huisarts wordt versterkt, omdat dat in het scenario loont voor overheid of verzekeraar. In scenario 'Do it Ourself Democracy' zal er juist minder personeel nodig zijn. Mensen kiezen vaker voor een 'digital only' huisarts, voor niet-reguliere zorg, of voor directe toegang tot de specialist. In dit scenario zal veel minder vraag zijn naar praktijkondersteuners en doktersassistenten.

2. Wat voor type zorgprofessional is werkzaam?

Ook de 'attitude' van de professional in de verschillende scenario's loopt sterk uiteen. Zo is de huisarts in scenario 'Do it Ourself Democracy' een gids, een adviseur en soms een lobbyist richting belangrijke partijen in het leven van de burger, terwijl de huisarts in 'Dr \$. Data' een puur rationele arts is, die afgaat op 'data' en sterk gestuurd wordt door zijn werkgever, de verzekeraar. Overigens zijn er in datzelfde scenario huisartsen werkzaam met een compleet andere voorkeur, zoals werken in de charitas, en vergeet niet de huisarts die werkt voor het rijkere segment. Deze zal veel meer een gids zijn voor zijn clientèle. Er zal geen GGZ-zorg meer onder huisartsenzorg vallen in 'Dr. \$. Data'. De regiearts en al het ondersteunend personeel in 'Opgelegde Participatiesamenleving' zijn motiverende professionals met veel oog voor het sociale aspect van gezondheidszorg, zij doen ook volop aan bemoeizorg.

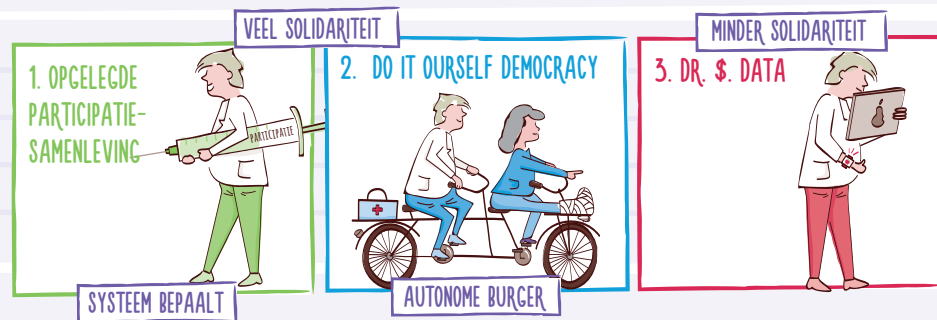
3. Welke vaardigheden zijn belangrijk?

- ✚ Motiveren, interdisciplinair samenwerken, leidinggeven (huisarts), data-analyse en rapportage ('Opgelegde' participatiesamenleving)
- ✚ Gedragsbeïnvloeding, data-interpretatie, ('Dr. \$. Data')
- ✚ Overtuigen, vraaggestuurd werken, lobbyen (Do it Ourself Democracy)

Robuuste optie:

Robuuste opties zijn in scenarioplanning opties die in alle scenario's passen. In alle scenario's wordt het belangrijker om te kunnen omgaan met data en technologie en om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen als robotica. Nu al worden artsen geconfronteerd met uitslagen van apparaten zoals FitBit, dit zal in de toekomst nog veel meer gebeuren. Volgens de experts is het niet zozeer de vraag wat er allemaal kán op dat gebied, maar meer: wat wordt er met de data gedaan, en bij wie zijn die in handen? Bovendien is het de vraag wat de patiënt zelf accepteert of wil met betrekking tot het zelf zien van de professional. Het liefst blijven mensen hun eigen dokter in levende lijve zien, maar in hoeverre houdt dat stand als er een financiële prikkel wordt geboden of als er mooie digitale varianten beschikbaar zijn?

Tabel 1: gevolgen voor functies huisartsenzorg per scenario samengevat



Hoeveel personeel?	<ul style="list-style-type: none"> + Meer huisartsen + Ongeveer evenveel ondersteunend personeel 	<ul style="list-style-type: none"> + Minder huisartsen + Veel minder ondersteunend personeel 	<ul style="list-style-type: none"> + Ongeveer evenveel huisartsen + Meer ondersteunend personeel door taakdelegatie
Vaardigheden?	<ul style="list-style-type: none"> + Motiveren en patiënt-empowerment + Leidinggeven (huisartsen) + Samenwerken + Kennis sociale kaart + Data-analyse en rapportage 	<ul style="list-style-type: none"> + Adviseren + Shared decision making + Overtuigen + Vraaggestuurd werken 	<ul style="list-style-type: none"> + Gedragsbeïnvloeding + Data-analyse en interpretatie + Evidence based werken
Type professional?	<ul style="list-style-type: none"> + Sociale, motiverende persoonlijkheid + Knip tussen regie-arts en arts in gezondheidscentrum. 	<ul style="list-style-type: none"> + Sterk sociaal vaardige gids / lobbyist 	<ul style="list-style-type: none"> + Rationeel type + Volgend (loondienst)
Hoe is de zorg?	<ul style="list-style-type: none"> + Veel aandacht voor welzijn, participatie en gezond gedrag. + Bemoeizorg. 	<ul style="list-style-type: none"> + Zorg is maatwerk, vaste huisarts wordt niet afgedwongen. 	<ul style="list-style-type: none"> + Volop innovatie van zorg + Veel mogelijk (voor wie betaalt) + Charitas voor wie buiten de boot valt

Scenarioplanning: onze aanpak en ervaringen

“Thinking through [scenario] stories, and talking in depth about their implications, brings each person’s unspoken assumptions about the future to the surface. Scenarios are thus the most powerful vehicles I know for challenging our ‘mental models’ about the world and lifting the ‘blindness’ that limit our creativity and resourcefulness.”

Peter Schwartz

(Peter Schwartz (1949) was ooit hoofd scenarioplanning bij Shell. Hij schreef *The Art of the Long View: Planning for the Future in an Uncertain World*)

De methodiek die we hebben toegepast, is grotendeels gebaseerd op het boek ‘Wijzer in de toekomst’ van Jan Nekkens. Hij beschrijft scenario’s als ‘aannemelijke verhalen, die een combinatie zijn van realisme en verbeeldingskracht.’ Scenario’s bevatten meestal drie onderdelen:

1. Een integrale beschrijving van de toekomst
2. Beschrijving van enkele belangrijke elementen of gebeurtenissen in het heden
3. Een plausibel en logisch ontwikkelingspad dat verklaart hoe de toekomst uit het heden is ontstaan

Wat is scenarioplanning wél?

- + Creatief maar gestructureerd nadenken over de toekomst.
- + Extreme toekomstschetsen die nog wel plausibel zijn.
- + Gebaseerd op onzekerheden (het onvoorspelbare) met veel impact.

Wat zijn scenario’s niet?

- + Voorspellingen van de toekomst.
- + Trendrapporten met kwantitatieve onderbouwing.
- + Wetenschappelijk dichtgetimmerde waarheden.

Scenarioplanning kun je inzetten vanwege verschillende redenen en met verschillende doelen. Nekkens noemt in zijn boek de volgende redenen en doelen:

- + als planningsinstrument: het helpt om strategische keuzes voor te bereiden
- + als leerinstrument: bijvoorbeeld voor collectief leren (dan is proces belangrijker dan resultaat)
- + om nieuwe business of beleid te ontwikkelen: toekomstscenario’s als ontwerpatelier
- + om huidig beleid te evalueren: hoe verhoudt dit zich naar de toekomst? Scenario’s als testomgeving voor je huidige beleid.

Scenario: ‘een intern consistente schets van een toekomstige situatie, ontwikkelingen of gebeurtenissen waarin strategische beslissingen hun uitwerking kunnen hebben’ (Nekkens, *Wijzer in de toekomst* pag. 18).

Paradigma: Het geheel van gedeelde impliciete regels en aannames hoe naar de wereld te kijken (dominant denken)

- + Ze laten zien hoe de wereld in elkaar steekt.
- + Ze maken mensen blind voor informatie die strijdig is met de impliciete regels en aannames.
- + Je sluit je af voor nieuwe richtingen, oplossingen en innovatie.

Drijvende krachten: de langzame, geleidelijke processen en de structurele factoren zijn bepalend voor hoe een systeem zich ontwikkelt, niet de gebeurtenissen van alledag.

Hoe wij scenarioplanning toegepast hebben

1. Voorbereidende fase

In de voorbereidende fase hebben wij door middel van desk research en overleg trends en onzekerheden verkend. Om niets over het oog te zien, is de DESTEP⁷-methodiek toegepast. Deze stap diende als schaduw-informatie voor de verdere focusgroepbijeenkomsten, waar dezelfde stap werd toegepast maar dan met de snelkookpanmethode. Achteraf bezien is het verstandig dat we deze stap hebben genomen. Doordat wij zelf goed ‘gevoed’ waren, konden we de uitkomsten van de eerste focusgroepbijeenkomst sneller en beter interpreteren en verwerken. Ook konden we de deelnemers aan de bijeenkomst nog aan thema’s laten denken waar zij zo snel niet zelf op zouden komen.

7. DESTEP is acroniem voor Demografisch, Economisch, Sociaal-cultureel, Technologisch-wetenschappelijk, Ecologisch en Politiek-institutioneel. Dit zijn allemaal factoren die de externe omgeving bepalen. DESTEP is daarmee een manier om op macroniveau naar ontwikkelingen te kijken zonder iets over het hoofd te zien.

2. Eerste focusgroepbijeenkomst

Tijdens een bijeenkomst van 2,5 uur hebben wij allereerst alle deelnemers kort meegenomen in scenarioplanning als methodiek. We hebben hen gevraagd zich te houden aan een aantal 'spelregels':

- + Niemand en iedereen heeft gelijk
- + Niemand kent de toekomst, de toekomst is altijd anders
- + Consensus is niet nodig
- + Schud je dominante denken van je af
- + Verplaats je in voorheen ondenkbare toestanden
- + Verwelkom ideeën eerst voordat je ze wegwerpt
- + Stel een oordeel uit
- + Overweeg het absurde, het ondenkbare, want niets is onmogelijk in de toekomst
- + De tegendraadse opvatting is goud waard

Vervolgens hebben we de groep gesplitst in tweeën en hebben we de deelnemers gevraagd zoveel mogelijk (onzekere) ontwikkelingen op te schrijven waarvan zij niet precies weten welke kant het op gaat i.r.t. de huisartsenzorg. Daarna hebben we gevraagd deze factoren te clusteren (denk in systemen). Tenslotte zijn alle trends en ontwikkelingen gescoord op 1. de mate van impact op de arbeidsmarkt van de Amsterdamse huisartsenzorg en 2. de mate van voorspelbaarheid.

3. Constructie scenarioframework

Met de 'scores' op de trends en ontwikkelingen hebben wij in de periode tussen de twee focusgroepbijeenkomsten voor twee 'kernonzekerheden' gekozen. Hiermee hebben we een scenarioframework opgesteld. Er ontstonden twee assen waarmee we –zoals gebruikelijk bij scenarioplanning – in eerste instantie op vier scenario's kwamen.

4. Tweede focusgroepbijeenkomst

Tijdens de tweede bijeenkomst hebben we het scenarioframework getoetst. Ook hebben we de deelnemers gevraagd zo levendig mogelijk in te vullen hoe de huisartsenzorg eruit zou zien in het betreffende scenario en wat dit betekent voor de competenties, vaardigheden, samenstelling en omvang van het team van professionals in de huisartsenzorg. Al gauw bleek dat de deelnemers niet goed uit de voeten konden met twee scenario's (scenario's op de as bij 'weinig solidariteit', die verschilden van elkaar met betrekking tot 'wie bepaalt / heeft de data'). Deze twee waren inhoudelijk te weinig onderscheidend.

5. Schrijven van de scenario's

Bij het uitwerken van de scenario's is besloten van de twee 'overlappende' scenario's één scenario te maken. Dat is 'Dr. \$ Data' geworden. Met behulp van alle input zijn de scenario's vervolgens uitgeschreven.

Onze ervaring

Scenarioplanning hebben wij ervaren als een zinvol instrument om met 'het veld' te praten over de lange-termijn toekomst. De methodiek zorgt voor een gestructureerd verloop van het uitwisselen en discussiëren van elkaars visies zonder dat 'dominant denken' de uitkomst bepaalt. Daarbij is de opbrengst niet eens zozeer wat de scenario's zélf zijn, maar geeft het juist inzicht in hoe we de huisartsenzorg nu zien, waar professionals zich zorgen om maken en wat bestaande aannames zijn over de inrichting van de zorg. Het praten over mogelijke toekomstbeelden geeft inzicht in zowel positieve als negatieve consequenties van ontwikkelingen.

Rapporten, filmpjes en artikelen die ons inspireerden

- + De toekomst van werk #1. Haroon Sheikh, Ronald van den Hoff, en Hella Hueck
- + Beter?! Toekomstbeelden van technologie in de zorg. Stichting Toekomstbeeld der Techniek
- + Op naar 2022 – toekomstscenario's wijkgerichte zorg en ondersteuning – Vilans
- + De regie in eigen hand - dr. Michel A. Dutrée, directeur Nefarma
- + De robot de baas. De toekomst van werk in het tweede machinetijdperk.
- + Spelen met de zorg van morgen. Trendboek Nictiz.

Deelnemers focusgroep Amsterdamse huisartsenzorg 2025

Karin ter Borg, coördinerend praktijkondersteuner en CIT-consulente bij Regionale Organisatie Huisartsen Amsterdam (ROHA)

Helena van Eijkeren, huisarts bij Huisartsenpraktijk van Eijkeren en van Heusden, opleidingscoördinator huisartsenopleiding VU

Hermanja Hage-Kok, GZ-psycholoog bij Psychologiepraktijk Hermanja Psycholoog in Amsterdam

Karin Gompelman, docent doktersassistent, ROC van Amsterdam

Jolijn de Graaff, huisarts en opleider bij Gezondheidscentrum Diemen-Noord

Parad Keijser, kwaliteitsmedewerker bij Stichting Gezondheidscentra Amsterdam ZuidOost (GAZO)

Luc Klaphake, huisarts bij Gezondheidscentrum Gein, huisarts opleider, en ex-voorzitter bestuur Huisartsen Kring Amsterdam

Frank Laven, huisarts bij Huisartsenpraktijk Schinkelkade, opleider, bestuurslid HC de Baarsjes en ICT consulent HC de Baarsjes

Bart Meijman, huisarts bij Huisartsenpraktijk Meijman & Pijbes, opleider, ex-voorzitter Huisartsen Kring Amsterdam, mede-initiatiefnemer 'Optimale zorg – Dappere dokters', lid van actiecomité 'Het Roer Moet Om'

Natasja Nikolaidis, praktijkondersteuner Somatiek bij Gezondheidscentrum Helmersstraat

Kees van der Post, huisarts bij Huisartsen Badhoevedorp en Landelijk coördinator onderwijs voor huisartsen in opleiding bij de Huisartsopleiding Nederland

Irma Termars, docent doktersassistent, ROC van Amsterdam

Renée Weersma, huisarts en bestuurslid WAGRO Amsterdam / Almere

Yvonne Zoetigheid, Accountmanager Contractactiviteiten Gezondheid, Sport en Welzijn bij Inholland Academy

Colofon

© SIGRA maart 2016. Publicatie uit dit werk is toegestaan, mits de bron wordt vermeld. De Amsterdamse huisartsenzorg in 2025 is een uitgave van SIGRA en is tot stand gekomen in samenwerking met 1ste Lijn Amsterdam.

Auteur – Lotte Speelman is beleidsmedewerker / onderzoeker bij SIGRA: het samenwerkingsverband van 90 organisaties en formele netwerken in gezondheidszorg en welzijn in (groot) Amsterdam, Zaanstreek Waterland en Noord-Holland Noord. SIGRA draagt bij aan de continue verbetering van samenhang, kwaliteit en efficiëntie van de gezondheidszorg en het welzijn van de burgers in het werkgebied. Neem voor meer informatie over deze publicatie contact op via l.speelman@sigra.nl of 020 512 8868.

Adviseurs – Anne-Marieke Van der Veldt en Riet Kemp zijn adviseurs bij 1ste Lijn Amsterdam: de Regionale Ondersteuningstructuur (ROS) voor de eerstelijnsgezondheidszorg in Amsterdam. Zij werken aan het verbeteren van de organisatie van een geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg in de stad, met als doel goede zorg voor alle Amsterdammers.

Illustraties en opmaak: Studio Peperklip.

