

Utrecht, 14 maart 2024

Beste lezer,

Namens de werkgroep 'Toekomstbestendige organisatie van huisartsenzorg' bieden wij u graag bijgaand rapport aan. Wij denken dat de inhoud van dit rapport verrijkend kan zijn bij het denken over de toekomst van de huisartsenzorg.

De werkgroep onder leiding van prof. dr. H.J. Schers, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde en hoofd academisch huisartsen netwerk, heeft begin 2023 een opdracht van de Raad van Bestuur van het NHG geaccepteerd. De inzet was om te komen tot een probleemanalyse voor de huisartsenzorg binnen de context van de eerstelijns, en vervolgens om oplossingen te formuleren voor de organisatie van de huisartsenzorg waarin zowel huisartsen als andere zorgprofessionals een rol kunnen spelen met een tijdslijn tot 2035.

Het document is op een methodische, systematische manier tot stand gekomen. De oplossingen die de werkgroep in het rapport schetst zijn divers, maar zeker niet uitputtend. We denken wel dat ze een groot deel van de mogelijke oplossingsrichtingen dekken. We verwachten dat het binnen uw geledingen kan bijdragen aan de discussie over toekomstbestendige organisatie van de huisartsenzorg. Het NHG zal de aangereikte oplossingsrichtingen meenemen in het traject Toekomstvisie huisartsenzorg 2025-2035.

Met vriendelijke groet,



Raymond Wetzels en Eric Scheppink  
Raad van Bestuur Nederlands Huisartsen Genootschap

# Naar Toekomstbestendige Organisatie Huisartsenzorg

Zes kansrijke oplossingsrichtingen



[Lees over het proces en auteurs](#)

[Bekijk de ontwikkelingen en  
uitdagingen](#)

[Lees de oplossingsrichtingen](#)



# Samen leveren we kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde

In het najaar van 2022 startten de gesprekken over een visie op de organisatiekracht van de eerstelijnszorg in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het NHG nam hieraan deel. Al snel bleek dat diverse partijen bij deze besprekingen onvoldoende vertrouwd waren met de inhoud en waarde van huisartsenzorg. Bovendien groeide het besef dat het NHG zelf geen heldere visie heeft op de organisatie van de huisartsenzorg. Daarom besloot het bestuur van het NHG om een werkgroep in te stellen van experts uit de brede geledingen van het NHG, InEen, de LHV en het UNH.

De opdracht was om een analyse te maken van een aantal van de huidige problemen en uitdagingen in de huisartsenzorg, inclusief een vertaling van de mogelijke oplossingen hiervoor naar adviezen voor de organisatie van de huisartsenzorg binnen de context van de eerste lijn. De voorkeur ging uit naar wetenschappelijke onderbouwde oplossingen waarvoor draagvlak zou bestaan onder huisartsen.

De werkgroep heeft de kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde als uitgangspunt genomen. Deze zijn wetenschappelijk onderbouwd en liggen ten grondslag aan een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg voor alle Nederlanders. Bovendien worden ze breed gedragen. Tegelijkertijd constateert de werkgroep dat er een toenemend spanningsveld bestaat tussen de bestaande organisatie van de huisartsenzorg, ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg en de maatschappelijke realiteit in bredere zin. In deze context is gericht gezocht naar organisatorische aanpassingen die de kern van de huisartsenzorg kunnen ondersteunen en borgen.

De analyse en adviezen van de werkgroep die in dit rapport zijn vastgelegd, zijn gebaseerd op een combinatie van ervaring(en) en bestaande kennis bij de werkgroepleden, samen met quick scans van de beschikbare literatuur. De werkgroep heeft geen systematisch literatuuronderzoek verricht.

## Leeswijzer

Hoofdstuk 1 gaat in op de inhoud en organisatie van de huisartsenzorg. Hoofdstuk 2 bevat een inventarisatie van een aantal problemen en uitdagingen van de huisartsenzorg, waarbij een rubricering wordt gehanteerd aan de hand van de genoemde veranderopgaven. Hoofdstuk 3 beschrijft een aantal zogenaamde bouwblokken met oplossingsrichtingen voor organisatorische veranderingen in de huisartsenzorg. Hoofdstuk 4 sluit af met een beschouwing.

*Werkgroep Toekomstbestendige organisatie van huisartsenzorg, januari 2024*

Dit rapport kan dienen als basis voor de verdere uitwerking van een brede visie op de organisatie van de eerste lijn als geheel. In het IZA staan onder de noemer van de organisatiekracht van de eerste lijn een aantal veranderopgaven. We hebben onze analyse hiertoe beperkt om de uitdagingen te ordenen. We focussen in dit rapport op de ervaren problemen en uitdagingen voor de huisarts die met organisatie te maken hebben. Bij de keuze voor de oplossingsrichtingen voor organisatorische veranderingen, bouwblokken genoemd, is vooral gekeken naar de haalbaarheid/uitvoerbaarheid voor huisartsen en naar de impact voor met name burgers, (eerstelijns) professionals en andere stakeholders.

# Naar Toekomstbestendige Organisatie Huisartsenzorg

## Zes kansrijke oplossingsrichtingen

De huisartsenzorg kent veel uitdagingen. Om de toekomst van goede huisartsenzorg te kunnen waarborgen moeten er principiële keuzes gemaakt worden. Een werkgroep met experts uit de gelederen van het NHG, de LHV en InEen heeft een grondige inventarisatie en analyse gemaakt van de ontwikkelingen, problemen en uitdagingen rond de huisartsenzorg. Op basis daarvan heeft de werkgroep een rapport met mogelijkheden voor verandering opgesteld in de vorm van bouwblokken. Daaruit komen in het bijzonder zes kansrijke oplossingsrichtingen naar voren en vier aanbevelingen over de rol van het NHG.

### Toetsen van problemen en drie perspectieven

De werkgroep heeft een transparant beoordelingskader gehanteerd door de verandermogelijkheden 1) te toetsen aan de vraag of ze daadwerkelijk een probleem oplossen, en 2) op waarde te beoordelen vanuit het burger-, maatschappelijk en huisartsenperspectief. De mogelijkheden dekken volgens de werkgroep een groot deel van de realiseerbare oplossingen.

### Oplossing 1

#### Digitale triage

Mogelijk kan – mits goed onderzocht en kwalitatief uitgewerkt – digitale triage (bouwblok 1b) de werkdruk verlagen, de eigen regie bij patiënten ondersteunen en patiënten beter de weg wijzen in het zorglandschap. De beroepsgroep moet daarvoor meer het initiatief krijgen en nemen.

### Oplossing 2

#### Regionale verantwoordelijkheid, kansen voor praktijkhouders

Regionale verantwoordelijkheid voor de continuïteit en ondersteuning van de huisartsenzorg (RHO's, bouwblok 4) kan de kernwaarden van de huisarts ondersteunen, bestaande praktijkhouders ontlasten en kansen bieden voor nieuwe praktijkhouders.

### Oplossing 3

#### Samenwerking binnen de trias huisarts, wijkverpleegkundige zorg en algemeen maatschappelijk werk

Het is noodzakelijk om onderzoek te doen naar uitgewerkte organisatie-modellen die gericht zijn op de verbinding tussen en gezamenlijke verantwoordelijkheid van de kernspelers in de wijk (bouwblok 2). De kernspelers zijn de huisarts, de wijkverpleging, de apotheker en het maatschappelijk werk.

### Oplossing 4

#### Taakherschikking naar de apotheker voor medicatiebewaking

Taakherschikking naar de apotheker voor medicatiebewaking (in al haar facetten, bouwblok 3c) zou betekenen dat de organisatie hiervan buiten de praktijk komt te liggen, en in samenwerking met apothekers wordt vormgegeven. Dat gaat niet ten koste van de kernwaarden van de huisarts en is goed uitvoerbaar.

### Oplossing 5

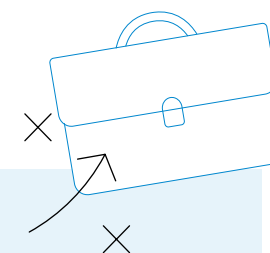
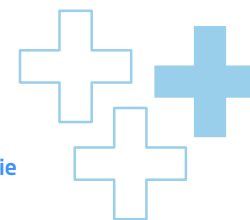
#### Organisatie van chronische zorg buiten de huisartsenpraktijk

De werkdruk kan afnemen door de zorg voor chronische, niet-complexe patiënten regionaal anders te organiseren én uit te voeren (bijvoorbeeld digitaal, bouwblok 6). De aantasting van de kernwaarden kan beperkt blijven, hoewel deze oplossing in de praktijk wel ten koste kan gaan van de persoonlijke continuïteit en integraliteit.

### Oplossing 6

#### Ontwikkelen van de potentie van Thuisarts.nl

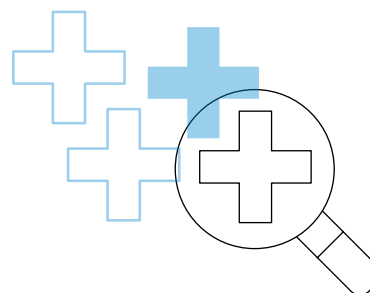
De potentie van Thuisarts.nl verdient meer aandacht (niet door de werkgroep uitgewerkt).



### Rol voor het NHG

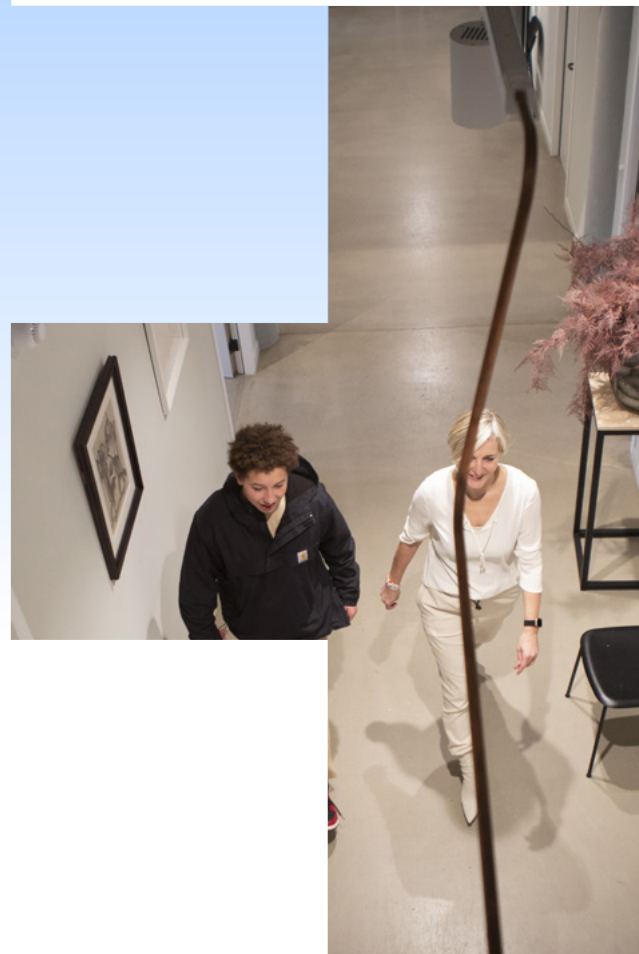
De werkgroep vindt dat het NHG:

1. zich mag inzetten voor de organisatie van de huisartsenzorg;
2. mag pleiten en lobbyen voor wetenschappelijk onderzoek naar de organisatie van de huisartsenzorg;
3. de meest kansrijke opties mag steunen;
4. het rapport mag delen met zijn leden en de huisartsenkoepelorganisaties.



# In dit document

|   |          |  |           |                       |           |
|---|----------|--|-----------|-----------------------|-----------|
| <b>Inleiding</b>  | <b>2</b> | <b>3. Oplossingsrichtingen voor toekomstbestendige huisartsenzorg</b>  | <b>14</b> |                       |           |
| Leeswijzer  | 2        | Werkwijze  | 14        |                       |           |
| <b>1. Inhoud en organisatie huisartsenzorg</b>                              | <b>5</b> | <b>Bouwblok 1</b> Toeleiding naar de huisarts  | <b>16</b> |                       |           |
| De bedoeling van huisartsenzorg   | 5        | <b>Bouwblok 2</b> Samenwerking binnen de trias huisarts, wijkverpleegkundige zorg en algemeen maatschappelijk werk | <b>20</b> |                       |           |
| De huisarts als poortwachter  | 6        | <b>Bouwblok 3</b> Taakherschikking door zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren                              | <b>22</b> |                       |           |
| Literatuur  | 7        | <b>Bouwblok 4</b> Het franchisemodel en ondersteuning van huisartsen en starters                                   | <b>28</b> |                       |           |
| <b>2. Ontwikkelingen en uitdagingen</b>                                     | <b>8</b> | <b>Bouwblok 5</b> Laagcomplexere zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren                                     | <b>30</b> |                       |           |
| De Huisartsenzorg in cijfers  | 8        | <b>Bouwblok 6</b> Chronische zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren   | <b>32</b> | <b>4. Beschouwing</b> | <b>36</b> |
| Druk op de huisartsenzorg   | 8        | <b>Bouwblok 7</b> Acute zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren  | <b>34</b> | Hoofdpijnen           | 37        |
| 1. De toestroom en eigen verantwoordelijkheid van burgers                   | 9        |  |           | Adviezen aan het NHG  | 38        |
| 2. Toegang tot de huisartsenzorg  | 10       |  |           | <b>Colofon</b>        | <b>39</b> |
| 3. Afstemming tussen zorgprofessional en patiënt                            | 10       |  |           |                       |           |
| 4. Beter samenwerken en benutten  | 11       |  |           |                       |           |
| 5. Doorstroom, uitstroom, terugstroom                                       | 11       |  |           |                       |           |
| 6. Versterking van de organisatie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg | 12       |  |           |                       |           |





# Inhoud en organisatie huisartsenzorg



Patiënten kunnen in Nederland laagdrempelig terecht in de huisartsenpraktijk voor medisch-generalistische zorg. Huisartsen zetten zich met hun teamleden in om in samenwerking met patiënten passende zorg te leveren. Over het algemeen bestaat het team in de huisartsenpraktijk uit huisartsen, praktijkassistentes en praktijkondersteuners-ggz en -somatiek. Soms zijn ook physician assistants, verpleegkundig specialisten of basisartsen werkzaam in de praktijk. Het team werkt vaak samen met andere zorg- en hulpverleners in eerste en tweede lijn. Afhankelijk van de lokale behoefte zal dat meer of minder intensief gebeuren. Huisartsenpraktijken worden zodanig georganiseerd dat ze de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de zorg voor de populatie die bij hen is ingeschreven, samen met andere betrokken zorg- en welzijnspartners.<sup>1</sup>

## De bedoeling van huisartsenzorg

Volgens het Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg kan elke patiënt die bij de huisarts is ingeschreven rekenen op zorg.<sup>2</sup>

De huisarts werkt persoonsgericht, met oog voor de context en het (gezins)systeem. Vaak neemt de patiënt zelf het initiatief om contact met de huisarts op te nemen, maar soms doet de huisarts dat, bijvoorbeeld nadat de patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis of bij belangrijke life events. De huisarts vormt in Nederland vrijwel altijd de eerste toegang tot de medisch-professionele zorg.

Een van de vier kernwaarden van de huisartsgeneeskunde betreft het aangaan van langdurige relaties met patiënten (continuïteit).<sup>3</sup> Het is aangetoond dat een langdurige huisarts-patiëntrelatie een positief effect heeft op relevante uitkomsten van zorg.<sup>4</sup> Meer continuïteit leidt tot een afname van het aantal verwijzingen, aanvullend diagnostisch onderzoek en medicatievoorschriften. Patiënten vinden het bovendien belangrijk dat huisartsen hun patiënten goed kennen (continuïteit maakt de zorg meer persoonsgericht en verlaagt de drempel voor gezamenlijke besluitvorming) en dat ze deskundig zijn

(medisch-generalistisch).<sup>5</sup> Dat wil overigens niet zeggen dat persoonlijke continuïteit altijd en overal van belang is. Patiënten zelf kiezen soms op goede gronden voor ‘discontinuïteit’, bijvoorbeeld wanneer ze binnen de eigen praktijk een afspraak maken bij een andere huisarts. Huisartsen en patiënten verschillen echter niet van mening voor welke problemen continuïteit en persoonsgerichte aandacht essentieel zijn.<sup>6</sup>

Doordat de huisarts zijn patiënten langdurig kent, kan hij ook proactief zorg dragen voor de ingeschreven patiëntenpopulatie als geheel (voor de noden van de individuen en die van de wijk). De huisarts kan al vroeg verbanden zien tussen de verschillende klachten en hulpvragen, en daarmee zowel diagnostiek en beleid in context plaatsen, als preventieve adviezen geven (passende zorg bij uitstek). Vooral bij chronische aandoeningen kan proactief handelen verergering van klachten voorkomen. Met andere woorden: alleen door persoonlijke continuïteit van zorg kan de huisarts voor alle patiënten het overzicht behouden over het scala aan gezondheidsklachten.

We kunnen in de huisartsenpraktijk verschillende categorieën zorgvragen onderscheiden. Allereerst van patiënten met enkelvoudige gezondheidsklachten die meestal in een of soms twee consulten snel en efficiënt worden behandeld, bijvoorbeeld bij rugpijn, een blaasontsteking, tennis-elleboog, longontsteking of spierblessures. Daarnaast heeft een aanzienlijk deel van de patiënten een of meer

chronische aandoeningen, waarvoor de huisartsenzorg chronische zorgprogramma’s aanbiedt (diabetes, COPD en CVRM) of zorg organiseert volgens de vigerende richtlijnen (bijvoorbeeld jicht, chronische depressie en eczeem). Een derde onderdeel is arbeidsintensief en betreft de zorg voor patiënten met complexe problemen waarbij ziekten, gezondheidsklachten en problemen op het gebied van wonen, werken en participatie samengaan. Dit is onder andere het geval bij (oudere) kwetsbare mensen, bij mensen met multimorbiditeit (bijvoorbeeld complexe ggz-problematiek) en ook bij mensen in de terminaal palliatieve zorg. Ten slotte zijn er de patiënten die acute zorg nodig hebben, waarvoor ze tijdens kantooruren niet naar de huisartsenpost of SEH gaan, maar zich bij de eigen huisartsenpraktijk melden, zoals bijtwonden, snijwonden of botbreuken.<sup>1</sup>

*“Huisartsen zijn de belangrijkste poortwachters voor de gezondheidszorg”*

Juist door de verbinding tussen al deze verschillende gezondheidsproblemen van mensen te laten samenkomen en behandelen op één plek kan de huisartsenpraktijk een krachtige rol spelen in de zorg voor de hele populatie, en

daarmee het medisch-generalistische overzicht voor alle burgers borgen. Ook deze kernwaarde is verwoord in de toekomstvisie van de huisarts.<sup>7</sup>

### De huisarts als poortwachter

Huisartsen zijn in het Nederlandse stelsel getalsmatig verreweg de belangrijkste poortwachters voor de tweede lijn. Ze verwijzen patiënten die specialistische hulp nodig hebben naar een medisch specialist. Ook specialisten ouderengeneeskunde, bedrijfsartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten (VG-artsen) doen dat, maar in verhouding tot het totaal is hun rol bescheiden. Dankzij de poortwachtersfunctie van de huisarts blijven de instroom naar de (duurdere) tweede lijn en de zorgkosten beheersbaar, en wordt een onnodige toename van wachtlijsten voorkomen.<sup>8</sup> Huisartsen gaan zo bovendien niet-passende zorg tegen: medisch specialisten zien alleen patiënten wanneer dat ook nodig is.

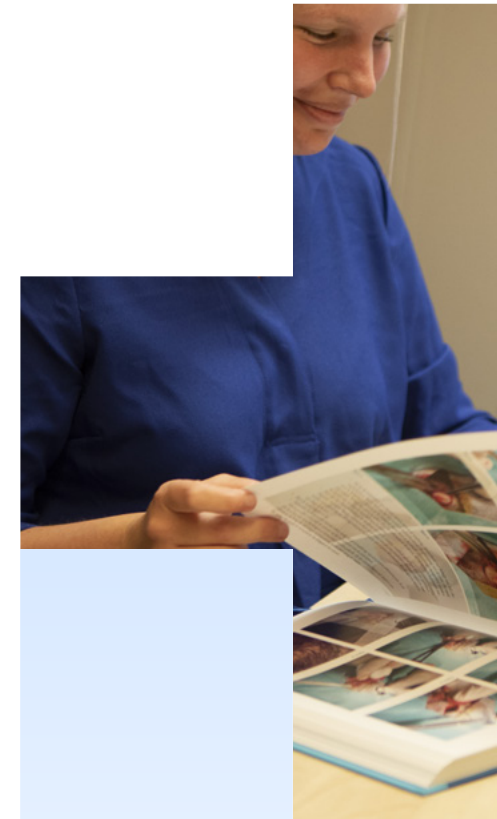
Patiënten behoeven geen verwijzing naar paramedici en andere professionals binnen de eerste lijn. Zo kunnen ze al jaren zonder verwijzing naar de verloskundige en hebben ze sinds 2006 direct toegang tot de fysiotherapeut (DTF). Patiënten bepalen binnen de eerste lijn dus vaak zelf welke professional ze raadplegen. Bij klachten van het bewegingsapparaat kiezen ze voor een bezoek aan de fysiotherapeut of de huisarts. Voor sommige kleine kwalen, zoals maagklachten of pijnlijke spieren, bepalen ze zelf of ze naar de apotheker of de huisarts gaan.

## Hoofdstuk 1

Doordat patiënten directe toegang hebben tot andere eerstelijnszorgprofessionals, spelen huisartsen een kleinere rol bij verwijzing binnen de eerste lijn. Daarmee is de regierol in het kader van verwijzing binnen de eerste lijn minder uitgesproken dan die bij verwijzing naar de tweede lijn. Omdat patiënten vrij tussen zorgverleners kunnen kiezen, kan dat in het slechtste geval leiden tot niet-passende zorg. De professional die de patiënt heeft gekozen, beschikt immers zonder de verwijzing door de huisarts niet over een medisch-generalistisch perspectief. Onduidelijk is welke gevolgen deze vrije toegankelijkheid voor de effectiviteit en doelmatigheid van de eerstelijnszorg heeft. Voor de burger is er niet altijd duidelijke ondersteuning voorhanden bij deze keuzen. Keuzehulpen of informatie op Thuisarts.nl zou daarin kunnen voorzien. De indruk bestaat overigens wel dat burgers die dergelijke keuzen maken over het algemeen ook verstandige keuzen maken.

### Literatuur

1. Zwart D, Schers H. De bedoeling van huisartsenzorg. Scherpe keuzes zijn nodig om de eerste lijn te versterken. 2023. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/tijdschrift/thema/thema-artikel/de-bedoeling-van-huisartsenzorg#:~:text=De%20huisartsenzorg%20raakt%20overstopt%20door,van%20het%20vak%20te%20blijven.> Geraadpleegd op 1 juni 2023.
2. LHV. Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2022. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/product/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg/>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
3. NHG, Ineen, LHV, Het roer moet om, LOVAH, IOH, LHOV, VPH. Wat zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg? 2019. Beschikbaar via: <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/wp-content/uploads/2019/01/KernwaardenPrintA4.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
4. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022;72(715): e84-90.
5. Brabers A, De Jong J. Toekomst van de huisartsenzorg. Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers. Utrecht: Nivel, 2019.
6. Schers H, Webster S, Van den Hoogen H, Avery A, Grol R, Van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *Br J Gen Pract* 2002;52(479):459-62.
7. NHG, LHV, Ineen, VPHuisartsen. Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk. 2022. Beschikbaar via: [https://toekomsthuisartsenzorg.nl/wp-content/uploads/2020/10/Final\\_Toekomst-Huisartsenzorg-Kerntaken-in-de-praktijk-002.pdf](https://toekomsthuisartsenzorg.nl/wp-content/uploads/2020/10/Final_Toekomst-Huisartsenzorg-Kerntaken-in-de-praktijk-002.pdf). Geraadpleegd op 1 juni 2023.
8. Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2019;69(682): e294-303.





# Ontwikkelingen en uitdagingen



## De huisartsenzorg in cijfers

Nederland telde in 2021 ruim 13.000 werkzame huisartsen, 4.500 meer dan in 2000 toen het er nog ruim 8.500 waren. Het aantal actieve huisartsen is daarmee in die periode met ruim de helft (52,5%) toegenomen. Het aandeel (niet-vaste) waarnemers is gestegen van 10% in 2000 naar 21% in 2021; het aantal huisartsen in loondienst en vaste waarnemers nam toe van 6% in 2000 naar 28% in 2021. In 2021 was 51% van de huisartsen zelfstandig gevestigd huisarts, in 2000 was dat nog 84%.<sup>1</sup> Veel huisartsen werken parttime, waarbij opgemerkt moet worden dat een huisarts in 2018 gemiddeld 44 uur per week werkte en 1 fte voor een zelfstandig gevestigde huisarts 61 uur is.<sup>1</sup>

De bevolking groeide in de periode 2000 tot en met 2021 met 12%. Door de dubbele vergrijzing stijgen echter logischerwijs het gemiddelde en de mediaan van de leeftijd van patiënten die ingeschreven staan bij een huisarts.<sup>2</sup> Mede hierdoor zien we in 2021 een stijging van het aantal

chronische ziekte-episodes ten opzichte van 2019 (met 4,1%).<sup>2</sup> Deze tendensen leiden ertoe dat de omvang van de huisartsenzorg in de breedte zal toenemen.

Ruim drie kwart (76,6%) van de ingeschreven patiënten heeft minimaal één keer per jaar contact met de huisartsenpraktijk (niet altijd met de huisarts) en het gemiddelde aantal contacten met de huisartsenpraktijk is 5,<sup>1</sup> per patiënt per jaar.<sup>2</sup> De verschuivingen in de populatie zullen ertoe leiden dat het aantal contacten met de huisarts zal toenemen.

## Druk op de huisartsenzorg

De huisartsgeneeskunde staat dus onder druk. Dat geldt overigens niet alleen voor Nederland, maar ook voor de meeste andere westerse landen.<sup>3</sup> In de toekomst zal er minder personeel zijn en mogelijk zal ook de animo voor de opleiding tot huisarts afnemen. Daardoor moeten we binnen de huisartsenzorg principiële beleidskeuzen maken om het voortbestaan van goede huisartsenzorg voor

iedereen te kunnen waarborgen. Daartoe zal de huisartsenzorg ook anders georganiseerd moeten worden. Voor wie er aan twijfelt: het principe van goede huisartsenzorg voor iedere Nederlander is belangrijk. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft recentelijk betoogt dat huisartsenzorg noodzakelijk is om het Nederlandse zorgstelsel beheersbaar en uitvoerbaar te houden.<sup>4</sup>

*“Huisartsenzorg is noodzakelijk om het Nederlandse zorgstelsel beheersbaar en uitvoerbaar te houden”*

De huisartsenopleiding trekt op dit moment echter te weinig mensen aan, wat niet in verhouding staat tot de capaciteitsvergroting van de opleiding. Verder zijn er relatief minder praktijkhouders en stromen er meer huisartsen uit het vak (lang niet alleen vanwege hun leeftijd) en sommige gaan minder uren werken.<sup>5</sup> Er zijn gebieden in Nederland waar huisartsen zich nog nauwelijks willen vestigen, en er is bij huisartsen in de breedte momenteel geen animo om nog méér uren te gaan werken dan ze op dit moment al doen (1 fte huisarts is gemiddeld 59 uur, vrij gevestigd 61 uur). Deze ontwikkeling zien we ook elders in de westerse wereld.<sup>6</sup>

Als reactie op deze toenemende zorgvraag en afnemende professionele capaciteit zien we een diversiteit aan modellen voor de organisatie van huisartsenzorg ontstaan. Sommige praktijken in gebieden met een hoge huisartsendichtheid streven naar praktijkverkleining en zetten meer huisartsen in voor minder patiënten. Dat is een oplossing voor de zorgvraag in dat specifieke gebied, die echter mogelijk tot tekorten aan professionele capaciteit elders leidt. In regio's waar de opvolging een probleem wordt, ontwikkelen zich modellen met juist omvangrijkere praktijken met grotere patiëntaantallen per fte huisarts en meer delegatie van taken naar verpleegkundigen, physician assistants en verpleegkundig specialisten. Er zijn ook regio's waar (kleine) delen van de zorg inmiddels deels door andere zorgverleners worden overgenomen, al dan niet in pilots, zoals op de as fysiotherapie-orthopedie en de as optometrie-oogheelkunde.

Op de markt hebben zich ook nieuwe partijen gemeld. Sommige daarvan nemen hele praktijken over, terwijl andere vooral de administratieve lasten en organisatieperikelen van de huisarts weg willen nemen. De meeste nieuwe toetreders richten zich sterk op digitalisering en werken vaak met huisartsen in dienstverband en ZZP'ers. Ze kennen tot nu toe een moeilijke start door weerstand vanuit de beroepsgroep, gebrek aan continuïteit in beschikbaarheid van huisartsen en een groot aantal klachten van patiënten. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoeken de kwaliteit van

deze ketens en zijn ook al handhavend opgetreden.<sup>7</sup> Er zijn geen aanwijzingen dat de komst van nieuwe toetreders in de zorg gepaard gaat met gunstigere zorguitkomsten of verminderde kosten.<sup>8</sup> Wel zijn er signalen dat hierdoor regionale samenwerking tussen huisartsenpraktijken onder druk komt te staan.

Om de huisartsgeneeskunde toekomstbestendig te kunnen blijven organiseren, is het nodig om diepgaand te inventariseren en analyseren welke ontwikkelingen de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden, en welke impact die hebben gehad. We gaan hierna in op de veranderopgaven die in het IZA zijn geformuleerd, waarbij onze analyse is gericht op uitdagingen gerelateerd aan de organisatie van huisartsenzorg.

### 1. De toestroom en eigen verantwoordelijkheid van burgers

Bij deze opgave gaat het om het stimuleren van de eigen regie en verantwoordelijkheid van patiënten, om het scheppen van realistische verwachtingen van de eerstelijnszorg, om afstemming met het sociaal domein en om het voorkómen van oneigenlijke instroom.

### Maatschappelijke ontwikkelingen

Ofschoon de inzet van e-healthtoepassingen, zoals Thuisarts.nl, heeft geleid tot een afname van het aantal eenvoudige zorgvragen en de zelfregie heeft gestimuleerd, zijn er ook ontwikkelingen die het aantal zorgvragen juist weer doen toenemen. Meer aandacht voor 'nieuwe

aandoeningen, zoals ADHD, spraakachterstand en beweegachterstand, en vragen die veelal te maken hebben met de nadruk op maakbaarheid leiden vaak via andere signalerende zorgprofessionals tot meer zorgvragen bij de huisarts (disease mongering). Het aantal contacten met de huisartspraktijk is per saldo de afgelopen jaren licht gestegen.<sup>9</sup>

### Ruimer zorgaanbod door toegenomen mogelijkheden in de huisartsenpraktijk

De patiënt kan voor steeds meer hulp en zorg bij de huisarts terecht. Dit komt enerzijds doordat kwaliteitsverbeteringen in de zorg vaak ook meer zorgtijd kosten (controles bij chronische aandoeningen, zoals diabetes, COPD, astma, nierfalen, enzovoort), en anderzijds doordat het behandelarsenaal van de huisarts is uitgebreid (huidkanker, klachten van het bewegingsapparaat, preventie). De huisarts en ondersteunend personeel wordt hierbij geholpen door bestaande en nieuwe richtlijnen.

Ook zien we een toename van huisartsen met bijzondere bekwaamheden (kaderhuisartsen, expertgroepen; sterilisaties; oogheelkunde).<sup>10,11</sup> Het primaire doel daarvan is kwaliteitsbevordering doordat er een aanspreekpunt wordt gecreëerd dat over extra expertise beschikt ten behoeve van de huisartsen in de regio. Daarnaast zien veel huisartsen een specialisatie ook als een verrijking van hun klinische werkzaamheden. Dat motiveert hen om huisarts te blijven, maar het kost ook tijd. Doordat huisartsen met bijzondere bekwaamheden een uitgebreider palet aan zorgvragen zelf

kunnen behandelen, voor zichzelf en voor collega's, zijn er in potentie minder verwijzingen naar de tweede lijn nodig. Per saldo leidt het tot een verdere stijging van de zorgvragen die binnen de huisartsenzorg kunnen blijven en daar worden opgelost. Hierdoor ontstaan soms onrealistische verwachtingen van hetgeen de huisartsenzorg vermag. Die verwachtingen zijn niet zo eenvoudig te managen.

### Veranderingen in de populatie en de zorgvraag

Nederland vergrijst. De stijgende zorgvraag als gevolg van de dubbele vergrijzing is niet goed oplosbaar met nog meer zorgprofessionals omdat die er simpelweg niet (zullen) zijn.<sup>12</sup> De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid pleit er dan ook voor om keuzen te maken in wat nog wel, en wat niet meer kan in de zorg. Vooralsnog wordt hieraan nog slechts in beperkte mate invulling gegeven. De demografische veranderingen leggen ondertussen wel druk bij de huisarts en leiden tot een toestroom, ook al omdat de inzet op eigen verantwoordelijkheid, eigen regie en zelfmanagement bij de oudere en kwetsbare patiënt problematisch is.

### 2. Toegang tot de huisartsenzorg

Bij deze veranderopgave gaat het om de vereenvoudiging van de toegang tot eerstelijnszorgverleners door het ontsluiten van betrouwbare informatie, het inzetten van digitale vraagverheldering en coördinatie op wijkniveau.

Huisartsen ervaren wat het eerste punt betreft niet veel organisatieproblemen, en weten zich met Thuisarts.nl

voorzien van een goed functionerend informatieplatform. Ze hebben in de praktijk met het assistenteteam een goede aanpak van vraagverheldering en triage ingericht,<sup>13</sup> en zijn vrijwel zonder uitzondering digitaal bereikbaar.

De nieuwe digitale triagetools voor patiënten in de huisartsenpraktijk zijn nog nauwelijks onderzocht op effectiviteit en doelmatigheid, presteren naar de ervaring van de werkgroep nog ondermaats en zijn zeker nog niet breed inzetbaar. Bovendien zijn de juridische kaders onduidelijk en zijn er vragen rond de privacy.

Dat neemt niet weg dat de belofte groot is – in de nabije toekomst wordt er veel verwacht van artificial intelligence (AI) als ondersteuning van de triage in de huisartsenpraktijk.<sup>14-16</sup>

De coördinatie op wijkniveau varieert van intensief tot afwezig. Hierbij zullen de mate van verstedelijking en het aantal verschillende zorgaanbieders in een wijk een rol spelen. Volgens de werkgroep pleit het rapport van de RVS daarom terecht voor een basisorganisatie binnen de wijk, bestaande uit de huisarts, het sociaal domein en de wijkverpleging, aangevuld met andere professionals, afhankelijk van de lokale situatie.<sup>17</sup>

### 3. Afstemming tussen zorgprofessional en patiënt

De kern van deze veranderopgave is dat er een continuïteit van eerstelijnszorg is vanuit de basisopstelling huisarts,

wijkzorg en maatschappelijke werk, en dat deze zorg dichtbij huis plaatsvindt en persoonsgericht van aard is. Langdurige relaties helpen bij gesprekken waarin samen met de patiënt beslissingen moeten worden genomen, bij het voorkomen van het medicaliseren van niet-medische problemen en bij proactieve zorgplanning.

*“Veel jonge huisartsen willen zich uiteindelijk nog steeds vestigen als huisarts”*

#### **Een huisarts voor iedere inwoner van Nederland**

Terwijl het uitgangspunt van veel stakeholders (VWS, verzekeraars, huisartsen) is dat iedere burger in Nederland zich bij een vaste huisartsenpraktijk zou moeten kunnen inschrijven, is dat geen vanzelfsprekendheid meer. Er vallen gaten in de beschikbaarheid van huisartsenzorg en er zijn zelfs al plekken in Nederland waar inwoners geen huisarts meer kunnen vinden om zich bij in te schrijven. Sommige regionale huisartsenorganisaties nemen initiatieven om hier iets aan te doen. Eenvoudige oplossingen zijn er niet, maar bestuurlijke keuzen door de systeemwereld van overheid, Autoriteit Consument & Markt, verzekeraars en beroepsgroep zijn noodzakelijk. Het uitoefenen van het beroep huisarts dient dus aantrekkelijker gemaakt te worden en moeten aansluiten bij de behoeften van jonge

generaties artsen. Veel jonge huisartsen blijken zich nog steeds te willen vestigen als huisarts.<sup>18</sup>

#### **Het patiënthouderschap staat onder druk**

De organisatie van de huisartsenzorg is grotendeels gestoeld op praktijkhouderschap om het patiënthouderschap te borgen. Patiënthouderschap draagt bij aan de continuïteit en persoonsgerichtheid van de zorg. Het patiënthouderschap staat onder druk doordat huisartsen zich pas later in hun loopbaan willen vestigen en vanwege de onzekerheden rond het praktijkhoudererschap. De oorzaak ligt waarschijnlijk in de combinatie van de ervaren verplichtingen die het praktijkhouderschap met zich meebrengt, de administratieve lasten en de noodzaak om te investeren omdat de financiële compensatie onvoldoende is. Ook de dreigende schaarste aan zorgpersoneel en de verplichting om diensten te doen spelen hierbij een rol. Collega's kunnen het zich dus veroorloven om voor flexibiliteit te kiezen in deze arbeidsmarkt. Daarmee is het voor veel huisartsen aantrekkelijk om langere tijd als waarnemer te werken. Ondanks een flinke toename van het totale aantal huisartsen, en de genoemde ambitie van jonge huisartsen om later in de loopbaan een eigen praktijk te beginnen, neemt het aantal praktijkhouders per saldo af (absoluut nam het aantal sinds 2000 af met 11%, relatief van 84% naar 51%). Het is daardoor lastig om opvolgers te vinden voor praktijkhouders die stoppen. Deze ontwikkeling zet het patiënthouderschap en daarmee de kernwaarden continuïteit en persoonsgerichtheid onder druk, waardoor

ook de kwaliteit van de huisartsenzorg in het gedrang komt.

#### **4. Beter samenwerken en benutten**

Beter samenwerken en het optimaal benutten van de capaciteit zijn hier de kernbegrippen. Het gaat om informatie-uitwisseling tussen de betrokken zorgverleners, directe toegankelijkheid van eerstelijnszorgverleners, taakdelegatie en taakherschikking, en het voorkomen van dubbel werk.

#### **Personeelstekort**

De huisarts werkt vaak met een heel team van praktijkondersteuners en praktijkassistentes, en in een aantal teams zijn ook verpleegkundig specialisten en/of physician assistants werkzaam. Naast het tekort aan praktijkhouders en huisartsen, is er ook een schaarste aan collega's die een andere rol in het huisartsteam hebben. Een stijging van het aantal huisartsen leidt immers door de toenemende hoeveelheid parttimers niet per definitie tot een grotere beschikbaarheid van de huisartsenzorg voor patiënten. Een aanzienlijk deel van de zorg in de praktijk wordt opgepakt door de POH en de praktijkassistentes spelen een belangrijke rol bij de triage van patiënten in de dagpraktijk. Door personeelsschaarste in alle geledingen van het huisartsteam worden de wachttijden langer en neemt de telefonische bereikbaarheid af, wat de toegankelijkheid van de huisarts negatief beïnvloedt. Er zijn veel klachten van patiënten over de slechte bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk.<sup>19</sup>

### 5. Doorstroom, uitstroom, terugstroom

De huidige doorstroom en uitstroom vanuit de huisarts naar de ggz, het sociaal domein en de tweede lijn is de afgelopen vijf tot tien jaar aanzienlijk verslechterd. Dat zorgt voor grote problemen voor patiënten en huisartsen: de laatsten krijgen verantwoordelijkheden toegeschoven voor vormen van zorg die niet passen bij hun bevoegdheid en bekwaamheid. Daardoor kampen ze ook met organisatorische problemen en wordt de toch al hoge werkdruk alleen groter. Hun doelmatigheid neemt daarmee juist af, omdat voor hetzelfde gezondheidsprobleem meerdere verwijzingen en meer overleg nodig zijn.

#### De doorstroommogelijkheden zijn afgenomen

De zorg in Nederland staat in de breedte onder druk, en dat heeft geleid tot (lange) wachtlijsten bij diverse aanbieders, zoals de ggz en jeugdzorg, en bij Verpleeg- en verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Doordat de huisarts laagdrempelig toegankelijk is, en vaak de entree vormt naar (tijdige) vervolgzorg en andere hulp, worden de gevolgen van schaarste in andere sectoren bij uitstek zichtbaar in de huisartsenpraktijk. Patiënten die door de huisarts worden verwezen naar de volwassenen-ggz of jeugdzorg om daar de voor hen passende zorg te kunnen ontvangen, blijven daarvoor zolang ze op de wachtlijst staan een beroep doen op de huisartsenpraktijk. Omdat de patiënten onder de verantwoordelijkheid blijven van hun huisarts wordt deze gevraagd om zorg te leveren aan patiënten voor een zorgvraag die buiten diens expertise valt. Dit is geen

passende zorg voor de patiënt, kost veel tijd, vergroot de werkdruk van de huisarts en zijn team, en leidt tot veel frustraties bij zowel het huisartsteam als de patiënt. Tekorten aan personeel en financiering bij VVT-instellingen, versnippering van de thuiszorg/wijkverpleegkundige zorg en het toegenomen aantal thuiswonende ouderen met een complexe zorgvraag leiden vaker tot crises doordat mensen geen plek vinden in een meer beschermde omgeving.

Ook krijgen huisartsen veel patiënten met fysieke klachten die na inventarisatie primair een niet-medische oorzaak blijken te hebben en die om een oplossing buiten het medische domein vragen, zoals huisvestings- of financiële problemen. De doorstroom naar het sociaal domein waar deze problemen opgelost moeten worden, stagneert, waardoor deze patiënten geen goede ondersteuning krijgen en vaak een beroep op de huisarts blijven doen voor de aanhoudende fysieke klachten.

#### Toegenomen substitutie van zorg uit de tweede lijn

Zorg die in het verleden vaak nog in ziekenhuizen werd geboden, wordt nu vaker terugverwezen naar de eerste lijn. Hoewel de gemiddelde ligduur van patiënten in het ziekenhuis de afgelopen jaren door de bank genomen niet verder daalt, maar gelijk is gebleven, geldt dat niet voor alle leeftijdscategorieën. De ligduur van oudere patiënten (> 65 jaar) (met vaak een complexere zorgvraag) daalde tussen 2013 en 2020, waarbij de sterkste daling wordt gezien bij ouderen van tachtig jaar en ouder.<sup>20</sup> Die patiënten

liggen dus korter in het ziekenhuis, waardoor er voor goede nazorg een groter beroep wordt gedaan op de eerste lijn. Veel van de vervolgacties voor nazorg worden vanuit het ziekenhuis (terecht en onterecht) neergelegd bij de huisartsenpraktijk, meestal vanuit het oogpunt van gemak en patiëntvriendelijkheid. Dit verhoogt de hoeveelheid (complexe) zorgvragen in de huisartsenpraktijk.

### 6. Versterking van de organisatie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg

De huisartsenzorg is vergeleken met de rest van de eerste lijn op regionaal niveau goed georganiseerd. In iedere regio van Nederland zijn huisartsencoöperaties gevormd. De regionale slagkracht en het organiserend vermogen van deze coöperaties is echter nog niet voldoende doorontwikkeld. Het is lastig om met alle huisartsen in een regio als collectief afspraken te maken en de regionale organisaties hebben meestal geen overkoepelend mandaat om namens de aangesloten huisartsen te acteren. Tegelijkertijd lijkt de huisartsenzorg wel de logische weg waarlangs het organiserend vermogen van de eerste lijn kan worden versterkt.<sup>4</sup>

Een aantal ontwikkelingen houdt dat op dit moment (nog) tegen. Veel huisartsen willen primair professional blijven en hebben niet de behoefte om zich bezig te houden met organisatorische vraagstukken. Ze hechten vaak wel aan eigenheid en autonomie. Hierdoor zijn de regionale huisartsenorganisaties niet goed in staat om een deel van de werkdruk in de praktijk weg te nemen. Niet iedere



## Hoofdstuk 2

huisarts ervaart de (regionale) huisartsenorganisatie als een collectieve onderneming. Dat verkleint de slagkracht en werkt vernieuwing tegen, mede omdat het hierdoor voor andere zorgpartijen lastig is om collectieve afspraken te maken met alle huisartsen.

### **Beperkt en incidenteel budget voor (onderzoek naar) zorginnovatie**

Experimenten met nieuwe vormen van zorg leveren vaak weinig op of duren te kort. Wanneer de tijdelijke financiering wegvalt, stoppen deze projecten weer. Door deze manier van financieren hebben nieuwe vormen van zorg geen continuïteit en zal de bereidheid om erin te investeren naar verwachting laag blijven.

### **Marktwerking in de zorg**

Het commerciële aanbod en andere verdienmodellen in de eerste en tweede lijn leiden tot een toename aan zorgvragen bij de huisarts. De huisartsenpraktijk ontvangt veel verzoeken voor verwijzingen die op instigatie van de aanbieder worden gedaan. Het aanbod aan zorg rondom scholen en sportvelden is toegenomen, waarbij indicatie, nut en noodzaak niet altijd helder zijn. De marktwerking in de wijkverpleging heeft gezorgd voor veel meer samenwerkingspartners in de wijk, wat meer afstemmingstijd vergt. Het loslaten van de uurtarieven heeft geleid tot waarneemtarieven die het voor waarnemers aantrekkelijk maken om met een beperkt aantal werkuren een goed inkomen te genereren.

### Literatuur

1. Flinterman L, Vis E, De Geit E, Batenburg R. Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021. Utrecht: Nivel, 2022.
2. Heins M, Bes J, Weesie Y, Davids R, Winckers M, Korteweg L et al. Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2017-2021. Utrecht: Nivel, 2022.
3. Beech J, Fraser C, Gardner T, Buzelli L, Williamson S, Alderwick H. Stressed and overworked. What the Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries means for the UK. London: The Health Foundation, 2023.
4. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. 2023. Beschikbaar via: <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
5. Schers H. Hoeveel huisartsen moet Nederland opleiden? Kijk naar de gehele in-, door- en uitstroom. Nieuwsbrief Zorg & innovatie 2023;11 mei.
6. Schers H. Feest van herkenning? Huisartsengeneeskunde in de VS en in NL. Nieuwsbrief Zorg & innovatie 2022;25 maart.
7. NZa. IGJ en NZa doen gezamenlijk onderzoek naar innovatieve ketens van huisartsenzorg. 2023. Beschikbaar via: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/01/26/igj-en-nza-doen-gezamenlijk-onderzoek-naar-innovatieve-ketens-van-huisartsenzorg>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
8. Goozner M. Private equity takeovers are harming patients;382:1396.
9. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Huisartscontact: aantal contacten per persoon. 2022. Beschikbaar via: <https://www.staatvz.nl/huisartscontact-aantal-contacten-persoon>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
10. CHBB. College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. 2023. Beschikbaar via: <https://chbb.nl/>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
11. NHG. Kaderopleidingen voor huisartsen. 2023. Beschikbaar via: <https://www.nhg.org/nascholing-huisartsen/kaderopleidingen/>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
12. WRR. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. 2021. Beschikbaar via: <https://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg/documenten/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
13. NTS. Nederlandse triage standaard, ketenstandaard voor triage in de acute zorg. 2014. Beschikbaar via: <https://de-nts.nl/>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
14. Liaw W, Kueper JK, Lin S, Bazemore A, Kakadiaris I. Competencies for the use of artificial intelligence in primary care. Ann Fam Med 2022 Nov-Dec;20(6):559-63.
15. Lin S. A Clinician's Guide to Artificial Intelligence (AI): Why and How Primary Care Should Lead the Health Care AI Revolution. J Am Board Fam Med 2022 Jan-Feb;35(1):175-84.
16. Human-centered Artificial Intelligence. Artificial Intelligence Index Report 2023. 2023. Beschikbaar via: [https://aiindex.stanford.edu/wp-content/uploads/2023/04/HAI\\_AI-Index-Report\\_2023.pdf](https://aiindex.stanford.edu/wp-content/uploads/2023/04/HAI_AI-Index-Report_2023.pdf). Geraadpleegd op 1 juni 2023.
17. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. De basis op orde: uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. 2023. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/04/04/rvs-advies-de-basis-op-orde>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
18. Lovah. De huisarts van morgen. Hoe wij, aios huisartsengeneeskunde, willen dat de zorg er in de toekomst uit ziet, zodat wij over 20 jaar nog steeds huisarts willen zijn. 2023. Beschikbaar via: <https://www.lovah.nl/content/files/lovah-manifest-def-april-2023-interactief.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
19. Patiëntenfederatie Nederland. Druk op huisartsenzorg wordt steeds meer merkbaar voor patiënten. 2023. Beschikbaar via: <https://www.patiëntenfederatie.nl/actueel/nieuws/druk-op-huisartsenzorg-wordt-steeds-meer-merkbaar-voor-patiënten>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
20. CBS Statline. Ziekenhuisopnamen en -patiënten; diagnose-indeling VTV. 2023. Beschikbaar via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84067NED/table?dl=4D394>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.

# Oplossingsrichtingen voor toekomstbestendige organisatie van de huisartsenzorg

## Werkwijze

In dit hoofdstuk verkennen we oplossingen om de toekomstbestendigheid van de organisatie van de huisartsenzorg te versterken. Uit de veelheid aan geschetste oplossingsrichtingen heeft de werkgroep er 6 gekozen om in de vorm van zogeheten bouwblokken uit te werken en er daar zelf nog 1 aan toegevoegd. We streven daarbij niet naar volledigheid, maar dekken wél een groot deel van de oplossingsrichtingen die (van binnen en van buiten de huisartsenzorg) zijn aangedragen. De bouwblokken hebben we vervolgens gerubriceerd aan de hand van de eerdergenoemde veranderingen voor de eerste lijn.

Bij het vaststellen en uitwerken van de verschillende bouwblokken hebben we steeds dezelfde systematiek gehanteerd:

1. We verkenden tijdens een brainstorm de mogelijkheden om een ervaren uitdaging of probleem aan te pakken, waarbij de focus lag op de organisatieveranderingen die daarvoor mogelijk waren, en waar en hoe deze vormgegeven kunnen worden.
2. Vervolgens keken we of er evidence was voor de organisatieveranderingen en naar de mogelijke effecten ervan vanuit het maatschappelijk perspectief (integraliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid), het burgerperspectief en het huisartsenperspectief. Hierbij speelden de kernwaarden en kerntaken van de huisarts een belangrijke rol.
3. We verzamelden mogelijke voor- en nadelen van de organisatieverandering.
4. We sloten af met een oordeel en advies.



De bouwblokken zijn gerubriceerd per veranderopgave, waarbij één veranderopgave specifiek vanuit de huisartsenzorg is toegevoegd (7. Schaalgrootte en efficiëntie):

### 1. De toestroom en eigen verantwoordelijkheid van burgers

Hier speelt de doorontwikkeling van Thuisarts.nl een cruciale rol. De werkgroep heeft hiervoor geen apart bouwblok beschreven, mede omdat er een apart plan voor is. Het lijkt evident dat Thuisarts.nl hierin een belangrijke rol moet spelen.

### 2. Toegang tot de huisartsenzorg

**Bouwblok 1.** Toeleiding naar de huisarts bestaat uit twee delen:

- 1a. Eerstelijnstoeleiding in de wijk
- 1b. Digitale triage

### 3. Afstemming tussen de huisarts en de patiënt

### 4. Beter samenwerken en benutten

**Bouwblok 2.** Samenwerking binnen de trias huisarts, wijkverpleegkundige zorg en algemeen maatschappelijk werk

**Bouwblok 3.** Taakherschikking door zorg buiten de huisartsenpraktijk te organiseren, bestaat uit drie delen:

- 3a. zorgvragen over het bewegingsapparaat;
- 3b. psychische zorgvragen;
- 3c. farmacotherapeutische zorg.

### 5. Doorstroom, uitstroom, terugstroom

### 6. Versterking van de organisatie van de eerste lijn

**Bouwblok 4.** Het franchisemodel en ondersteuning van huisartsen en starters

### 7. Schaalgrootte en efficiency van de huisartsenzorg

Zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren

**Bouwblok 5.** Laag complexe zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren

**Bouwblok 6.** Chronische zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren

**Bouwblok 7.** Acute zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren

**Bouwblok 1 Toeleiding naar de huisarts**

De huisartsenpraktijk voelt zich vaak overspoeld door hulpvragen. De doktersassistentes hebben moeite om het aanbod te reguleren en te sturen. De indruk bestaat dat patiënten zich soms melden bij het ‘verkeerde’ loket. De mate waarin dat gebeurt is niet bekend of in kaart gebracht. Een andere vorm van toeleiding naar de huisarts en triage zou de logistiek in de eerste lijn kunnen verbeteren.

**1a. Eerstelijns-toeleiding in de wijk**

Een deel van de problemen die huisartsen zien past achteraf wellicht beter bij andere professionals in de eerste lijn, bijvoorbeeld binnen het sociaal domein. De triage in de huisartsenpraktijk is vooral gericht op medische urgentie en probleemverheldering, en in mindere mate op het in kaart brengen van problemen op een ander (sociaal) domein. Mogelijk kan dat zonder tussenkomst van de huisartsenpraktijk beter geregeld worden. Een ‘eerstelijns-toeleidingspunt in de wijk’, zou kunnen functioneren als een wegwijzer tot de eerste lijn, waaronder de huisarts. Dit zou zowel fysiek als hybride (met digitale ondersteuning) vorm kunnen krijgen.

*Oplossing voor de gesignaleerde problemen*

| Categorie                   | Wat?  | Oplossing probleem?   | Niveau         | Organisatievoorstel                              |
|-----------------------------|---|---|----------------|--|
| Toeleiding naar de huisarts | Eerstelijns-toeleiding door wijk-triagisten | Minder vragen bij de huisarts die elders horen, minder werkdruk | Wijk-Regionaal | Regionale-wijk samenwerking eerstelijns-partijen |

*Effecten op de huisartsenzorg*

| Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burger-perspectief                           | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|---|----------------|---------------|--|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
| Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |  | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
| ?   | ?/-            | +/-           | Minder eigen keus, minder directe toegang HA | +/-                                 | -               | +       | +           |

*Voordelen van een wijktriagepunt*

- Een wijktriagepunt is een herkenbaar punt voor alle zorg- en welzijnsvragen op wijkniveau.
- De druk op de huisartsenpraktijk neemt af.
- De inzet van triage neemt mogelijk toe, met een goede toeleiding naar eerstelijns-hulpverleners.

*Nadelen van een wijktriagepunt*

- De persoonsgerichtheid neemt af.
- De eigen keuzemogelijkheden voor de patiënt nemen af.
- Waarschijnlijk is een nieuwe – hoogopgeleide – professional in de wijk noodzakelijk (hbo-niveau),

die deels een medische achtergrond/opleiding heeft.

- De verhouding tot de bestaande triage in de eerste lijn, zoals in de huisartsenpraktijk of bij de fysiotherapeut, is onduidelijk.
- Er bestaat een risico op extra werk en administratie.
- Patiënten kiezen nu veelal de in hun ogen juiste hulpverlener; of een triagepunt leidt tot verbeterde toeleiding is onbekend

### Oordeel van de werkgroep

De werkgroep betwijfelt sterk of eerstelijnstoeleiding in de wijk reële kansen biedt om de toeleiding daadwerkelijk efficiënter te laten verlopen voor patiënten, huisartsen en andere zorgprofessionals. Dit vooronderstelt immers dat er eerstelijnsafspraken zijn over patiëntenstromen. Die zijn er nu niet. De effectiviteit van hulp bij toeleiding is niet bekend. De indruk bestaat dat patiënten momenteel zelf voldoende in staat zijn om de weg te vinden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het is ook niet bekend welke competenties toeleiders zouden moeten hebben. Toeleiding kan in potentie de toestroom verminderen, maar problemen die zich in eerste instantie aandienen als lichamelijke klachten, behoeven altijd uitsluiting van een medische oorzaak. Hiervoor is medische deskundigheid nodig. Eerstelijnstoeleiding kan bovendien de triage en probleemverheldering in de huisartsenpraktijk zelf niet vervangen. Deze werkt nu uitstekend. Eerstelijnstoeleiding zou kunnen leiden tot extra werk en administratieve lasten.

### Advies van de werkgroep

Onderzoek of patiënten problemen hebben bij het vinden van het juiste loket binnen de eerste lijn of daarin gefaciliteerd moeten worden. Verder onderzoek is nodig om vooral het probleem vanuit patiëntenperspectief te verhelderen. Start niet met eerstelijnstoeleiding in de wijk voordat hierover vanuit het patiëntenperspectief meer bekend is, en voordat de effecten in kaart zijn gebracht.

### Toelichting

Betere toeleiding kan door het inzetten van een hoger opgeleide triagist op hbo-niveau, die kan bijdragen aan het beter filteren van patiënten die een consult bij de huisarts nodig hebben en/of zorg zou kunnen dragen voor toeleiding naar andere professionals binnen de eerste lijn. Uit Zweeds onderzoek blijkt dat een telefonisch voorportaal door een gekwalificeerd verpleegkundige het beroep op de tweedelijnszorg vermindert (met name SEH-bezoek), maar niet op de eerstelijnszorg.<sup>1</sup> Een dergelijke voorziening zou ook op wijk-niveau (of eventueel op praktijkniveau bij grotere praktijken) kunnen worden gerealiseerd. Dit kan zowel in de vorm van een toevoeging aan de bestaande triage op praktijkniveau (als een extra mogelijkheid), als in de vorm van centralisatie van (huisarts)zorgvragen, waarbij de patiënt altijd via deze triagist binnenkomt. Het competentieprofiel is dan nog breder dan dat het bovengenoemde Zweedse model beschrijft.

Zo'n oplossing vraagt om een brede consensus over hoe de stromen eruit moeten zien. Zeker in het Nederlandse systeem met zelfstandig ondernemers in de eerste lijn lijkt dit weinig kansrijk, omdat het ook financiële afhankelijkheid creëert van een neutraal loket. Het vraagt bovendien om brede consensus binnen de eerste lijn (over beroepsgroepen heen) over wie waar het best terecht kan. Die consensus is er nu niet.

Daarnaast spelen er belangrijke vragen rond privacy, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. De eigen regie van patiënten neemt af en ze zullen deze vorm van

toeleiding als onvriendelijk zien, zeker als het gebruik ervan min of meer verplicht wordt (door zorgverzekeraars of huisartsen/organisaties). Dit is vooral een probleem voor kwetsbare groepen.

Het effect van brede eerstelijns triage mag niet overschat worden, want de grootste problemen ontstaan door een gebrek aan verwijsmogelijkheden in vooral het sociaal domein en de ggz, en de terugstroom vanuit de tweede lijn. Patiënten kloppen naar de mening van de werkgroep niet vaak aan de verkeerde deur en het is vooral de doorstroom die een probleem vormt. Vaak presenteren sociale problemen zich met 'medische' of lichamelijke klachten, en die kunnen niet zonder medische expertise getriageerd worden. Bovendien is het maar de vraag of patiënten met deze problemen niet bij de huisarts thuishoren; ook bij sociale problematiek (schulden, huisvesting en dergelijke) zijn er immers vroeg of laat medische klachten waarvoor de huisarts geconsulteerd wordt. Door schaamte kan het lang duren voor een patiënt over sociale problematiek kan of wil vertellen, en het verband tussen sociale problemen en medische klachten is vaak lastig te zien en kan dikwijls pas in de loop van meerdere gesprekken geduid worden.

---

### Literatuur

1. Sundberg A, Wahlberg AC, Zethraeus N, Karampampa K. Observational study of the implementation of telephone advice nursing in Sweden: did callers follow recommendations and did the rate of healthcare visits change? *BMJ Open* 2021;11(8):e051233.



### 1b. Digitale triage

In veel huisartsenpraktijken zijn de telefonische wachttijden geregeld lang en kan de triage door capaciteitsproblemen bij de triagist(en) niet altijd goed worden uitgevoerd. Meer AI-ondersteunde digitale triage in de dagpraktijk zou de druk van de telefoon deels kunnen wegnemen. Er zijn al allerlei aanbieders van dergelijke ondersteuning op de markt en de ontwikkelingen verlopen razendsnel.

#### Oplossing voor de gesignaleerde problemen

| Categorie                   | Wat?            | Oplossing probleem?                            | Niveau         | Organisatievoorstel                |
|-----------------------------|-----------------|--|----------------|------------------------------------|
| Toeleiding naar de huisarts | Digitale triage | Minder vragen bij de huisarts, minder werkdruk | Praktijkniveau | Op regionaal niveau experimenteren |

#### Effecten op huisartsenzorg

| Oneigenlijke vragen vooraf afgevangen | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burgerperspectief                   | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|---------------------------------------|---|----------------|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|                                       | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                                     | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
|                                       | +/-   | ?              | -+/-          | Minder keus, minder directe toegang | +                                   | --              | +       | +           |

#### Voordelen van digitale triage

- Digitale triage is goedkoop wanneer deze effectief is.
- Digitale triage kan leiden tot uniforme toeleiding en triage van patiënten.
- Digitale triage kan de druk op de praktijk mogelijk verlichten, en in ieder geval beter spreiden.

#### Nadelen van digitale triage

- Digitale triage creëert afhankelijkheid van software-systeem (validatie, onderhoud, storingsgevoeligheid).
- Digitale triage is meestal defensief afgesteld, wat

mogelijk tot een toename van het zorggebruik leidt.

- Digitale triage is niet voor iedereen persoonsgericht en kan afstandelijk overkomen ('chatbot').
- Op dit moment is er onvoldoende onderbouwing voor de effectiviteit, haalbaarheid en veiligheid.

#### Oordeel van de werkgroep

Een actievere benadering van toeleiding en triage in de huisartsenpraktijk biedt potentieel mogelijkheden voor werkdrukvermindering en kan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg verbeteren. Er zijn momenteel al diverse

## Hoofdstuk 3

aanbieders op de Europese en Nederlandse markt (bijvoorbeeld Bingli, MINDD). De effectiviteit, haalbaarheid en veiligheid van digitale triagetools zijn echter nog nauwelijks onderzocht. Ook is niet bekend hoe patiënten deze beoordelen. Als er al onderzoek wordt gedaan, dan is dat vaak door de aanbieders van de triagetools zelf, of door zorgverzekeraars.

### Advies van de werkgroep

Digitale triage is bij uitstek nog het terrein voor wetenschappelijk onderzoek en pilots. Gezien de potentiële meerwaarde (vooral met het oog op de werkdruk in de huisartsenpraktijk) en de snelle ontwikkelingen en implementatie in diverse enthousiaste huisartsenpraktijken zou hier veel meer onderzoek naar moeten plaatsvinden. Er is op dit moment zeker nog onvoldoende onderbouwing voor grootschalige invoering van digitale triage in de praktijk.

### Toelichting

In de toekomst kan een digitale tool triageprocessen aan de voorkant van de huisartsenpraktijk ondersteunen. Eigenlijk weten we nog onvoldoende over de effecten, de kwaliteit en de veiligheid van digitale triagetools. Het is nog niet duidelijk of de inzet de werkdruk in de praktijk verlaagt. Er zijn al diverse aanbieders, die vaak met veel enthousiasme gouden bergen beloven, en verschillende verzekeraars stimuleren de invoering ervan met extra financiering en ondersteunend onderzoek. In de Verenigde Staten zijn er veelbelovende initiatieven die ook wetenschappelijke onderzocht zijn.<sup>1,2, 3, 4, 5</sup>

Het is niet onwaarschijnlijk dat het aanbod de komende jaren sterk zal uitbreiden. Veel triagetools zijn op dit moment nog nauwelijks interactief, en zijn gebouwd op symptomencheckers en eenvoudige algoritmes. Veel vragen die in de huisartsenpraktijk binnenkomen lenen zich niet voor gebruik van de beschikbare digitale triagetools. Met de komst van meer en slimme en generatieve AI (zoals ChatGPT) is de verwachting dat dit razendsnel zal veranderen. Categorisering van hulpvragen en gedeeltelijke afhandeling van de vragen met AI-ondersteuning zullen de huisartsenpraktijk naar verwachting op korte termijn veel meer mogelijkheden bieden.

Een andere – niet digitale – variant om hulpvragen beter te stroomlijnen is de telefoonarts overdag. Hiermee wordt veel geëxperimenteerd in Nederland – van enkele uren per week (tijdens de piekdruk) tot dagelijkse inzet. De ervaringen hiermee zijn wisselend en waarschijnlijk deels afhankelijk van de ervarenheid van het assistenteteam. Veel consulten blijken telefonisch te kunnen worden afgedaan, maar het gevolg is ook dat de dienstdoende huisarts minder inzetbaar is voor consulten en visites. Het is dus een contextafhankelijke, relatief kostbare variant.

De triage in de dagpraktijk kan mogelijk ook verbeterd worden door doktersassistentes uit de dagpraktijk te laten integreren in de ANW-diensten. Het bieden van dubbelfuncties biedt daartoe mogelijkheden, waarbij er meer kruisbestuiving is tussen triagisten en

doktersassistentes. Daardoor nemen hun ervaring en expertise toe.

### Literatuur

1. Newbould J, Exley J, Ball S, Corbett J, Pitchforth E, Roland M. GPs' and practice staff's views of a telephone first approach to demand management: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract* 2019;69(682): e321-8.
2. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005;55(521):956-61.
3. Newbould J, Abel G, Ball S, Corbett J, Elliott M, Exley J, et al. Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study *BMJ* 2017 Sep 27; 358: j4197.
4. Pereira Gray D, Patricia Wilkie P. Patient perspectives on telephone first system *BMJ* 2017;359:j4925.
5. McKinstry B, Campbell J, Salisbury C. Telephone first consultations in primary care *j4345*.

**Bouwblok 2 Samenwerking binnen de trias huisarts, wijkverpleegkundige zorg en algemeen maatschappelijk werk**

Een vast interdisciplinair (ID) team van huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker wordt gezien als een kansrijk concept.<sup>1</sup> Bij voorkeur is het team werkzaam in hetzelfde gebouw, wat bijdraagt aan een laagdrempelige samenwerking doordat zorgprofessionals bij elkaar naar binnen kunnen lopen. In het verleden bestond deze organisatie vaker, maar de indruk bestaat dat deze vorm van samenwerking de afgelopen jaren moeilijker is geworden door een toename van professionals en organisaties in de wijk en bezuiniging op maatschappelijk werk.

*Oplossing voor de gesignaleerde problemen*

| Categorie    | Wat?  | Oplossing probleem?  | Niveau        | Organisatievoorstel   |
|--------------|---|--|---------------|---|
| Samenwerking | Samenwerking ID-team rond dezelfde patiëntengroep | Potentieel vooral voor groepen van complexe patiënten; grote werkdruk; versnippering van de zorg | Praktijk/wijk | Creëren van ID-netwerken, ondersteund door regionale huisartsenorganisaties |

*Effecten op de huisartsenzorg*

| Een vast ID-team | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burgerperspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|------------------|---|----------------|---------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|                  | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                   | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
|                  | +   | +/-            | +             | +                 | +                                   | +               | +       | +           |

*Voordelen van een ID-team*

- De samenwerking is laagdrempelig van aard (vooral als de betrokkenen op dezelfde locatie werken).
- Meer vaste spelers 'in de wijk' vormen de beste context voor geïntegreerde zorg ('ons kent ons').
- Door de gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt werklast verdeeld.

*Nadelen van een ID-team*

- Bij patiënten met een complexe zorgvraag is afstemming tussen de zorgverleners nodig: overlegtijd.
- Patiënten zijn minder vrij in het kiezen van aanbieders.

- In huidige stelsel met verschillende verdienmodellen is deze oplossing niet goed haalbaar.

*Oordeel van de werkgroep*

De werkgroep is van mening dat structurele samenwerking tussen huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker nodig is om de beschikbaarheid van eerstelijnszorg te waarborgen. Het is gewenst om de zorg te centreren in een wijkcentrum, waarin de kernzorgprofessionals van die wijk voor een patiëntengroep zorgen. Anderen, zoals de fysiotherapeut, de psycholoog

---

## Hoofdstuk 3

en bijvoorbeeld ook een leefstijlcoach, kunnen daar ook werken. De geografische verdeling van de wijken kan bijvoorbeeld op regionaal niveau worden geregeld.

### *Advies van de werkgroep*

Geef regionale organisaties de opdracht om te verkennen wat er al gaande is in de wijken van hun verzorgingsgebied. Versterk de bestaande initiatieven tot wijknetwerk-samenwerking en zet dergelijke netwerken op waar ze nog ontbreken. Betrek daar de kernspelers bij: de huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en het maatschappelijk werk. Initieer, enthousiasmeer en ondersteun vanuit de regionale, gemandateerde koepels van de genoemde kernspelers. Leer van andere regio's en wijken.

### *Toelichting*

In een interdisciplinaire constructie bestaande uit huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker kan een aantal zaken beter geregeld worden, zeker voor groepen complexe patiënten.<sup>1</sup> De huisarts heeft een signaalfunctie en kan de zorg bij zorgvragen die met het sociaal domein of de verzorging te maken hebben overdragen aan respectievelijk de maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige. Deze partners worden daarmee medeverantwoordelijk voor het regelen en leveren van de zorg, waarmee ze ook regiehouder voor dat deel van de zorg worden.<sup>2</sup>

Een voorwaarde om de samenwerking met andere zorg-professionals tot een succes te maken, is dat het aantal zorgprofessionals met wie de huisarts samenwerkt beperkt blijft. Deze vorm van samenwerking vraagt om een aanpassing van de regels wat betreft marktwerking, aangezien er in een wijk niet onbeperkt plaats is voor zorgaanbieders. Daarmee wordt de keuzevrijheid van de patiënt ingeperkt, maar het zal de zorg ten goede komen.

Een andere uitdaging vormt het feit dat er nog geen passende bekostiging is voor het gezamenlijk dragen van de verantwoordelijkheid voor een groep patiënten. Deze is wel nodig om deze structuur succesvol neer te kunnen zetten. Zou dit de vorm van regionale bekostiging aannemen dan zijn daar dermate veel kanttekeningen bij te maken dat we denken dat dit voor de middellange termijn niet realistisch is.

We voorzien wel dat een goed functionerend vast team in de wijk de werkdruk aanzienlijk kan verlichten, vooral door efficiënter samen te werken en onderling af te stemmen. Dit leidt tot tijdswinst.

Een dergelijk vast team maakt het ook mogelijk om gezamenlijk een populatiegerichte preventieagenda voor de wijk of een buurtagenda op te stellen.<sup>3</sup>

---

## Literatuur

1. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. 2023. Beschikbaar via: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
2. LHV. Discussiedocument 2.0. Visie versterking organisatie eerstelijnszorg 2030. 2023. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2023/07/Discussiedocument-visie-eerstelijnszorg-2030.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
3. Haakma TA, De Koeijer BNJ, Bruijnzeels M. De kroonjuwelen van de gezondheidscentra. 50 jaar gezondheidscentra: wat heeft het ons gebracht? 2021 Beschikbaar via: <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2021/11/De-Kroonjuwelen-van-GZC.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.

**Bouwblok 3 Taakherschikking door zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren**

Om de huisarts te ontlasten kunnen taken die nu door de huisarts uitgevoerd worden, gedelegeerd worden aan andere zorgprofessionals uit het eerstelijnsnetwerk, zoals fysiotherapeuten, psychologen of apothekers. Ook nu is de fysiotherapeut direct toegankelijk voor patiënten en ze kunnen ook in de apotheek terecht met zorgvragen over medicatie die zonder recept vrij verkrijgbaar is. Dit principe zou verder uitgebreid kunnen worden.

**Taakherschikking naar andere eerstelijnszorgprofessionals**

**3a. Taakherschikking in het kader van zorgvragen over het bewegingsapparaat**

Patiënten zou geadviseerd kunnen worden voor alle klachten van het bewegingsapparaat, zoals rugklachten, knieklachten en heupklachten, eerst de fysiotherapeut te raadplegen, om eventueel pas na advies van de fysiotherapeut naar de huisarts te gaan.

*Oplossing voor de gesignaleerde problemen*

| Categorie                               | Wat?   | Oplossing probleem?         | Niveau         | Organisatievoorstel                |
|---|--|-----------------------------|----------------|------------------------------------|
| Taakherschikking naar de fysiotherapeut | Fysiotherapeut bij alle klachten van het bewegingsapparaat | Verlichting van de werkdruk | Praktijk/regio | Werkafspraken met fysiotherapeuten |

*Effecten op de huisartsenzorg*

| Fysiotherapeut bij alle klachten van het bewegingsapparaat | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burgerperspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|--|---|----------------|---------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|  | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                   | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
|  | +/-   | ?              | -             | -                 | -                                   | +/-             | -       | +           |

*Voordelen van taakherschikking naar de fysiotherapeut*

- Deze oplossing kan de samenwerking in de eerste lijn bevorderen, mits er laagdrempelig afstemming mogelijk is. Voor specifieke klachten, zoals acute sportblessures, zou de fysiotherapeut zelf naar de orthooped kunnen verwijzen.
- Deze oplossing kan de werkdruk van de huisarts verminderen door verlaging van de spreekuurbelasting en verlichting van de verwijzfunctie van de huisarts.

*Nadelen van taakherschikking naar de fysiotherapeut*

- Wanneer alle klachten van het bewegingsapparaat bij de

huisarts weggehaald worden, kunnen huisartsen het gevoel krijgen dat het huisartsenvak verschaald, waarmee hun motivatie voor het vak ook kan afnemen.

- Patiënten worden voor een klacht van het bewegingsapparaat alleen nog gezien door fysiotherapeuten en medisch specialisten, en niet meer door een medisch generalist. Dat botst met het uitgangspunt van de spoedeisende zorg buiten kantooruren: de burger moet eerst naar de huisartsenpost en wordt pas na beoordeling door de huisarts aldaar eventueel verwezen.
- Patiënten kunnen niet meer zelf kiezen.
- Fysiotherapie kan medicaliserend werken omdat zelden



## Hoofdstuk 3

'niet' wordt behandeld, terwijl afwachtend beleid is aangewezen. Wanneer de behandeling niet werkt, wordt voor terugverwijzing naar de huisarts gekozen. Dit leidt vaak tot extra werk voor de huisarts.

### Oordeel van de werkgroep

De werkgroep is van mening dat mensen met aandoeningen van het bewegingsapparaat veel baat kunnen hebben bij een bredere probleemverkenning en een uitgebreidere voorlichting over diagnostiek en behandeling, en meer opties voorgelegd moeten krijgen dan alleen fysiotherapeutische diagnostiek en behandeling. Fysiotherapeuten worden niet voor bredere diagnostiek opgeleid. Het is niet wenselijk dat fysiotherapeuten buiten de context van de huisartsenpraktijk een triage uitvoeren van klachten aan het bewegingsapparaat.

Datzelfde geldt voor doorverwijzingen naar de tweede lijn, omdat de medische voorgeschiedenis en contextuele kennis hierbij een belangrijke rol spelen. Het is niet duidelijk welk effect een taakherschikking naar de fysiotherapeut op het volume verwijzingen naar de medisch-specialist zal hebben.

Goed wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van taakherschikking is niet voorhanden. Voor zover bekend is ook de verandering naar de vrije toegankelijkheid nooit goed geëvalueerd – noch op de belasting van de huisartsenpraktijk, noch op de effectiviteit

en doelmatigheid. De wijziging lijkt weinig invloed te hebben gehad op de incidentie van klachten van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk.

### Advies van de werkgroep

Voordat besloten wordt tot taakherschikking naar de fysiotherapeut is het noodzakelijk om meer onderzoek te doen naar de effecten daarvan.

### Toelichting

Klachten van het bewegingsapparaat vormen 15-20% van het aantal contacten bij de huisarts. Taakdelegatie of afspraken met samenwerkende fysiotherapeuten over een taakverdeling bij diagnostiek, behandeling en eventuele doorverwijzing kunnen de werkdruk van de huisarts verlichten. Vanwege de vrije toegankelijkheid van de fysiotherapie is dat ook mogelijk.

Op dit moment maakt de patiënt bij een zorgvraag over klachten van het bewegingsapparaat zelf een keuze voor de huisarts of de fysiotherapeut. In de praktijk van de fysiotherapeut komt op dit moment ongeveer 60-70% van de patiënten zonder formele verwijzing direct bij de fysiotherapeut, al dan niet na een (telefonisch) advies door de huisarts.<sup>2</sup> Cijfers over verwijzingen binnen de eerste lijn zijn hierdoor al een tijd onbetrouwbaar en het Nivel publiceert deze ook niet meer. Er is geen vergelijkend onderzoek uit Nederland dat aantoont welke benadering beter is: de huisarts als poortwachter, de fysiotherapeut als

poortwachter of de keuze aan de patiënt laten. De huidige structuur waarin patiënten zelf de professional kunnen kiezen, heeft weinig invloed gehad op het percentage nieuwe klachten van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk, want dat is min of meer stabiel over de afgelopen twintig jaar.<sup>2</sup> Onderzoek in de tweede lijn suggereert dat daar de musculoskeletale zorg veilig kan worden herschikt naar fysiotherapeuten, mits deze een aanvullende opleiding hebben gevolgd.

### Literatuur

1. Van Tuyl L, Vis E, Bosmans M, Friele R, Batenburg R. Visies op taakherschikking. Een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland. 2020. Beschikbaar via: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003844.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
2. Van Dijk C, Verheij R, De Bakker D. Directe toegankelijkheid fysiotherapie. Huisarts Wet 2008; 51:525.

### 3b. Taakdelegatie in het kader van psychische zorgvragen

Ggz-klachten vormen een groot deel van de aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen. De huisarts vormt voor deze klachten het eerste aanspreekpunt.

Taakherschikking waarbij de initiële beoordeling van psychische klachten elders plaatsvindt, zou mogelijk werkdruk voor de huisarts kunnen verminderen. De druk op de huisartsenpraktijk kan ook worden verlaagd door de vervolghandelingen van ggz-problematiek buiten de huisartsenpraktijk te 3b. Taakdelegatie in het kader van psychische zorgvragen

Ggz-klachten vormen een groot deel van de aan de huisarts gepresenteerde gezondheidsproblemen. De huisarts vormt voor deze klachten het eerste aanspreekpunt. Taakherschikking waarbij de initiële beoordeling van psychische klachten elders plaatsvindt, zou mogelijk werkdruk voor de huisarts kunnen verminderen. De druk op de huisartsenpraktijk kan ook worden verlaagd door de vervolghandelingen van ggz-problematiek buiten de huisartsenpraktijk te organiseren.

#### Oplossing voor de gesignaleerde problemen

| Categorie                    | Wat?                      | Oplossing probleem?         | Niveau         | Organisatievoorstel            |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------------|
| Taakherschikking naar de ggz | Ggz bij alle ggz-klachten | Verlichting van de werkdruk | Praktijk/regio | Werkafspraken met ggz-partijen |

#### Effecten op de huisartsenzorg

| Ggz bij alle ggz-klachten | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burgerperspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|---------------------------|---|----------------|---------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|                           | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                   | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
| +/-                       | -   | -              | -             | ?                 | -                                   | +/-             | -       | +           |

#### Voordelen van taakherschikking naar de ggz

- Deze oplossing kan voor de huisartsenpraktijk een aanzienlijke vermindering van de werkdruk kunnen opleveren.
- Wanneer de gezamenlijke ggz wijkgericht gaat werken, wordt de verantwoordelijkheid voor de patiënten gedeeld.
- De huisvestingsproblematiek zal afnemen.

#### Nadelen van taakherschikking naar de ggz

- Er vindt geen medisch generalistische beoordeling van patiënten plaats.
- Deze oplossing ondergraaft de continuïteit van de zorg en het principe van de huisarts als eerste aanspreekpunt bij psychische problematiek.

- Het is onduidelijk hoeveel medische beoordelingen in tweede instantie alsnog moet plaatsvinden.

#### Oordeel van de werkgroep

De intake en eerste behandeling van psychische problematiek horen in de huisartsenpraktijk plaats te vinden, mede omdat bij veel klachten ook een medisch-somatisch oordeel gewenst is. Dat begint bij de huisarts. Bij het vervolg hierop spelen meerdere zaken een rol: gedeeltelijke begeleiding en behandeling van ggz-problematiek in de praktijk (door huisarts en POH-ggz) en doorverwijzing naar de ggz-vervolgzorg (basis- en specialistische ggz). We vonden geen onderzoek dat de diverse organisatievormen in een vergelijkbaar zorgstelsel met elkaar vergelijkt.

---

## Hoofdstuk 3

De werkgroep vindt dat de nadruk moet liggen op tijdige toegankelijkheid van de ggz voor de intake en behandeling van complexe problematiek of het bieden van overbruggingszorg bij wachttijden. Complexe problematiek en overbruggingszorg horen niet thuis in de huisartsenzorg. In goed georganiseerde regionale (eerstelijns)zorg is dat duidelijk en worden daar goede afspraken over gemaakt.

### Advies van de werkgroep

Houd de initiële beoordeling en behandeling van ggz-problematiek in de huisartsenpraktijk omdat daar vaak een medisch oordeel gewenst is. De eenvoudige vervolgbehandeling (POH-ggz) hoort niet noodzakelijkerwijs in de praktijk, maar is wel een patiëntvriendelijke en mogelijk doelmatige oplossing voor veel ggz-problematiek. Daar kunnen de omvang van het team, huisvesting en dergelijke een rol in spelen. Er zijn vooral organisatieveranderingen nodig voor mensen met complexe en chronische psychiatrische klachten. De zorg daarvoor hoort gezien de benodigde expertise en tijdsinvestering niet primair binnen de huisartsenpraktijk, tenzij daar professionals met relevante expertise werken.

### Toelichting

Vanuit het medisch-generalistisch perspectief, vanuit de principes van persoonsgerichte zorg en vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg horen psychische zorgvragen typisch tot de taken van de huisarts.<sup>1</sup> Het reorganiseren van eerstelijnszorg, waarbij bijvoorbeeld psychologen vrij

toegankelijk worden, kan goed een aanzuigende werking hebben. Het gevolg is een nog grotere belasting van de geestelijke gezondheidszorg, groeiende wachtlijsten, uitstroomproblemen en ongewenste markteffecten. Het zou wel een vermindering van de werkdruk voor de huisarts kunnen opleveren, hoewel dat bij een vergelijkbare organisatie van het bewegingsapparaat niet het geval is geweest.

Organisatorisch zou de functie POH-ggz bijvoorbeeld kunnen verschuiven van de huisarts naar een wijkgebonden ggz-collectief. Hierbij zou de ggz en niet de huisarts direct verantwoordelijk zijn voor de patiënt die zich daar meldt of door de huisarts verwezen wordt. Verplaatsing van ggz-vervolgzorg kan mogelijk leiden tot minder druk op de huisartsenpraktijk, terwijl de principes van goede huisartsenzorg overeind blijven, mits er goede communicatie is tussen de huisarts en een ggz-collectief.

---

### Literatuur

1. LHV, NHG, Ineen, PsyHAC. Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. 2022. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/11/Definitief-Visie-Huisartsenzorg-voor-patiënten-met-psychische-problematiek.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.



### 3c. Taakherschikking in het kader van de farmaco-therapeutische zorg

Veel patiënten gebruiken medicatie. Sommigen gaan voor de behandeling van klachten en alledaagse aandoeningen al naar de apotheker voor advies en medicatie die zonder recept verkrijgbaar is, zoals voor zwemmerseczeem, scabiës, hoesten, pijnklachten en overgangsklachten. Mogelijk kan meer taakherschikking leiden tot minder belasting voor de huisartsenpraktijk.

#### Oplossing voor de gesignaleerde problemen

| Categorie                      | Wat?                                     | Oplossing probleem?         | Niveau         | Organisatievoorstel          |
|--------------------------------|--|-----------------------------|----------------|------------------------------|
| Taakherschikking naar apotheek | Naar de apotheek bij alledaagse klachten | Verlichting van de werkdruk | Praktijk/regio | Werkafspraken met apothekers |

#### Effecten op de huisartsenzorg

| Taakher-schikking naar apotheek | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                     |               | Burger-perspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                      |         |                  |
|---------------------------------|---|---------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|---------|------------------|
|                                 | Toegankelij-<br>kheid                       | Betaalbaar-<br>heid | Integraliteit |                    | Medisch<br>genera-<br>listisch      | Persoons-<br>gericht | Continu | Gezamen-<br>lijk |
|                                 | +   | ?                   | +/-           | +                  | -                                   | +/-                  | -       | +                |

#### Voordelen van taakherschikking naar de apotheek

- Deze oplossing kan tot een vermindering van de werkdruk leiden.
- Wanneer de apotheek wijkgericht gaat werken kan de verantwoordelijkheid voor de populatie gedeeld worden.

#### Nadelen van taakherschikking naar de apotheek

- Er vindt geen medisch-generalistische beoordeling plaats.
- Huisartsen vinden het prettig om naast complexe problemen ook kleine kwalen te behandelen omdat daarmee het vak veelzijdiger is.
- Deze oplossing beperkt de eigen keuzemogelijkheden van de patiënt.

- Wellicht is het moeilijk te definiëren wat ‘kleine kwalen’ precies zijn.
- Effecten van taakherschikking zijn niet goed bekend. Het gevaar bestaat dat het verdienmodel van de apotheek een rol gaat spelen.
- Er ontstaat een grotere nadruk op medicatiegebruik dan wenselijk is; de huisarts kiest veelal voor niet-medicamenteus advies.
- Apothekers zijn veelal niet ingericht op advisering (balies, weinig privacy) en de apotheker is zelf vrijwel nooit zichtbaar aanwezig.

## Hoofdstuk 3

### Oordeel van de werkgroep

De expertise van de apotheker kan vooral van meerwaarde zijn bij medicatiebeoordelingen. Deze speelt een duidelijke rol bij de medicatiebewaking (bijvoorbeeld signaleren en het aanvragen van geprotocolleerde laboratoriumdiagnostiek). Dat zou verder kunnen worden uitgebreid, waardoor de huisarts niet onnodig wordt belast. Dat is belangrijker dan patiënten voor de kleine kwalen naar de apotheek sturen.

### Advies van de werkgroep

Taakherschikking naar de apotheker is vooral gewenst met het oog op een grotere rol in de medicatiebewaking (bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek) en minder in het geval van de behandeling van kleine kwalen.

### Toelichting

Patiënten maken nu zelf de keuze om bij kleine kwalen de apotheker of huisarts te benaderen<sup>1</sup>. Mogelijk is deze apothekersfunctie bij veel patiënten nog onvoldoende bekend, waardoor mensen automatisch naar de huisarts gaan. Het is waarschijnlijk ook afhankelijk van de hulpvraag: wanneer deze strikt farmacologisch is, bezoeken patiënten wellicht eerst de apotheek. Dat zou ook anders kunnen worden georganiseerd. Voor uitslag aan de voeten, hoestklachten, obstipatie en dergelijke zouden patiënten het advies kunnen krijgen om eerst naar de apotheek te gaan. Het probleem daarmee is dat de apotheker meestal medicatie zal adviseren, terwijl die lang niet altijd

geïndiceerd is. Het is voor huisartsen lastig om met alle apothekers van hun patiëntenpopulatie samen te werken. Als de eerstelijnszorg zo georganiseerd wordt dat de huisartsen met twee of drie apothekers samenwerken, zou dat de structurele afstemming tussen huisarts en apotheker verbeteren.

Voor alle vormen van taakherschikking is een zorgvuldige afweging nodig om te bepalen welke zorg veilig overgedragen kan worden en welke aanpak ook bijdraagt aan het verminderen van de werkdruk van de huisarts. Daarover is weinig bekend – er is niet voldoende evidence om onderbouwde aanbevelingen te doen. Bovendien is het van belang te beseffen dat er een verschil is tussen taakdelegatie onder verantwoordelijkheid van de huisarts en verplaatsing van zorg en verantwoordelijkheid naar andere eerstelijnsprofessionals. Deze laatsten kunnen soms ook andere belangen hebben dan alleen het verlenen van passende zorg.

### Literatuur

1. Dijk, L. van, Schackmann, L., Heringa, M., Vervloet, M. Burgerperspectief op extramurale farmacie: quickscan van Nederlandse literatuur. Utrecht: Nivel, 2023. 45 p.



**Bouwblok 4 Het franchisemodel en ondersteuning van huisartsen en starters**

Zelfstandig gevestigde huisartsen kunnen steeds moeilijker een opvolger vinden. Dit komt deels doordat huisartsen steeds minder bereid zijn om zich met zaken als werkgeverschap, administratie en automatisering bezig te houden. Wanneer dit de discontinuïteit vergroot, staat ook het patiënthouderschap onder druk. Een 'franchisemodel' waarbij huisarts ontlast worden op het gebied van niet-patiëntgebonden taken zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. Dit kan op verschillende manieren (commercieel en niet-commercieel) georganiseerd worden.

*Oplossing voor de gesignaleerde problemen*

| Categorie   | Wat?   | Oplossing probleem?   | Niveau | Organisatievoorstel   |
|---|--|---|--------|---|
| Het ontlasten van huisartsen bij taken rond het praktijkhouderschap | Ondersteuning bij personeelsbeleid, financiën, ICT, kwaliteitsbeleid | Verlichting van de werkdruk door niet-patiëntgebonden taken | Regio  | Regionale huisartsenorganisaties en/of andere (ook landelijke) organisaties |

*Effecten op de huisartsenzorg*

| Franchise-model | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burger-perspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|-----------------|---|----------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|                 | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                    | Medisch generationalistisch         | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
|                 | +   | ?              | +             | ?                  | +                                   | +/-             | +/-     | +/-         |

*Voordelen van het franchisemodel*

- Praktijkhouderschap wordt aantrekkelijker door een verlaging van de werkdruk.
- Meer huisartsen kunnen zich langdurig verbinden aan een vaste groep patiënten, wat de continuïteit van zorg bevordert.
- De huisartsen – als groep – worden voorspelbaarder door meer uniformiteit.
- Omdat de basispraktijkvoering geen extra zorg en belasting meer is, ontstaat er ruimte voor het verbeteren, veranderen en vernieuwen van patiëntenzorg.

*Nadelen van het franchisemodel*

- De huisarts kan minder autonomie ervaren doordat een deel van de praktijkkeuzen gemaakt worden door een ondersteunende organisatie, bijvoorbeeld bij de keuze van het HIS, de website en andere systemen.
- De huisarts kan het model financieel minder aantrekkelijk vinden omdat de ondersteunende organisatie betaald moet worden.
- De diversiteit onder huisartspraktijken kan afnemen (de keerzijde van uniformiteit) en er valt minder te kiezen voor huisarts en patiënt.



### Oordeel van de werkgroep

De werkgroep is van mening dat het franchisemodel het patiënthouderschap kan stimuleren. Een randvoorwaarde is dat de ondersteunende organisatie geen commerciële signatuur mag hebben, zodat het geld ten goede komt aan de huisartsenzorg. Er zijn initiatieven die kunnen dienen als best practice.

### Advies van de werkgroep

Evalueer de huidige initiatieven, en stimuleer en faciliteer de regionale organisaties om dit concept verder uit te werken. Stimuleer onderzoek naar de effecten van deze organisatievorm. Voor een deel van de (toekomstige) collega's zullen franchiseachtige modellen de manier zijn om praktijkhouderschap vorm te geven.

### Toelichting

Allerlei ontwikkelingen leiden ertoe dat de vertrouwde arts-patiëntrelatie, waarin persoonlijke continuïteit geborgd is, dreigt te verdwijnen. Het praktijkhouderschap stimuleerde altijd patiënthouderschap doordat huisartsen langdurig verbonden waren aan een praktijk. Er zijn verschillende redenen die maken dat huisartsen in de toekomst minder vaak zullen kiezen voor het praktijkhouderschap, ofschoon het overgrote deel van de huisartsen in opleiding nog steeds zegt op termijn een 'eigen' praktijk te willen.<sup>1-5</sup> De grote hoeveelheid niet-patiëntgebonden werkzaamheden (personeelsbeleid, financiën, ICT en kwaliteitsbeleid) en het gebrek aan flexibiliteit lijken hierbij

de belangrijkste te zijn. Een franchisemodel waarbij de huisarts ontlast wordt op het gebied van niet-patiëntgebonden taken zou hiervoor een oplossing kunnen zijn. We zien deze ontwikkeling ook bij andere eerstelijnsaanbieders, zoals fysiotherapeuten, logopedisten en psychologenpraktijken, maar deze beroepsgroepen verschillen in die zin van huisartsen dat de nadruk bij hen niet ligt op de verantwoordelijkheid voor een 'vaste' populatie patiënten.

De werkgroep kan zich voorstellen dat franchisemodellen passen in een vernieuwd organisatiespeelveld in de eerste lijn, waar de huisarts onderdeel van uitmaakt. De belangrijkste randvoorwaarde lijkt dat de beroepsgroep deze beweging zelf moet organiseren en deze niet mag overlaten aan nieuwe toetreders, die een winst oogmerk hebben.<sup>6-13</sup> Het is onwenselijk dat er zorggeld naar investeerders vloeit, en de ervaringen tot nu toe zijn dat de continuïteit en bereikbaarheid bij deze aanbieders onder druk staan, en dat hun patiënten veel klachten hebben.

Huisartsenorganisaties en -coöperaties zouden met de ontwikkeling van franchisemodellen de verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen om de beschikbaarheid en continuïteit van de huisartsenzorg binnen een regio te borgen.

### Literatuur

1. Menkhorst R, Spijkerman C. <https://www.groene.nl/artikel/wie-wil-er-nou-nog-een-eigen-praktijk> De Groene Amsterdammer 2022;18: xx-xx
2. Dirks M. Waarom ik waarnemer ben en niet praktijkhouder. 2019. Beschikbaar via: <https://www.mattanjadirks.com/waarom-ik-waarnemer-ben-en-niet-praktijkhouder/>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
3. Smit R. Te weinig huisartsen willen eigen praktijk: 'Risico dat patiënt geen arts vindt.' 2019. Beschikbaar via: <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4604031/te-weinig-huisartsen-willen-eigen-praktijk-risico-dat-patienten>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
4. Bottema T. Het vak van praktijkhouder verdient een positief geluid. Negatieve beeldvorming mag niet doorschieten. 2023. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/het-vak-van-praktijkhouder-verdient-een-positief-geluid>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
5. Batenburg R, Flinterman L, Vis E, Van Schaaijk A, De Geit E, Kenens RJ et al. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken Een actualisering voor de periode 2020-2022. 2023. Beschikbaar via: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
6. Lambregtse C. Nieuwe initiatieven in de huisartsenzorg: bedreiging of kans? De Dokter 2021; 6:9-13.
7. Doccs Huisartsenpraktijk Amsterdam Slotervaart. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
8. Buurtdokters. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
9. Flexdokters. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
10. Co-Med. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
11. Quin. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
12. Centric Health Nederland. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
13. Arts en Zorg. Geraadpleegd op 1 juni 2023.

**Bouwblok 5** Laagcomplexe zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren

De ideeën van burgers en zorgverleners over laagcomplexe zorg kunnen variëren. Vaak denken ze vooral aan kleine kwalen: klachten aan het bewegingsapparaat (enkels, polsen, elleboog), respiratoire klachten (hoesten, snotteren, keelpijn) en dergelijke – eenvoudige klachten bij relatief gezonde mensen met door de bank genomen weinig comorbiditeit. Bovendien gaan kleine kwalen meestal vlot over en gaan ze gepaard met een kleine ziektelast. Het valt te overwegen om de instroom van laagcomplexe zorg naar de huisarts te verminderen door deze elders te organiseren, zoals op een huisartsenpost.

*Oplossing voor de gesignaleerde problemen*

| Categorie         | Wat?                                | Oplossing probleem?         | Niveau         | Organisatievoorstel |
|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|
| Laagcomplexe zorg | Laagcomplexe zorg op regionale post | Verlichting van de werkdruk | Praktijk/regio | -                   |

*Effecten op de huisartsenzorg*

| Laag-complexe zorg | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burger-perspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|--------------------|---|----------------|---------------|--------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|                    | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                    | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
|                    | +/-   | +/-            | -             | +/-                | -                                   | -               | -       | +           |

*Voordelen van laagcomplexe zorg anders organiseren*

- De druk op de praktijk neemt af.
- Praktijkvergroting (meer patiënten in de praktijk) is een optie.
- Het aandeel van complexere medische vraagstukken neemt toe.

*Nadelen van laagcomplexe zorg anders organiseren*

- De continuïteit neemt af en de persoonsgerichte zorg vermindert.
- Er bestaat een risico op overdiagnostiek (te veel aanvullende diagnostiek) en een afname van de doelmatigheid van de zorg doordat persoonlijke continuïteit en een vertrouwensband ontbreken.

- Laagcomplexe zorg wordt soms toch complex en komt dan alsnog bij de huisarts, wat dan meer tijd kost.
- Huisartsen kunnen het gevoel krijgen dat het vak op die manier verschaalt.
- De patiëntenzorg die resteert is dan gemiddeld zwaarder en complexer, zodat aan die kant de druk op de huisartsenzorg en de kosten per patiënt (op den duur) weer toenemen.

*Oordeel van de werkgroep*

Het verplaatsen van laagcomplexe zorg buiten de dagpraktijk heeft veel organisatorische consequenties, terwijl het nog maar de vraag is of de werkdruk van huisartsen hierdoor daadwerkelijk afneemt. Daarnaast kan het ten

## Hoofdstuk 3

kosten gaan van de continuïteit en de persoonsgerichtheid van de zorg, en de medisch-generalistische zorg voor de patiënt. Dit model verdient daarom niet de voorkeur.

### Advies van de werkgroep

Als er door de druk op het systeem iets moet veranderen rond de laagcomplexe zorg, dan verdient het de voorkeur om dat na triage door de praktijk zelf in de huisartsenpraktijk vorm te geven, bijvoorbeeld door de inzet van meer medisch-generalistisch hulppersoneel, zoals een spreekuur-assistente, physician assistant of verpleegkundig specialist, zodat de integrale benadering binnen de huisartsenpraktijk is gewaarborgd.

Het inrichten van pilots en experimenten met een goede wetenschappelijke evaluatie kunnen duidelijk maken of de voordelen (grotere toegankelijkheid van de zorg, vermindering van de werkdruk) opwegen tegen de nadelen (vermindering van de continuïteit en persoonsgerichte zorg, afname van het werkplezier van de huisarts).

### Toelichting

Het valt te overwegen om de instroom van laagcomplexe zorg naar de huisarts te verminderen zonder dat dit voor de patiënt tot negatieve effecten leidt. De organisatie daarvan kan binnen of buiten de huisartsenpraktijk plaatsvinden. Dit kan bijvoorbeeld door de huisartsenpost te openen voor laagcomplexe zorg overdag, nieuwe toetreders een rol te geven of grootschaligere inloopcentra te organiseren buiten

de reguliere huisartsenzorg. Dat laatste zien we in Engeland en Canada, waar Walk in Centers/Clinics worden ingezet. In Engeland zijn deze al lang geleden ingevoerd, maar zijn ze nooit een groot succes geworden.<sup>1</sup>

Bij deze denkrichting is het relevant om na te gaan voor welke specifieke groepen patiënten of voor welke delen van de populatie beoordeling van kleine kwalen door de eigen huisarts belangrijk is. Overigens geldt ook nu al dat burgers daarin eigen keuzen maken wat betreft de direct toegankelijke fysiotherapie en medicijnen die vrij verkrijgbaar zijn bij de apotheek. Burgers zijn mogelijk goed in staat om te bepalen welke laagcomplexe klachten niet door de eigen huisarts gezien hoeven te worden.

Er was geen consensus binnen de werkgroep over de vraag of het anders organiseren van laagcomplexe zorg de grote werklust van de huisarts kan verminderen, ook als het gaat om spoedzorg.<sup>2</sup> Vanuit het oogpunt van continuïteit en persoonsgerichte zorg lijkt het niet de optimale optie. Juist contacten met patiënten met een laagcomplexe zorgvraag kunnen bijdragen aan het opbouwen van de persoonlijke relatie en het vertrouwen tussen de patiënt en huisartsenvoorziening. Het zelf zien van laagcomplexe zorg draagt ook bij aan de continuïteit en integraliteit van de geleverde zorg door de huisarts. De behandeling van laagcomplexe zorgvragen door een andere zorgverlener in een Walk in Center kan minder doelmatig zijn doordat er geen vertrouwensband is, waardoor het meer tijd kan vragen om

de patiënt te overtuigen van de voorgestelde behandeling. Bovendien bestaat het risico op een overmatige inzet van aanvullende diagnostiek.<sup>3</sup>

Daarnaast leert de ervaring dat een laagcomplexe zorgvraag de start kan zijn van een cascade aan vervolgvragen, waarbij de patiënt uiteindelijk een complex beeld te zien geeft. Vooral wanneer een andere zorgverlener dan de eigen huisarts eerst de kwaal beoordeelt en behandelt, en in ieder geval als dit plaatsvindt buiten de huisartsenpraktijk. Een patiënt die toch een complexe zorgvraag blijkt te hebben komt uiteindelijk toch bij de huisarts terecht, maar dan kost het meer tijd om het probleem te doorgronden. Het afvangen van de laagcomplexe zorg uit de dagpraktijk maakt de organisatie van de zorg complexer, wat niet lijkt op te wegen tegen wat het oplevert. Het afvangen van laagcomplexe zorgvragen kan bovendien ten koste gaan van het werkplezier bij huisartsen. Dit is belangrijk, want we willen huisartsen immers behouden voor het vak.

### Literatuur

1. Arain M, Nicholl J, Campbell M. Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study. *BMC Health Serv Res* 2013 Apr 18:13:142.
2. Van der Maas J, Rutten M, Smits M, Van Boven K, Giesen P. Spoedzorg in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2018; 61:36-43
3. Crawford J, Cooper S, Cant R, DeSouza R. The impact of walk-in centres and GP co-operatives on emergency department presentations: a systematic review of the literature. *Int Emerg Nurs* 2017 Sep:34:36-42.

**Bouwblok 6 Chronische zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren**

Chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus, cardiovasculaire morbiditeit, astma en COPD, liggen ten grondslag aan een belangrijke deel van de werkdruk in de huisartsenpraktijk. Na de diagnostische fase en het starten van de behandeling gaat het veelal om routinezorg en reguliere controles. Patiënten zien daarvoor hun eigen huisarts nog nauwelijks, en de POH-somatiek des te vaker. De huisartsenpraktijk besteedt veel tijd aan de zorg rond deze aandoeningen. Door reguliere controles voor chronische aandoeningen meer op regionaal niveau door de zorggroep of huisartsenorganisatie te laten uitvoeren, kan de dagelijkse druk op de regionale huisartsenpraktijken aanzienlijk verminderen. Een diversiteit aan chronische aandoeningen is daarvoor mogelijk geschikt.

*Oplossing voor de gesignaleerde problemen*

| Categorie       | Wat?                  | Oplossing probleem?       | Niveau     | Organisatievoorstel  |
|-----------------|-----------------------|---------------------------|------------|--|
| Chronische zorg | Regionale organisatie | Minder druk op praktijken | Regio/wijk | Op regionaal niveau organiseren en logistiek inrichten met aanbod gericht op leefstijl, en zelfregie bij chronische aandoeningen |

*Effecten op de huisartsenzorg*

| Routine-zorg regionaal | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burgerperspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|------------------------|---|----------------|---------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|                        | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                   | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
|                        | +/-   | ?              | +/-           | +/-               | +/-                                 | -               | -       | +           |

*Voordelen chronische zorg op regionaal niveau*

- De druk op de huisartsenzorg kan verminderen.
- Het kan de toegankelijkheid van de praktijk voor andere zorg vergroten.
- De nadruk komt meer te liggen op zelfmeten, zelfregie en leefstijl, wat de betaalbaarheid kan verbeteren.

*Nadelen chronische zorg op regionaal niveau*

- De continuïteit neemt af en de persoonsgerichte zorg vermindert.
- Huisartsen ervaren dit mogelijk als een verschraving van het vak.
- Deze oplossing is niet voor alle patiënten geschikt (ouderen, multimorbiditeit), een deel van de zorg blijft in de praktijk.
- De eindverantwoordelijkheid is minder direct duidelijk en moet duidelijk worden belegd.

### *Oordeel van de werkgroep*

De werkgroep is van mening dat het organiseren van chronische zorg op regionaal niveau potentie heeft. Via standaardisatie van logistieke en zorgprocessen, en door het vergroten van de zelfredzaamheid van patiënten kan de huisartsenzorg ontlast worden. Welk effect dat heeft op de door de patiënt ervaren continuïteit is niet bekend.

### *Advies van de werkgroep*

Geef regionale organisaties de opdracht om te verkennen welke routinezorg geschikt is om regionaal te organiseren en welke zorg zich leent om te standaardiseren, met als doel om de zelfredzaamheid van patiënten te versterken. Betrek huisartsenpraktijken en vooral patiënten daarbij, en waar dat aan de orde is ook andere stakeholders, zoals het sociaal domein en de medisch-specialistische zorg. Leer van andere regio's en wijken, en experimenteer met keuzevrijheid voor de patiënt. Denk na over welke verantwoordelijkheden op welk niveau worden belegd.

### *Toelichting*

De verantwoordelijkheid en uitvoering van de routine-controles voor chronische aandoeningen kunnen belegd worden bij de regionale huisartsenorganisatie dan wel de zorggroep, analoog aan de avond-, nacht- en weekend-diensten.<sup>1,2</sup> Alleen wanneer veranderingen of aanpassingen van het beleid nodig zijn die niet protocollair zijn vastgelegd, blijft de eigen huisartsenpraktijk verantwoordelijk en kan die worden ingeschakeld. Medisch-specialistische

zorg kan in deze omgeving wellicht extramuraal en in een anderhalvelijnssetting worden geleverd in plaats van in relatief dure ziekenhuizen. Ook kan de chronische zorg die nu in ziekenhuizen plaatsvindt verplaatst worden naar een dergelijke regionale omgeving. Wereldwijd zijn er diverse initiatieven die laten zien dat dergelijke zorg bij chronische aandoeningen niet inferieur hoeft te zijn.

In de praktijk gaan patiënten (fysiek of virtueel) dan naar het regionale centrum, waar regionale POH's werken. Dit kan bijdragen aan de gezondheidsvaardigheden van de patiënten en de huisartsenpraktijk ontlasten. Zo kan in het regionale centrum bijvoorbeeld meer aandacht zijn voor ondersteuning in de eigen taal door het aanstellen van specifieke professionals. Ook kan gedacht worden aan meer leefstijlbegeleiding, die daardoor minder in de huisartsenpraktijk gedaan hoeft te worden. Uiteraard hoeft dit niet voor alle patiënten te gelden, maar kan een deel van de patiënten nog altijd in de eigen praktijk gezien worden. Mogelijk kan op regionaal niveau ook beter/doelmatiger een (fysieke/virtuele) verbinding worden gelegd met het sociaal domein.

Door standaardisatie en protocollering van zorg kan patiënten meer zelfstandigheid worden geboden, onder andere voor het doen van zelfmetingen en het toepassen van adviezen op basis van algoritmen. Doordat patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor bijvoorbeeld bloedsuiker-, nierfunctie-, HbA1c- of bloeddrukmetingen, krijgen ze meer

regie over hun eigen gezondheid en wordt de huisartsenpraktijk verder ontlast. Patiënten kunnen hun metingen (online) toevoegen aan hun medische dossier in het HIS, wat de huisarts en POH tijd kan schelen.

---

### Literatuur

1. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. 2023. Beschikbaar via: <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.
2. LHV. Discussiedocument 2.0. Visie versterking organisatie eerstelijnszorg 2030. 2023. Beschikbaar via: <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2023/07/Discussiedocument-visie-eerstelijnszorg-2030.pdf>. Geraadpleegd op 1 juni 2023.

**Bouwblok 7** Acute zorg buiten de huisartsenpraktijk organiseren

Om de druk op het spreekuur te verlichten kan een structuur ingericht worden waarbij als U1 en U2 getrieerde zorgvragen buiten de reguliere dagpraktijk gezien worden. Dit betekent dat deze patiënten niet door de vaste huisarts(enpraktijk) gezien worden, maar met hun zorgvraag op een centrale locatie terecht kunnen, bijvoorbeeld een huisartsenpost.

*Oplossing voor de gesignaleerde problemen*

| Categorie         | Wat?                             | Oplossing probleem?         | Niveau         | Organisatievoorstel                |
|-------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------------------|
| Acute zorg anders | Acute zorg op een regionale post | Verlichting van de werkdruk | Praktijk/regio | Dienstenstructuur ANW overdag open |

*Effecten op de huisartsenzorg*

| Acute zorg anders | Maatschappelijk perspectief – passende zorg |                |               | Burgerperspectief | Huisartsenperspectief – Kernwaarden |                 |         |             |
|-------------------|---|----------------|---------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|---------|-------------|
|                   | Toegankelijkheid                            | Betaalbaarheid | Integraliteit |                   | Medisch generalistisch              | Persoonsgericht | Continu | Gezamenlijk |
|                   | +/-   | ?              | -             | +/-               | -                                   | +/-             | -       | +           |

*Voordelen van acute zorg anders organiseren*

- De praktijk wordt rustiger en voorspelbaarder.
- Het spreekuur wordt niet onderbroken.
- Praktijkvergroting is mogelijk een optie.
- Er ontstaat meer ruimte voor goede zorg bij chronische aandoeningen.

- Mogelijk is het gevolg meer diagnostiek en meer medisch handelen.
- Huisartsen(praktijken) verliezen vaardigheden voor het diagnosticeren en behandelen van acute zorgvragen.
- Deze oplossing heeft mogelijk een aanzuigende werking op hulpvragen.

*Nadelen van acute zorg anders organiseren*

- Patiënten moeten voor zorg ook overdag grotere afstanden overbruggen.
- Het is niet duidelijk wat er met acute visitevragen moet gebeuren.
- Triage is moeilijker dan in de eigen praktijk (minder persoonsgerichte triage geeft mogelijk meer zorgcontacten).

*Oordeel van de werkgroep*

De werkgroep vindt het niet wenselijk om alle acute zorgvragen meer centraal in de regio op te vangen. Waarschijnlijk leidt dit tot duurdere en minder effectieve huisartsenzorg.



## Hoofdstuk 3

### Advies van de werkgroep

Mogelijk heeft het een meerwaarde om het spreekuur in de dagpraktijk anders te organiseren en clusteren, zodat er meer rust is voor het opvangen van acute zorgvragen en zonder dat dit tot extra werkdruk leidt. Ook de triage van patiënten in de dagpraktijk kan nog verbeterd worden. Hoe deze punten moeten worden georganiseerd, is sterk praktijkafhankelijk.

Onderzoek dus hoe huisartsenpraktijken nog beter geholpen kunnen worden om de acute zorgvragen in hun eigen praktijk op te vangen. Verbeter de triagetools en het verwachtingsmanagement richting de patiënten.

### Toelichting

Met acute zorgvragen bedoelen we hier de zorgvragen die dezelfde dag gezien moeten worden. Dit zijn zorgvragen die getrieerd worden als U1, U2 of U3. Per normpraktijk gaat het jaarlijks om 356 patiënten met een acute zorgvraag. Grofweg zijn dat 273 patiënten per praktijkdag voor 200 normpraktijken per regio (340 patiënten per jaar per normpraktijk, ongeveer 260 praktijkdagen per jaar). Gemiddeld is 4-5% van de zorgvragen in de dagpraktijk spoed.<sup>1</sup>

Acute zorgvragen zijn vaak eenmalig, maar het vervolg vraagt toch nog vaak extra inzet van de eigen huisarts. Dit speelt vooral bij oudere patiënten met een complexere zorgvraag. Hier heeft het een meerwaarde wanneer de

huisarts de wensen van de patiënt kent. Patiënten met multimorbiditeit vragen dus juist om continuïteit van zorg door de eigen huisarts.

Een andere vorm van acute zorgvragen betreft vragen waarbij op zeer korte termijn een opname (een bed) in een ziekenhuis, verpleeghuis of eerstelijnsverblijf geregeld moet worden. Hiervoor zou ook een centraal coördinatiepunt kunnen worden ingericht. Dat scheelt de huisarts structureel tijd en frustratie. Deze hoeft in de drukte van de dagpraktijk niet langer allerlei verschillende zorgorganisaties te bellen om te vragen of er capaciteit is om de patiënt op te nemen.

Uit de literatuur blijkt dat initiatieven die acute zorgvragen anders adresseren vooral georganiseerd zijn buiten kantoor-tijden. In het Verenigd Koninkrijk leidde de introductie van de nurse- en GP-led walk-in centers in de avonduren mogelijk tot een verminderde toestroom naar de SEH, en waren de patiënten tevreden.<sup>2,3</sup>

### Literatuur

1. Van der Maas J, Rutten M, Smits M, Van Boven K, Giesen P. Spoedzorg in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2018; 61:36-43
2. Arain M, Nicholl J, Campbell M. Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK; a cross sectional study. *BMC Health Serv Res* 2013 Apr 18;13:142.
3. Crawford J, Cooper S, Cant R, DeSouza R. The impact of walk-in centres and GP co-operatives on emergency department presentations: a systematic review of the literature. *Int Emerg Nurs* 2017 Sep;34:36-42.



# Beschouwing

De werkgroep Visie op organisatie van de huisartsenzorg heeft in opdracht van de raad van bestuur van het NHC onderzoek gedaan naar mogelijkheden voor organisatieverandering binnen de huisartsgeneeskunde. De opdracht ontstond naar aanleiding van ervaringen met de landelijke IZA-besprekingen, waarin de toekomstige uitdagingen voor de brede eerste lijn uitgebreid aan bod kwamen. Het doel van de opdracht was om de problemen en uitdagingen van de huisartsgeneeskunde te verkennen, mogelijkheden voor organisatieverandering in kaart te brengen en te onderzoeken of er (wetenschappelijke) onderbouwing is voor potentiële veranderingen. Het resultaat is een aantal oplossingsrichtingen (bouwblokken) gekoppeld aan het oordeel en advies van de werkgroep.

Voor veel mogelijke organisatieaanpassingen in de huisartsenzorg blijkt er nauwelijks onderbouwing te bestaan, en al zeker niet binnen het Nederlandse zorgstelsel. Dit rapport zelf baseert zich daarmee grotendeels op de

verkenningen en discussies binnen de werkgroep. Hierin hebben de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde (2019) steeds centraal gestaan, mede omdat voor de effectiviteit van deze kernwaarden wél gedegen wetenschappelijk bewijs voorhanden is. Persoonsgerichtheid en continuïteit zijn effectieve en doelmatige elementen van de huisartsenzorg, waarmee ze nog steeds actueel en richtinggevend zijn.

De werkgroep heeft de indruk dat in de gezamenlijke zoektocht naar het verminderen van de werkdruk van de huisarts oplossingen worden voorgesteld, die de kernwaarden van de huisarts kunnen ondermijnen. Toch wordt er druk uitgeoefend op de huisartsgeneeskunde om zorgvragen te delen met anderen of bij voorbaat naar andere aanbieders toe te leiden. De argumenten daarvoor zijn vaak niet goed onderbouwd en ook niet steeds transparant. En ofschoon gezamenlijk een belangrijke nieuwe kernwaarde is, heeft de werkgroep geconstateerd dat ondoordacht gezamenlijk ten koste kan gaan van andere



kernwaarden, te weten persoonsgerichtheid, medisch-generalistische zorg en continuïteit van de zorg.

Mede daarom heeft de werkgroep eerst de inhoud en organisatie van de huisartsenzorg beschreven. Vervolgens heeft ze via een inventarisatie van de ontwikkelingen, problemen en uitdagingen een verkenning gedaan naar verschillende mogelijkheden voor verandering. Daarbij is een transparant beoordelingskader gehanteerd door de verandermogelijkheden steeds 1) te toetsen aan de vraag of ze daadwerkelijk een probleem oplossen, en 2) op waarde te beoordelen vanuit het burger-, maatschappelijk en huisartsenperspectief.

De organisatieveranderingen zijn niet uitputtend beschreven, maar dekken naar de mening van de werkgroep een groot deel van de realiseerbare opties. Omdat voor veel van de voorgestelde veranderingen weinig direct wetenschappelijk bewijs voorhanden bleek, zijn ze grotendeels tot stand gekomen door te kijken naar ervaringen met organisatievormen elders en is ook sterk geleund op de discussies binnen de werkgroep. Daarnaast is het rapport in conceptversie voorgelegd aan vertegenwoordigers van de Verenigingsraad van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Vereniging voor Aspirant Huisartsen (LOVAH), leden van het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde (UNH). Hun input is meegenomen in de definitieve versie van het rapport.

## Hoofdlijnen

### Algemeen

- Er zijn diverse mogelijkheden om de organisatie van de huisartsenzorg ingrijpend te veranderen. Die veranderingen hebben consequenties en soms gaan ze ten koste van de kernwaarden van de huisarts.
- Het ondoordacht doorvoeren van veranderingen die ten koste gaan van het medisch-generalistisch functioneren van de huisartsenzorg heeft een ongewisse uitkomst op de waarde van de eerstelijnszorg. Binnen onze eerstelijnszorg gaat er veel goed vergeleken met ons omringende landen. De werkgroep adviseert daarom om bij aanpassingen heel goed te letten op de mogelijke neveneffecten. Vooral veranderingen die de kernwaarden van de huisartsenzorg aantasten zijn ongewenst, omdat deze negatieve effecten kunnen hebben op de effectiviteit en doelmatigheid van de eerstelijnszorg.
- Er is geen gedegen onderzoek dat de beschreven organisatieveranderingen in de huisartsenzorg goed onderbouwt. In het bijzonder geldt dat voor de eerstelijnscontext binnen het Nederlandse zorgstelsel. Er is dus veel meer en veel gericht wetenschappelijk onderzoek nodig naar de beschreven verandermogelijkheden.
- In Nederland hebben momenteel alléén huisartsen hun patiënten op naam ingeschreven. Ze zijn daarmee ook de enigen met verantwoordelijkheid voor een ingeschreven populatie. Veel potentiële organisatieveranderingen in de eerste lijn worden bemoeilijkt door concurrentie en

bekostiging ('verdienmodellen') van andere eerstelijnsprofessionals. Het inzetten op gezamenlijke populatieverantwoordelijkheid zou in deze behulpzaam zijn. Het is daarbij van belang dat inschrijving op naam (ION) bij de huisarts wordt gehandhaafd om de continuïteit van de zorg te borgen.

- Bij een toenemend huisartsentekort moet er aandacht zijn voor het gegeven dat organisatieveranderingen de aantrekkelijkheid van het vak kunnen aantasten. Mogelijk zullen dan minder mensen kiezen voor het beroep van huisarts, waardoor het risico bestaat dat het tekort toeneemt.

### Bouwblokken

Binnen de beschreven mogelijkheden voor organisatieverandering heeft de werkgroep de meest wenselijke, kansrijke en realiseerbare opties bij elkaar gezet. Een belangrijk uitgangspunt was dat de huisartsenzorg voor iedere Nederlander behouden moet blijven. Hierdoor ontstond steeds een spanningsveld: de werkgroep beseft dat keuzen noodzakelijk zijn, maar voelt het maken van keuzen al snel als een pijnlijk verlies.

- Verdere uitwerking van digitale triage (bouwblok 1b) kan mogelijk de werkdruk beperken, de eigen regie bij patiënten ondersteunen en patiënten beter de weg wijzen in het zorglandschap. De kwaliteit van digitale triage moet echter nog sterk verbeteren en er is veel meer onderzoek nodig naar de effectiviteit, doelmatigheid en veiligheid ervan. Het initiatief voor de

ontwikkeling en evaluatie zou veel meer bij de beroepsgroep moeten liggen dan nu het geval is.

- Het beleggen van regionale verantwoordelijkheid voor continuïteit en ondersteuning van huisartsenzorg bij regionale huisartsenorganisaties (RHO's, bouwblok 4), bijvoorbeeld in franchiseachtige vormen, is een organisatieverandering die de kernwaarden van de huisarts kan ondersteunen (een huisarts voor iedereen, ICT, administratie). Het kan leiden tot een aanzienlijke ontlasting van de bestaande praktijkhouders en biedt daarnaast kansen voor nieuwe praktijkhouders. Bovendien vormt het een krachtig alternatief voor praktijkovername door nieuwe toetreders.
- Het is noodzakelijk om de organisatiemodellen verder uit te werken om de kernspelers in de wijk (de huisarts, wijkverpleging, apotheker en het maatschappelijk werk) nog beter met elkaar te verbinden, en de gezamenlijke verantwoordelijkheid verder vorm te geven (bouwblok 2). Dit zal gezien de huidige wetgeving en financieringsmodellen niet eenvoudig zijn, maar moet naar de mening van de werkgroep wel nader onderzocht worden.
- Taakherschikking voor medicatiebewaking (in al haar facetten, bouwblok 3c) zou betekenen dat de organisatie hiervan buiten de praktijk komt te liggen, en in samenwerking met apothekers wordt vormgegeven. Deze verandering gaat niet ten koste van de kernwaarden van de huisarts en is goed uitvoerbaar.
- Wanneer de zorg voor chronische aandoeningen bij niet-complexe patiënten op regionaal niveau anders wordt

georganiseerd én uitgevoerd (inclusief digitale ondersteuning, bouwblok 6), kan dat de druk op de huisartsenpraktijk aanzienlijke verminderen. Hoewel dit ten koste gaat van de persoonlijke continuïteit en integraliteit in de praktijk, leidt het in mindere mate tot aantasting van de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde.

- Het verder uitwerken van de mogelijkheden van Thuisarts.nl als een mogelijkheid om de toestroom naar de huisartsenpraktijk verder te stroomlijnen is in dit advies niet uitgewerkt, maar verdient wel meer aandacht.

#### Adviezen aan het NHG

Het advies van de werkgroep aan de Raad van Bestuur van het NHG is om bij de gesprekken over de (re)organisatie van de eerste lijn vooral in te zetten op de meest kansrijke opties zoals de werkgroep die hierboven beschreven heeft.

Het NHG zou moeten overwegen om een aantal van de beschreven opties, zoals digitale triage, taakherschikking naar de apotheker en het anders vormgeven van chronische zorg inhoudelijk naar zich toe te trekken, en tot aandachtspunten van zijn beleid te maken.

Het NHG mag – zeker in de richting van de jonge generatie huisartsen – uitstralen dat het actief bezig is met de organisatie van de huisartsenzorg, en dat het zich hiervoor vooral richt op innovatie en wetenschappelijke onderbouwing van bestaande en nieuwe vormen.

Het NHG zou vanuit zijn eigen missie moeten pleiten en lobbyen voor gedegen wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van de voorgestelde organisatieveranderingen.

De werkgroep adviseert het NHG ten slotte om de inhoud van dit rapport ook met zijn leden te delen en het te bespreken met de andere huisartsenkoepelorganisaties, zodat het stuk een discussiedocument wordt. Dit was ook het advies van de geraadpleegde Verenigingsraad, het Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde en de LOVAH: zorg dat het rapport toegroeit naar een gezamenlijk advies op de organisatie van de huisartsenzorg.

---

## Colofon

*Dit is een uitgave van de werkgroep Toekomstbestendige organisatie van huisartsenzorg, ingesteld door de Raad van Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging voor en door huisartsen.*

## Werkgroep

De werkgroep bestaat uit experts uit de geledingen van het NHG, InEen, de LHV en het UNH.

In alfabetische volgorde:

### *Huisartsen*

Jacintha van Balen

Jettie Bont

Jip de Jong

Gideon den Ouden

Claudia Molema

Leo van Rossum

Nynke Scherpbier

Henk Schers

*(Voorzitter werkgroep)*

Mark van der Wel

Raymond Wetzels

## Redactie, ontwerp en realisatie

Redactie: NHG-bureau

Concept, ontwerp en realisatie: Ratio Design

Maart 2024