

Utrecht, 11 januari 2024

Uw kenmerk : -

Ons kenmerk : -

Onderwerp : Resultaat achterbanraadpleging NHG over het IZA project Visie op de organisatiekracht van de eerstelijnszorg

Geachte heer Leeflang en heer Van Veldhuisen, beste Peter en Aris,

In de online achterbanraadpleging van het NHG was in algemene zin steun voor de visie op de organisatiekracht van de eerstelijnszorg richting 2030. Het werd beschouwd als wenkend perspectief. Onze geraadpleegde achterban vindt de visie passend om de bestaande en de door dubbele vergrijzing alsmaar groter wordende problemen voor de eerstelijnszorg het hoofd te kunnen bieden. Met name het gestelde doel richting hechter samenwerken in de wijk wordt als positief ervaren.

Er komen echter uit de achterbanraadpleging van het NHG ook een aantal punten naar voren met dringend verzoek tot aanpassing. Die treft u hieronder. Veelal gaat het om kritische punten en de toonzetting door het hele rapport heen. Waar aan de orde en waar mogelijk, zijn concrete passages voor aanpassing aangeduid. Onze reactie kan in onderlinge samenhang worden gezien met die van LHV en InEen. Wij hebben onze reacties naar aanleiding van ieders consultatie onderling besproken en op de hoofdlijnen afgestemd, waarbij we vanuit ieders expertise en accenten de visie hebben bekeken en daarop ieder onze reactie geven.

#### **Opmerking vooraf**

Een visie geeft alleen richting en geen oplossingen, daar is een strategie voor nodig met een plan van aanpak. Het zijn vooral elementen in de strategie en het plan van aanpak in het rapport die onze geraadpleegde achterban zorgen baart. De strategie en plan van aanpak gaan vooral over het door één deur kunnen van partijen met elkaar. Ze gaan niet of nauwelijks over de met de visie geschapen randvoorwaarden, oftewel het oplossen en faciliteren van oplossingen van de vele tekorten van personeel, tot medicatie en huisvesting. De visie gaat uit van bestaande systemen en stelsels, maar het blijft de vraag of de visie wel tot stand kan komen zonder systeem- en stelselhervorming.

#### **Opmerkingen bij de visie**

- De visie zou de generalistische basis uit het RVS-advies 'De basis op orde' stelselmatig moeten omarmen, want daarin wordt het generalistische fundament van de eerste lijn duidelijk beschreven. In de visie wordt het advies weliswaar in het voorwoord genoemd en beschreven, maar zonder duidelijk te stellen dat het ook het fundament vormt voor de visie. Het advies expliciet omarmen als fundament van de visie maakt het ontegenzeggelijk dat de huisarts, samen met wijkverpleging, apotheker en sociaal domein, als vier generalistische partijen de kern vormen in de eerste lijn ("kernspelers" in de visie). Ons verzoek is daarom om het RVS-advies nadrukkelijk als fundament van de visie te benoemen in kolom 2 op pagina 4 en er daarna in de visie steeds naar te

verwijzen waar die basis aan de orde komt (zeker ook bij de visualisatie met de kernspelers).

- In de visie ontbreekt een analyse voor welke problemen en doelgroepen meer/anders samenwerken door m.n. de kernspelers in de wijk een noodzakelijke oplossing is. Toegevoegd moet worden dat het bij het samenwerken gaat om structurele oplossingen voor m.n. kwetsbare doelgroepen waaraan de kernspelers zich committeren, om daar samen vanuit ieders taken en rollen op aanspreekbaar te zijn en doelmatig op te acteren. Nadrukkelijk moet interprofessioneel overleg op patiëntniveau in de wijk niet separaat worden georganiseerd, dat regelen professionals onderling.
- De voornoemde probleemanalyse maakt eveneens duidelijk waarom het vormen van regio-organisaties geen doel op zich moet zijn en dat wat op wijkniveau kan worden geregeld daar moet worden geregeld. De regio-organisatie is uitsluitend bedoeld voor zaken die op wijkniveau onvoldoende geregeld kunnen worden. Dat behelst vooral een coördinerende rol en geen sturende rol. In de geraadpleegde achterban is de zorg groot dat de regio-organisatie zichzelf als aansturende partij voor de professional gaat beschouwen of als zodanig wordt benaderd door andere partijen (zoals zorgverzekeraars en overheden). Daarom moet in de visie duidelijk staan wat de opdracht is en wat die vooral niet is, zodat in het plan van aanpak duidelijk kan staan welke veranderopgave de regio-organisaties wel en niet hebben (wel faciliteren, niet sturen).
- In de visie ontbreekt één van de kernprincipes van passende zorg vrijwel volledig, namelijk het belang van wetenschappelijke onderbouwing en wetenschappelijke evaluatie (bewezen effectiviteit). In de visie komt dat vrijwel niet aan de orde en termen als experimenteren in de strategie en plan van aanpak zijn daarom niet passend. In ieder geval moet de term “experimenteren” op p.18 worden gewijzigd in *implementatieonderzoek* en “verkennen” in *doen van wetenschappelijk onderzoek*. Uitgangspunt 2 op p.32 “onderzoeken” moet worden gewijzigd in *wetenschappelijk onderzoeken*, omdat “onderzoeken” als vrijblijvend kan worden gelezen. Ook in figuur 2 moet het belang van wetenschappelijk onderzoek een plek krijgen. Daarnaast moet in de figuur aan “innovatie” worden toegevoegd dat het gaat om *bewezen effectieve innovaties* (conform toetsing door het Zorginstituut voor het verzekerde pakket), omdat daar bij veel zogenaamde innovaties in het geheel geen sprake van is.

#### **Opmerkingen bij de strategie en het plan van aanpak**

- Andere partijen binnen de eerste lijn moeten zich monodisciplinair kunnen organiseren, willen zij zich vanuit hun taken en rollen ten dienste kunnen stellen aan de doelgroepgerichte samenwerking met de kernspelers voor de generalistische doelstelling van de visie. Benadruk daarom vanuit de ambitie richting 2030 het belang van

monodisciplinair organiseren van alle partijen en het vormen van netwerken, om vervolgens multidisciplinair en interprofessioneel goed te kunnen samenwerken. In de strategie en het plan van aanpak ontbreekt hierop een stevig plan met aandacht voor de noodzakelijke randvoorwaarden, zodat het als onrealistisch wordt ervaren dat richting 2030 alle partijen zich monodisciplinair kunnen organiseren. Behalve de huisartsen zijn immers de meeste partijen in de eerste lijn nog nauwelijks of volstrekt niet georganiseerd. Dit punt moet daarom in de strategie en plan van aanpak een veel prominentere positie krijgen. Overigens is het ook dan onrealistisch dat het monodisciplinair organiseren in 2030 al volledig gerealiseerd zou kunnen zijn. Het is daarom belangrijk aandacht te besteden aan verwachtingsmanagement, zodat partijen niet al op voorhand afhaken. Nu lijkt de focus door het hele rapport al te zeer te zijn: 'klaar in 2030'; dat moet realistischer worden geformuleerd.

- In het plan van aanpak krijgt het vormen van organisaties als (juridische) entiteiten onevenredig meer aandacht dan de uitvoering in de wijk met werkwoorden als samenwerken, organiseren en netwerken. Hierdoor ontstaat een risico op top-down sturing richting de wijk, in plaats van bottom-up inspiratie voor organisatie vanuit de noden van de wijk. Hierbij moet worden meegenomen dat de regionaliseringsgedachte vanuit het IZA en programma's als GALA steeds gepast moet worden ingezet, zonder onwenselijke of zelfs schadelijke schaalvergroting (zoals door vergrote fysieke afstand tot de eerstelijnszorg). Voeg daarom toe dat consequent moet worden stilgestaan bij de benodigde schaal om passende zorg te kunnen blijven leveren, waarbij steeds actief wordt gestreefd naar behoud van de schaal van de wijk.
- De rol van het sociaal domein en het belang van randvoorwaarden zoals menskracht en huisvesting krijgen opvallend weinig aandacht in verhouding tot het vormen van regio-organisaties, terwijl juist daar grote uitdagingen liggen.
- De termen 'wijk' en 'regio' zijn belangrijk in de visie, maar worden door vele partijen en vanuit verschillende perspectieven verschillend geïnterpreteerd. Zo zijn huisartsen verbonden aan een ingeschreven patiëntpopulatie, die vaak niet overeenkomt met een geografisch afgrensbare wijk. Voor andere zorgprofessionals geldt dat op hun manier ook. Zo worden regio's door gemeentes, GGZ-instellingen en GGD's heel anders gedefinieerd en afgegrensd dan voor bijvoorbeeld de regionale huisartsenorganisatie. De definities in de verklarende woordenlijst moeten verduidelijken hoe de gebruikte termen 'wijk' en 'regio' in de context van deze visie moeten worden gelezen en toegepast.
- De definities van generalistische zorg en continuïteit, regiebehandelaar en poortwachterschap, taakdelegatie en taakherschikking staan gedefinieerd in bijlage 1. Deze moeten verder worden verduidelijkt en strikt begrensd om misverstanden en multi-interpretatie te voorkomen. Overinterpretatie ligt op de loer, zoals al is te lezen in de

ministeriële brief aan de kamer over de conceptvisie. Wij dringen aan op een aantal aanpassingen - zeker niet limitatief:

- Op p.19: het voorbeeld van de verwijzende fysiotherapeut verwijderen wordt binnen onze achterban als essentieel genoemd.
- Regiebehandelaarschap heeft een medische betekenis (het komt immers voort uit het medisch tuchtrecht) en kan als zodanig in de eerste lijn in een specifieke context alleen bij andere artsen dan huisartsen worden belegd en bijvoorbeeld niet bij paramedici.
- Het kan wel passen bij de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten in specifieke situaties, maar daarbij verdient het op zijn minst de opmerking dat die momenteel geenszins binnen elke regio voldoende aanwezig zijn om dit landelijk op regioniveau waar te maken.
- Ook binnen de context van gedragstherapie wordt wel gesproken van regiebehandelaarschap, maar dat is verwarrend in de context van de visie op organisatie van de eerstelijnszorg en moet absoluut worden vermeden.
- Binnen de eerste lijn zijn alle partijen productiegericht, behalve de huisarts, door de patiëntinschrijving op naam. In de strategie komt onvoldoende naar voren hoe omgegaan wordt met het daardoor enorme verschil in verantwoordelijkheid. Dat leidt al tot grote problemen tussen de kernspelers, zolang bijvoorbeeld wijkverpleging gefragmenteerd wordt aangeboden en niet centraal aanspreekbaar is. Dat verbetering hiervan consequenties kan hebben voor marktwerking in de wijkverpleging valt niet uit te sluiten, maar – nadrukkelijk gesteund door het IZA – passende zorg moet leidend zijn. Dit speelt eveneens in relatie tot bijvoorbeeld de GGZ, de ouderengeneeskunde, de gehandicaptenzorg, de ANW, spoedzorg en de hele tweede lijn. Dat moet in de visie en de strategie continu duidelijk zijn.
- Deze visie biedt geen garantie dat alle partijen de structurele (financiële) faciliteiten krijgen om de visie te realiseren. Daar moeten andere partijen zoals overheden en zorgverzekeraars voor zorgdragen. Volgens onze achterban moet in het plan van aanpak nadrukkelijker naar voren komen, dat zonder dergelijke randvoorwaarden de visie in het geheel niet ten uitvoer kan worden gebracht, zelfs niet een beetje. Dat geldt ook voor de benodigde toezeggingen van aanpalende partijen om de visie te steunen, van het sociaal domein, de GGZ, de tweede lijn en vooral ook lokale en landelijke overheden en zorgverzekeraars. Anders zal de visie weinig tot geen kans van slagen hebben. Als er één ding duidelijk is uit de visie vanuit de eerstelijnszorg: we moet het met alle partijen samen doen. Alleen samen: met elkaar als eerstelijnspartijen én met deze andere partijen,



kunnen we onze problemen en uitdagingen het hoofd bieden, anders wordt het niets met passende zorg.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Scheppink', is positioned below the closing text. The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath.

Drs. H. Scheppink MCM

Raad van Bestuur