

MEERJARENVISIE 2021-2024

REGIONALE AMBITIES BEPALEN DE LANDELIJKE SPEERPUNTEN



ineen
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

November 2020



INHOUD

Inleiding: Een krachtige organisatie, juist nu!	3
1 - Ontwikkelingen van invloed op de eerstelijnszorg	4
2 - Gevolgen voor de patiënt en de zorgprofessional	7
3 - Opgaven voor eerstelijnsorganisaties	9
4 - Beleid en rol van InEen	12
Regiobeeld en regioplan als basis voor beleid	13
Digitaliserings- en informatiebeleid op basis van regionale ambities	14
Gemandateerde samenwerkingsafspraken	14
Arbeidsmarktvraagstukken vragen om verandering	15
Facilitaire ondersteuning als pijler van de organisatie	15
Zorginhoud en kwaliteit – een passend aanbod van zorg	16
Randvoorwaarden voor succes	16

EEN KRACHTIGE ORGANISATIE, JUIST NU!

Een krachtige eerste lijn, dicht bij de patiënt en met de huisarts als spin in het web, is het fundament voor goede en betaalbare zorg. Daar staan de leden, het bestuur en het bureau van InEen voor. Samen bouwen we aan goed georganiseerde lokale en regionale organisaties die zorgprofessionals ondersteunen bij het leveren van persoonsgerichte eerstelijnszorg, die samen met andere partijen in de regio vormgeven aan de Juiste Zorg op de Juiste Plek en die kunnen inspelen op actuele ontwikkelingen.

Zowel vanuit huisartsen als vanuit partijen buiten de eerstelijnszorg neemt de urgentie toe om lokaal, op wijkniveau en regionaal te komen tot een duidelijker vertegenwoordiging van huisartsen en eerstelijnsprofessionals. Naast bekende maatschappelijke ontwikkelingen, zoals vergrijzing, langer thuiswonende ouderen, toenemend aantal chronisch zieken en ontwikkelingen in ziekenhuizen en GGZ, vragen ontwikkelingen op het gebied van arbeidsmarkt en werkdruk steeds meer om een gezamenlijke aanpak. Door meer eenheid en kortere lijnen in de regio neemt de slagkracht van de huisartsenzorg en de eerste lijn toe.

De uitbraak van COVID-19 heeft laten zien hoe belangrijk dit is. In een enorm tempo en met veel creativiteit zijn nieuwe manieren gevonden om zorg op afstand te bieden aan mensen met coronagerelateerde klachten en aan mensen met klachten en chronische aandoeningen

die niet langs konden komen bij de huisartsenpraktijk en -post. In de regionale samenwerking met andere (zorg)partijen en in de acute zorgketen zijn waardevolle inzichten opgedaan voor een meer toekomstbestendige inrichting van de zorg. Dat zien we terug in de houtskoolschets acute zorg en krijgt zeker een plek in de contourennota en de plannen van het nieuwe kabinet dat in 2021 aantreedt.

De afgelopen periode maakte InEen, samen met de leden en de LHV en het NHG, de beweging naar de regio. Met de tripartite **visie op regionale samenwerking en organisatievorming in de huisartsenzorg** en de bijbehorende **bouwstenen** is een goede basis gelegd, waarop regionale en lokale organisaties verder kunnen bouwen. Op veel plaatsen hebben organisaties die handschoen ook opgepakt en ontstaan veelbelovende initiatieven. Nu moeten we doorpakken!

In dit plan beschrijven we de ontwikkelingen die van invloed zijn op de (eerstelijns)zorg en de gevolgen daarvan voor patiënten en professionals. Dat vertalen we naar de opgaven voor organisaties in de eerste lijn. Hieruit volgen de rol van InEen en de speerpunten voor de komende jaren. We staan als sector de komende periode voor een aantal stevige opgaven. En tegelijkertijd voor een periode die de ruimte en kansen biedt om onze visie waar te maken, zodat alle Nederlanders kunnen rekenen op de beste huisartsen- en eerstelijnszorg dicht bij huis.



1 ONTWIKKELINGEN VAN INVLOED OP DE EERSTELIJNSZORG

Ontwikkelingen als vergrijzing en digitalisering hebben een grote impact op onze samenleving en dus ook op de zorg. Een toename van het aantal ouderen en chronisch zieken, een krimpende arbeidsmarkt, dat zijn geen toekomstscenario's meer. We zitten er middenin. Het is steeds lastiger om vacatures op te vullen, de wachtlijsten in de zorg nemen toe, evenals de kosten. De roep om de zorg anders te organiseren klinkt steeds harder. In dit hoofdstuk behandelen we ontwikkelingen die van invloed zijn op de eerstelijnszorg.

Groei aantal ouderen en chronisch zieken

In 2015 had 50 procent van de mensen minimaal één chronische aandoening; in 2040 is dat 54 procent. Eén op de drie Nederlanders heeft dan twee of meer chronische aandoeningen, en bijna één op de vijf zelfs drie of meer. Jaarlijks sterven 35.000 Nederlanders aan de gevolgen van roken, overgewicht of probleemdrinken. Deze ontwikkelingen zijn de komende jaren van grote invloed op de zorgvraag en de inrichting van de zorg. Naar verwachting zal de focus in toenemende mate liggen op preventie (stoppen met roken, meer bewegen) en (gecombineerde) leefstijlinterventies. In het [Nationaal Preventieakkoord](#) zijn hierover afspraken gemaakt.

Voor de eerste lijn betekent dit dat preventie een groter aandeel in het zorgaanbod zal moeten krijgen, de zorg voor mensen met een chronische aandoening onverminderd belangrijk blijft en dat multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn nog belangrijker wordt. Daarnaast past het om als eerste lijn goed aangesloten te zijn bij initiatieven zoals GROZ.

Initiatieven als **GROZ** sluiten hier goed bij aan: bij GROZ staat niet langer de Z van ziekte voorop, maar de G van gezondheid. Het doel is om preventie en de Juiste Zorg op de Juiste Plek en bij de juiste personen te krijgen. De zorgbehoefte van de burgers staat daarbij centraal.

Domeinoverstijgende zorg voor kwetsbare groepen

De keuze om kwetsbare mensen langer thuis te laten wonen en de bedden capaciteit in ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen te reduceren, had grote gevolgen. De behoefte aan kortdurende opvang van patiënten correspondeert nu onvoldoende met de beschikbare capaciteit, met schrijnende situaties voor patiënten en een toenemende regeldruk voor de zorgprofessional als gevolg. De juist voor kwetsbare groepen zo noodzakelijke verbindingen tussen cure (Zvw), care (Wlz) en sociaal domein (Wmo) komen maar moeizaam tot stand. De coronacrisis maakte dit zichtbaar: ouderen en GGZ-patiënten zonder (thuis)zorg raakten (nog verder) in een isolement en het risico op grotere kwetsbaarheid nam toe. De uitdaging is hier verandering in aan te brengen. De contourennota van het kabinet moet hier richting aan geven; adviezen uit het rapport **Oud en zelfstandig** in 2030 van de commissie Bos leveren daarvoor waardevolle input.

De eerstelijnszorg, met name de huisartsenzorg, speelt een belangrijke rol bij het verbinden van cure, care en sociaal domein. De huisarts werkt als medisch-generalist samen met andere zorg- en hulpverleners om passende zorg te leveren aan patiënten. Vanuit de kerntaken is de huisarts medeverantwoordelijk voor het vormgeven van deze zo essentiële verbinding.

Veranderingen in de arbeidsmarkt

De voorspelling is dat in de komende jaren 1 op de 4 mensen van de Nederlandse (beroeps)bevolking in de zorg zou moeten werken om de zorg toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden. Tegelijkertijd maakt de toenemende vergrijzing het lastig om voldoende en goed gekwalificeerd personeel te vinden én te behouden. Het is daarom essentieel om als zorgsector een aantrekkelijke werkgever te blijven, samen te werken door personeel te delen, te werken aan duurzame inzetbaarheid van personeel en waar mogelijk en wenselijk digitale alternatieven in te zetten. De afgelopen jaren is - mede vanwege opvolgingsproblemen - de continuïteit van de huisartsenzorg merkbaar onder druk komen te staan, vooral in krimp-gebieden. Uit onderzoek van de LHV blijkt dat huisartsen zich gemiddeld later dan voorheen vestigen als praktijkhouder, bij voorkeur in een duo- of kleine groepspraktijk en niet fulltime. Op dit moment werkt 40% van de huisartsen als zzp'er. Tegelijkertijd gaan de komende jaren veel gevestigde huisartsen stoppen. Steeds vaker kunnen huisartsen geen opvolger vinden en dreigen mensen hun vaste huisarts te verliezen. Dit is een onwenselijke ontwikkeling, die haaks staat op de kernwaarden van de huisartsenzorg.

De ontwikkelingen dwingen de eerste lijn om aan de slag te gaan met het aantrekken van voldoende nieuwe mensen, andere manieren van werken, het ondersteunen van praktijken en andere organisatievormen. De ervaringen met digitaal werken die zijn opgedaan tijdens de coronacrisis kunnen behulpzaam zijn.

Herinrichting zorglandschap, focus op de regio

De focus bij het organiseren van de zorg verschuift steeds meer naar de regio. Die beweging wordt versterkt door het programma de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), dat inzet op het maken van gezamenlijke regiobeelden en regioplannen, het verplaatsen van zorg en het maken van samenwerkingsafspraken over de grenzen van lijnen en welzijns- en zorgdomeinen heen. Tegelijkertijd zijn we geconfronteerd met (onverwachte) sluitingen van ziekenhuizen, SEH's en huisartsenposten, fusies en defusies van ziekenhuizen. Dit heeft geleid tot regelgeving en het beleidsvoornemen van het ministerie van VWS om meer regie te krijgen op de organisatie van het zorglandschap. Zo moet de houtskoolschets acute zorg bijvoorbeeld leiden tot een optimale infrastructuur voor de acute zorg, met laagdrempelige spoedzorg dichtbij en hoogspecialistische zorg op een beperkter aantal plaatsen.

Voor de eerste lijn brengt dit risico's, maar ook kansen met zich mee. Mits de eerste lijn in staat blijkt zich goed te verenigen en te organiseren. Op regioniveau moeten afspraken worden gemaakt met stakeholders, zoals ziekenhuizen, VVT-instellingen, ambulancezorg, GGZ en het sociale domein. Deze stakeholders verwachten een herkenbaar aanspreekpunt voor de huisartsenzorg en de eerste lijn.

Digitalisering en technologie in de zorg

De inzet van technologie in de zorg heeft tijdens de coronacrisis een vlucht genomen en zal het komende decennium een grote impact op de zorg hebben. Enerzijds doordat de arbeidsmarktproblematiek geen alternatief laat, anderzijds doordat meer patiënten, cliënten en hun naasten regie willen en moeten hebben over hun zorg. Digitale consulten, uitbreiding van diagnostische mogelijkheden bij de patiënt zelf en zorg op afstand zullen steeds meer geïntegreerd worden in

het reguliere zorgaanbod. De inzet van kunstmatige intelligentie zal de rol van de beslisondersteuning, vroegopsporing en de diagnostiek veranderen.

Patiënt- en zorgvolgende gegevensuitwisseling ondersteunt de te leveren zorg. De opdracht om over domeingrenzen goede zorg te leveren wordt echter bemoeilijkt door (Europese) wetgeving rondom privacy en patiënttoestemming. Voor dit dilemma moet de wetgever, samen met partijen uit het veld, de komende jaren een oplossing vinden.

De eerste lijn staat voor de grote uitdaging om de digitale, technologische en wetgevende ontwikkelingen in te bedden in het zorgaanbod en tot een reguliere manier van werken te maken.

Beperkte financiële middelen

Naar verwachting zal het beheersbaar houden van de zorguitgaven net als voorgaande jaren het uitgangspunt zijn voor het nieuwe kabinet, dat in 2021 aantreedt. De financiële impact van de coronacrisis draagt daar onvermijdelijk aan bij. Dit betekent dat de ruimte voor financiële groei beperkt zal zijn.

De uitdaging is de financiers van de zorg ervan te overtuigen dat kostenbeheersing met behulp van de eerste lijn veel effectiever is dan besparing op de eerste lijn. Door in te zetten op anders en slimmer werken, door een krachtige, betrouwbare partner in de regio te zijn die samen met anderen werkt aan JZOJP en die aanspreekbaar is op de maatschappelijke opgave om zinnige en zuinige zorg te leveren.



2 GEVOLGEN VOOR DE PATIËNT EN DE ZORGPROFESSIONAL

Gevolgen voor de patiënt

Ontwikkelingen laten zien dat de zorg sterk in beweging is en dat de patiënt hier de komende jaren ook veel van zal merken. Digitalisering van de zorg houdt in dat meer zorg online geleverd wordt. De herinrichting van het zorglandschap maakt dat patiënten soms verder moeten reizen. Krapte aan personeel en financiële middelen brengen wachtlijsten met zich mee. En aandacht voor preventie, leefstijl en burgerparticipatie doet een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen.

De impact hiervan is voor sommige patiënten groter dan voor anderen. Voor chronisch zieken die langdurig zijn aangewezen op (24/7) zorg en voor kwetsbare ouderen en mensen met psychische aandoeningen die langer thuis (moeten) blijven wonen betekent verder moeten reizen naar een ziekenhuis of instelling iets anders dan voor de relatief gezonde patiënt die af en toe een dokter of polikliniek moet bezoeken. De NZa onderscheidt deze type zorgvragen van patiënten in haar rapport 'Passende en digitale zorg' in *continue* (chronische zorgvragen) en *episodische behoeften* (electieve en acute zorgvragen).

Voor de organisaties in de eerste lijn betekent dit dat zij rekening moeten houden met verschillen in gezondheids- en digitale vaardigheden van hun patiënten. De inrichting van het zorgaanbod - in het bijzonder in de wijk - moet voorkomen dat grote groepen mensen buiten de boot vallen.

Los van het type zorgvraag bestaan er aanzienlijke verschillen tussen mensen in gezondheids- en digitale vaardigheden en zelfredzaamheid. Tegelijkertijd is het kunnen voeren van eigen regie, het hebben van gezondheidsvaardigheden en het kunnen omgaan met nieuwe technologie steeds belangrijker om als patiënt je weg te kunnen vinden in ons complexe zorgsysteem.

Gevolgen voor de zorgprofessional

Hoe gaat de zorgprofessional samen met zijn team de komende jaren om met de ontwikkelingen in de zorg? De toenemende complexere zorgvraag en daarmee samenhangende noodzaak tot samenwerking (over de domeinen heen), de veranderingen in het zorglandschap, de forse digitaliseringsuitdagingen, de toenemende personeelstekorten en de wens van huisartsen om anders te dokteren, vragen om aanpassingen binnen en buiten de praktijk.

Deze aanpassingen kan een huisarts in zijn of haar praktijk niet meer alleen bewerkstelligen. Door krachten te bundelen en zich te verenigen met anderen kunnen makkelijker afspraken over domeinen heen worden gemaakt - met ziekenhuizen en/of het sociale domein - en personeelstekorten worden opgevangen. Bovendien kan de organisatie ondersteuning bieden bij het implementeren van nieuwe technologieën en taakherschikking in de praktijk.

In de spreekkamer, in het individuele contact tussen dokter en patiënt, zal meer dan ooit proactief en persoonsgericht zorg moeten worden geleverd. Persoonsgericht is één van de kernwaarden¹ van de huisartsenzorg. Een vijfde van de patiënten in de spreekkamer vraagt extra tijd en aandacht vanwege een of meer chronische aandoening(en), kwetsbaarheid, dreigend regieverlies of psychosociale problemen. Centraal staat niet alleen de behandeling van het gezondheidsprobleem, maar ook de manier waarop de patiënt met het probleem omgaat en in het leven staat. Deze manier van werken vereist goede gespreksvaardigheden, de inzet van digitale hulpmiddelen waar nodig, een soepele gegevensuitwisseling tussen en met alle betrokkenen en voldoende tijd tijdens het spreekuur en voor de begeleiding van mensen.

Eerstelijnsorganisaties kunnen zorgprofessionals ondersteunen bij het vertalen van alle ontwikkelingen in de zorg naar de individuele praktijk. Ze kunnen bijvoorbeeld met mandaat op wijk- en regioniveau samenwerkingsafspraken maken, ontzorgen op het gebied van ICT en digitalisering en personeel detacheren. Ook kunnen zij scholing bieden op het gebied van gespreksvaardigheden, chronische en acute zorg. Zo dragen de organisaties samen met de zorgprofessionals zorg voor toekomstbestendige en persoonsgerichte eerstelijnszorg.

De huisarts moet meer dan ooit proactief en persoonsgericht zorg leveren.

¹ www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kernwaarden-en-toekomstvisie

3 OPGAVEN VOOR EERSTELIJNSORGANISATIES

De ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende veranderingen voor patiënten en zorgprofessionals zijn fors en vragen aanpassingen in de wijze waarop de (huisartsen)zorg wordt geleverd. Organisaties in de eerste lijn kunnen hierbij een belangrijke rol spelen door:

- samen met de zorgprofessionals preventie c.q. leefstijlinterventies in de eerstelijnszorg vorm te geven en het zorgaanbod in de wijk zodanig in te richten dat recht gedaan wordt aan de verschillen in gezondheids- en digitale vaardigheden van mensen;
- op wijk- en regioniveau met mandaat van de zorgprofessionals de verbinding te leggen met cure, care en sociaal domein en samenwerkingsafspraken te maken;
- ondersteuning te bieden op het gebied van ICT en digitalisering, personeel te detacheren en diverse facilitaire diensten aan te bieden.

De afgelopen periode heeft InEen, samen met de leden en de LHV en het NHG, de beweging naar de regio ingezet. Met een tripartite **visie op regionalisering** is een goede basis gelegd waarop regionale en lokale organisaties kunnen voortbouwen. De visie zet in op verregaande structurele samenwerking en organisatievorming in de

Veel organisaties werken al aan verbreding van het activiteitenpakket en de regionale samenwerking.

huisartsenzorg en de eerste lijn. In 2020 is de visie, onder de naam 'Hechte huisartsenzorg', uitgewerkt in zes bouwstenen. Deze bouwstenen vormen de ingrediënten voor de regionale huisartsenorganisatie. Huisartsen weten daarmee wat zij minimaal mogen verwachten van hun organisatie in de komende jaren. Tegelijkertijd moet de regionale organisatie, om namens een regio te kunnen spreken en huisartsenpraktijken te ontzorgen, met mandaat van de huisartsen kunnen handelen.



Randvoorwaarden

De tripartite visie en de bouwstenen zullen de komende jaren de richting bepalen voor de leden van InEen. Huisartsen, stakeholders en financiers verwachten van organisaties dat ze serieus werk gaan maken van de in de visie en bouwstenen beschreven taken en rollen. De tijd van vrijblijvendheid is voorbij, daarvoor is de druk op de sector inmiddels te hoog. Om die taken en rollen waar te kunnen maken is een aantal randvoorwaarden cruciaal:

- Er moet adequate financiering beschikbaar zijn om de beweging naar gemandateerde en aansprekende organisaties in de wijk en in de regio te kunnen maken.
- Er moet een heldere governancestructuur zijn, waarbij voor de organisatie, aangesloten huisartsen en stakeholders het mandaat helder is en gestoeld is op draagvlak.
- Alle werkzame huisartsen in de regio moeten betrokken zijn bij de organisatie. Dat betekent dat naast de praktijkhoudende huisartsen in de regio en in de wijk ook de waarnemende huisartsen, HIDHA's en huisartsen in loondienstcentra een stem in de organisatie hebben.

Stevige opgave

Op veel plaatsen hebben organisaties de handschoen opgepakt en wordt al aan een verbreding van het activiteitenpakket gewerkt. Ook worden regionale samenwerkings- en organisatie-modellen verkend. Met een heldere governancestructuur, waarbij het mandaat helder is voor de organisatie, aangesloten huisartsen en stakeholders en gestoeld is op draagvlak.

Hierbij vallen een paar zaken op. Ten eerste gaat het veelal nog om monodisciplinaire regioplannen. Gezien de geschetste ontwikkelingen in de zorg en de uitdagingen waarvoor we ons allen gesteld zien, lijkt het raadzaam ook andere (eerstelijns)disciplines en domeinen te betrekken bij het opstellen van regioplannen. De regio-organisatie zou mogelijk ook andere eerstelijnsdisciplines kunnen ondersteunen en/of helpen zich sterker te organiseren. Regionale ondersteuningsstructuren kunnen daarbij ook een rol spelen.

Gezien de centrale positie van de huisarts in het zorgsysteem past de rol als initiator van domeinoverstijgende samenwerking de regio-organisatie goed. Uiteraard moet deze rol aansluiten bij de regionale context; ook andere partijen in de regio kunnen trekker van initiatieven zijn. De regio-organisatie participeert dan in het regionale overleg en neemt zo medeverantwoordelijkheid voor de totstandkoming van de noodzakelijke domeinoverstijgende samenwerking.

Verder valt op dat het patiëntenperspectief vaak nog onderbelicht is. Zowel bij het opstellen van regiobeelden en -plannen als bij de vormgeving van het zorgaanbod in de regio wordt nog weinig gebruikgemaakt van de kennis en ervaringen van patiënten. Terwijl dat perspectief juist veel kan toevoegen aan het perspectief van de zorgaanbieder en de organisatie.

Daarnaast lag de focus de afgelopen periode vooral op het regioniveau, het wijkniveau kreeg minder aandacht. Terwijl wijkmanagement een onmisbare schakel is om daadwerkelijk op wijkniveau, en zelfs op praktijkniveau, het gewenste maatwerk in het zorgaanbod te kunnen leveren. In de wijk worden veel onderdelen uit de regioplannen uiteindelijk geconcretiseerd in de samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals. Juist nu de GEZ-financiering, die bedoeld was voor de financiering van multidisciplinaire samenwerking, wordt afgebouwd moet O&I-wijkmanagement aandacht krijgen. In aansluiting op de bouwstenen voor regionale samenwerking is daarom een handreiking gemaakt voor **structurele samenwerking in de wijk**.

Als laatste valt op dat in veel regio's de samenhang tussen de 'dagzorg' en de ANW-zorg steeds nadrukkelijker wordt gezien en benoemd. Zowel vanuit de inhoud van de zorg (bijvoorbeeld ouderenzorg) als bijvoorbeeld de toenemende werkdruk in de huisartsenzorg of de gewenste digitalisering in de regio. In sommige regio's leidt dat tot een samengaan van de zorggroep en de huisartsenpost, elders krijgt dit vorm in een intensivering van de samenwerking. In beide gevallen is aandacht nodig voor de bijzondere positie van de huisartsenpost als verbindende schakel tussen de huisartsenzorg en de acute zorgketen. De houtskoolschets acute zorg zal de komende jaren veel impact hebben op de positionering van de acute huisartsenzorg in de regio.

Concluderend kunnen we vaststellen dat eerstelijnsorganisaties, de leden van InEen, de komende jaren voor een stevige opgave staan.

Een rol als initiator van domeinoverstijgende samenwerking past de regio-organisatie goed.

4 BELEID EN ROL VAN INEEN



De missie van InEen is het versterken van de organisatiekracht van de eerste lijn. Als vertegenwoordiger en belangenbehartiger van eerstelijnsorganisaties, ondersteunt InEen de leden bij de uitdagingen uit het voorgaande hoofdstuk. Vertrekpunt daarbij zijn de kerntaken en kernwaarden van InEen.

Onze kerntaken

- *Belangenbehartiging en beleidsvorming op landelijk niveau.*
We richten ons hierbij vooral op zaken die individuele leden niet (alleen) kunnen realiseren, zoals aanpassingen in wet- en regelgeving (voor o.a. bekostiging, fiscale vraagstukken, kwaliteitsaspecten), landelijk beleid rondom gegevensuitwisseling en zorginhoud, het eventueel opnieuw sluiten van een hoofdlijnenakkoord en afstemming met landelijke stakeholders.
- *Adviseren en ondersteunen van leden.*
Onder meer bij het contracteringsproces met de zorgverzekeraars en de implementatie van wetgeving.
- *Kennis delen.*
Onder meer door goede voorbeelden op te halen en te verspreiden, ontmoetingen te organiseren (fysiek en online) en (vak)informatie door te geven en te duiden.

Onze kernwaarden

InEen is verbindend en toekomstgericht: we zoeken proactief samenwerkingspartners, proberen vanuit een constructieve houding zaken voor elkaar te krijgen en hebben oog voor nieuwe ontwikkelingen door trends te volgen, kansen te signaleren, leden hierop te wijzen (inspireren) en ze te helpen deze kansen te benutten (implementeren).

Samenwerking

Het uitgangspunt van InEen is het organiseren van huisartsenzorg en eerstelijnszorg in den brede. Daarmee zijn we complementair aan de LHV, die zich inzet voor goede randvoorwaarden voor de individuele huisarts en zijn praktijk en de uitvoering van het huisartsenvak. Naast de actieve samenwerking met LHV en NHG zullen we de samenwerking met vertegenwoordigers/organisaties van het sociale domein, de ziekenhuissector, VVT en GGZ intensiveren om op landelijk niveau de kaders en randvoorwaarden te bieden voor een goede organisatorische samenwerking in de regio. Doel hiervan is het ontwikkelen en aanbieden van de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

INEEN BELEIDSLIJNEN 2021-2025

Bij de uitwerking van de hoofdlijnen van het beleid van InEen voor de komende jaren volgen we de bouwstenen van **Hechte huisartsenzorg**. Daarmee verbinden we onze ambities met de opgave waarvoor de leden in de regio staan.



Regiobeeld en regioplan als basis voor beleid

Het regiobeeld en het regioplan vormen de basis voor de organisatie van de zorg in de regio en de wijk, en ook voor de samenwerking binnen de multidisciplinaire eerstelijnszorg en over de domeinen van de zorg heen. Het is daarom belangrijk dat beide breed gedragen worden door betrokken partijen, patiënten en inwoners en in gezamenlijkheid tot stand komen. Het regioplan geeft ook richting aan de regio-organisatie zelf en draagt zo bij aan het mandaat van en de samenhang tussen de huisartsen in de regio.

InEen zal de komende jaren op landelijk niveau meer investeren in allianties met andere (landelijke) partijen in de eerste lijn, andere ketenpartners (NVZ, NFU, Actiz, de Nederlandse GGZ, AZN) en vertegenwoordigers uit het sociale domein (VNG, Sociaal Werk Nederland) om de regionale samenwerking te ondersteunen. In het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is het bijvoorbeeld van belang om de samenwerking met de ziekenhuizen ook op koepelniveau te verstevigen. Het doel daarbij is niet om landelijke blauwdrukken te ontwikkelen, maar om activiteiten te ontwikkelen die bijdragen aan elkaar beter leren kennen in de regio en meer dezelfde taal spreken, goede voorbeelden te delen of juist lessen te trekken uit mislukkingen.

Daarnaast maken we inzichtelijk welke databronnen beschikbaar zijn en gebruikt kunnen worden voor het opstellen van regiobeelden en delen we goede voorbeelden van regioplannen. Bijvoorbeeld van de manier waarop samenwerking in de wijk onderdeel kan zijn van het regioplan. Met leden die een stap verder kunnen en willen zetten, onderzoeken en verdiepen we de mogelijkheden voor data- en populatiemanagement.

Digitaliserings- en informatiebeleid op basis van regionale ambities

Op basis van het regioplan, met zorginhoudelijke en organisatie-ambities, moet elke regio een digitaliseringsplan opstellen. Welke gegevensuitwisseling is (24/7) nodig om de zorg te leveren die in het regioplan is omschreven? Wat heb je aan digitale hulpmiddelen nodig om de regionale ambities te verwezenlijken? In hoeverre past e-health in het zorgaanbod? En kan beslisondersteuning voor patiënten en zorgprofessionals door inzet van kunstmatige intelligentie een oplossing zijn? Dit is geen eenvoudige opdracht en vergt kennis en kunde in de regio. Kennis en kunde die nog niet overal aanwezig is. Het aanstellen van een Chief Digital Officer (CDO) die al dan niet samen met de CMIO (Chief Medical Information Officer) een plan kan opstellen en helpen uitvoeren, kan meer dan behulpzaam zijn. InEen ondersteunt de leden op diverse manieren, onder meer bij het

Het opstellen van een digitaliseringsplan gestoeld op zorginhoudelijke en organisatie-ambities vergt kennis en kunde.

maken van contractafspraken over digitalisering, door scholings- en opleidingsmogelijkheden voor CDO's en CMIO's te onderzoeken en door op landelijk niveau wettelijke verplichtingen (zoals inzage in het dossier, richtlijnen voor medicatie-overdracht) te vertalen naar de eerste lijn en de regio. Op landelijk niveau (bij het ministerie van VWS, VZVZ, Nictiz) vragen wij aandacht voor en werken we aan de juiste randvoorwaarden en kaders voor gegevensuitwisseling. Soepele gegevensuitwisseling is cruciaal voor de samenwerking, zowel in de multidisciplinaire als in de acute zorg. Maar landelijke kaders ontbre-

ken nog te vaak. En wetgeving bedoeld voor informatiebeveiliging en privacybescherming staan soms op gespannen voet met het kunnen leveren van goede zorg.

Verder werken we aan toetsbare eisen voor ICT-systemen en landelijke inkoopvoorwaarden en verkennen we de mogelijkheden voor kunstmatige intelligentie, bijvoorbeeld bij diagnostiek en vroegsignalering.

Gemandateerde samenwerkingsafspraken

Op basis van het regiobeeld en het regioplan moeten in de regio transmurale samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen betrokken partijen. Over samenwerking in de spoedzorgketen, over netwerkzorg bij kwetsbare ouderen en over patiëntenstromen in het kader van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Om als regio-organisatie namens de aangesloten zorgprofessionals dit soort afspraken te kunnen maken, zijn mandaat bij de achterban en een goed governance-model vereisten. InEen brengt governance-modellen voor zowel de regio-organisatie als de regionale samenwerking in kaart. Op sommige dossiers moet soms bovenregionaal de samenwerking worden gezocht met collega regio-organisaties of juist binnen de regio. Belangrijk hierbij is om ruimte en aandacht te geven voor de couleur locale van een subregio.

Op landelijk niveau is een goede en nauwe samenwerking tussen InEen en de andere huisartsenorganisaties (LHV, NHG, VPH) essentieel, om ook langs die weg vertrouwen, binding en mandaat te stimuleren. Daarnaast onderzoeken we de mogelijkheden om met koepels als de VNG, Sociaal Werk Nederland, Actiz, de Nederlandse GGZ en NVZ samenwerkingsafspraken vast te leggen, die ondersteunend zijn aan de samenwerking in de regio.

Arbeidsmarktvraagstukken vragen om verandering

Om de continuïteit van de huisartsenzorg te borgen, is zowel in de dagzorg als in de ANW-zorg veel nodig: huisartsen(organisaties) moeten aantrekkelijke werkgevers blijven, 'anders werken' (taakherschikking, meer digitale vormen van zorg) moet een vaste plek krijgen in de organisatie, er moet over de grenzen van de eigen organisatie heen gekeken worden – bijvoorbeeld naar de regionale inzet van personeel – en er moet ruimte geboden worden voor het gewenste **carrièrepad van de huisarts**. Speciale aandacht daarbij vragen de krimpregio's, waar de arbeidsmarktvraagstukken het grootst zijn.

Op veel plaatsen wordt hiermee ervaring opgedaan. Zorgcoördinatie en geïntegreerde spoedposten waar triagisten, meldkamerspecialisten, huisartsen en SEH-artsen samenwerken, zijn hiervan goede voorbeelden. Evenals huisartsenposten die gebruikmaken van digitale hulpmiddelen en van taakherschikking om de beschikbare capaciteit efficiënter in te zetten. InEen brengt deze voorbeelden in kaart en verspreidt ze onder de leden, zodat zij van elkaar kunnen leren.

InEen zal zich op landelijk niveau blijven inzetten voor aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden in de sector en voor opleidingen die aansluiten bij datgene wat het veld nodig heeft. Ook worden de mogelijkheden voor nieuwe instroom verkend (herintreders, mensen die omschoold willen worden). Samen met koepels van werkgevers en werknemers werken we binnen de Stichting Sociaal Fonds Huisartsen (SSFH) aan de duurzame inzetbaarheid van personeel, doen we onderzoek naar de arbeidsmarkt nu en in de toekomst en ontwikkelen we bijvoorbeeld een skill-mixmodel, met een Skill Mix Analyse als praktische tool voor personeelsplanning.

Een relatief nieuwe ontwikkeling is dat huisartsen gemiddeld later dan voorheen een eigen praktijk willen. Om hieraan tegemoet te komen en de continuïteit van de huisartsenzorg te borgen, ontstaan

- zeker in krimpregio's - andere praktijkvormen. Een model is dat de regio-organisatie de praktijk van een huisarts die wil stoppen overneemt en onderbrengt in een aparte BV. Er kan dan een huisarts worden aangetrokken om in loondienst te werken of franchisenemer te worden. Samen met de leden zullen we deze en andere modellen onderzoeken en inzichtelijk maken welke randvoorwaarden dit vereist.

Facilitaire ondersteuning als pijler van de organisatie

Naast het ontwikkelen van nieuwe praktijkvormen, is het beter ondersteunen van de praktijkhouder en het begeleiden van een overname natuurlijk een strategie om jonge huisartsen te verleiden zich te vestigen en zo de continuïteit van de huisartsenzorg te borgen.

De huisarts verwacht een goed aanbod aan ondersteunende activiteiten vanuit de regio-organisatie. Denk aan ICT- en telefonie-ondersteuning, het overnemen en beheren van contracten met dienstverleners, administratieve ondersteuning, huisvestingsaangelegenheden, het detacheren van personeel (POH'ers, praktijkmanagers), ondersteuning bij wet- en regelgeving. Maar ook aan ondersteuning bij de vele veranderkundige opgaven waar de huisarts zich voor gesteld ziet. Vaak vergen deze gedragsaanpassing van de huisarts zelf, van het ondersteunend personeel en van de patiënt. De regio-organisatie kan daarbij helpen.

'Anders werken' moet een vaste plek krijgen in de organisatie, er moet over de grenzen van de eigen organisatie heen gekeken worden.

Het bieden van een goed aanbod aan facilitaire ondersteuning is een zeer belangrijke bouwsteen voor de regio-organisatie. Dit draagt bij aan de noodzakelijke (ver)binding van de huisarts met de organisatie. InEen wil leden ondersteuning bieden bij het ontwikkelen van dit aanbod door het oplossen van de belemmeringen die regio's daarbij tegenkomen. Denk aan belemmeringen op fiscaal gebied en bij de bekostiging. Daarnaast zorgt InEen voor HR-ondersteuning en modelovereenkomsten en onderzoeken we de mogelijkheden voor landelijke scholing (zoals eerder voor de functionaris gegevensbescherming). Uiteraard zal InEen ook goede voorbeelden delen ter lering en inspiratie.

In de acute huisartsenzorg bepalen onder meer de houtskoolschets en het beheersen van werkdruk de agenda.

Zorginhoud en kwaliteit – een passend aanbod van zorg

Regiobeelden en -plannen laten zien wat nodig is in een regio, welke preventieve interventies en domeinoverstijgende zorg aan kwetsbare groepen patiënten – ouderen, GGZ-patiënten – 24/7 geboden moet worden en hoe de inrichting van de (samenwerking in de) acute zorg eruit moet komen te zien. InEen helpt leden om richting te geven aan hun ambities op het gebied van zorginhoud en kwaliteit en deze te realiseren.

De komende jaren gaat er veel aandacht uit naar het helpen implementeren van visies en concepten die in de voorgaande beleidsperiode zijn ontwikkeld en vastgesteld. Het gaat hierbij onder andere om de **Handreiking Integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis**, het **denkraam Integratie van zorgprogramma's** en het

Kwaliteitsbeleid op Maat. We bekijken samen met de leden wat zij nodig hebben om hiermee in de regio aan de slag te gaan en hoe de samenhang tussen de dagzorg en de ANW-zorg daarbij vormgegeven kan worden. Daarnaast ontwikkelen we concrete producten en maken we ons op landelijk niveau (ministerie van VWS, NZa, IGJ, ZN) hard voor de benodigde randvoorwaarden (financieel, gegevensuitwisseling, regelgeving). Dat kan ook gaan om randvoorwaarden bij anderen. Zo wordt bijvoorbeeld steeds duidelijker dat de bezuinigingen op het sociaal domein de ontwikkeling van domeinoverstijgende zorg- en een welzijnsarrangement voor (kwetsbare) patiënten in de weg staan.

Tegelijkertijd zijn we alert op nieuwe concepten en ontwikkelingen. We kijken hoe deze onze leden raken en welke rol zij hierin zouden willen of kunnen spelen. Mooie voorbeelden hiervan zijn concepten als Positieve Gezondheid, Krachtige basiszorg, Welzijn op Recept en GROZ. We zorgen dat deze ontwikkelingen bekend zijn bij de leden en sluiten waar gewenst aan bij landelijke overleggen.

In de acute huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden én in de huisartsenpraktijken overdag zullen de houtskoolschets acute zorg, het beheersen van de werkdruk, het vormgeven van geïntegreerde spoedposten en zorgcoördinatie de komende jaren de agenda bepalen. InEen is bij alle relevante overleggen betrokken om de belangen van de acute huisartsenzorg te behartigen, stelt zich (pro)actief op in de ontwikkeling van de acute huisartsenzorg en houdt de leden op de hoogte van de actualiteiten.

Randvoorwaarden voor succes

Om als regio-organisatie op alle thema's actief te kunnen zijn en een goed aanbod richting de zorgprofessional te kunnen bieden, moet een aantal randvoorwaarden geregeld zijn. Zo moet de regio-organisatie over voldoende financiële middelen beschikken, moet de governance zodanig zijn ingericht dat voor alle betrokkenen - bestuur, directie en toezichthouders - helder is wat de rollen en verantwoorde-

lijkheden zijn en moeten alle in de regio werkzame huisartsen betrokken zijn bij de organisatie. Dat betekent dat, naast de praktijkhoudende huisartsen in de regio, ook de waarnemende huisartsen, HIDHA's en huisartsen in loondienstcentra een stem in de organisatie moeten hebben. InEen heeft op de website hechtehuisartsenzorg.nl diverse governance modellen gedeeld. Maar het gaat uiteraard om de uitwerking hiervan in de praktijk.

Dit alles vraagt veel bestuurlijke kwaliteiten en bestuurlijk leiderschap. InEen gaat daarom in kaart brengen welke (modulaire) opleidingen geschikt zijn voor eerstelijnsbestuurders. We trekken hierin op met de Nederlandse Vereniging van Zorgbestuurders (de NVZD). Ook intervisie draagt bij aan de ontwikkeling van de bestuurder. Dit gaan we vanuit InEen ondersteunen. Daarnaast zullen we meer dan voorheen kennis over ontwikkelingen in andere domeinen delen met de leden, zodat zij die kennis kunnen betrekken bij de strategiebepaling in de regio.

Tot slot blijft InEen zich onverminderd inzetten voor een passend bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en een adequate financiering van eerstelijnsorganisaties. De O&I-betaaltitels zijn steeds meer gemeengoed, maar de tarieven blijven nog achter. Zonder adequate financiering ontbreekt het eerstelijnsorganisaties aan man- en slagkracht, en daarmee aan organisatiekracht. InEen vindt dat het huidige stelsel te veel vrijheidsgraden bevat. Partijen maken weliswaar op landelijk niveau afspraken in de vorm van hoofdlijnakkoorden, maar de uitwerking en naleving van die afspraken is beperkt. Het ministerie van VWS neemt slechts een beperkte rol in de sturing van het systeem. Bovendien ontbreekt de samenhang tussen huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en GGZ: elk domein kent zijn eigen bekostigingssysteem, zijn eigen hoofdlijnenakkoord en zorgverzekeraars kopen sectoraal in. Om de Juiste Zorg op de Juiste Plek echt vorm te geven, zal er veel meer gesynchroniseerd moeten worden. InEen ziet het als haar taak dit te agenderen en hiervoor te lobbyen bij overheid en zorgverzekeraars.



COLOFON

© InEen, november 2020

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.

Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via info@ineen.nl.