

De basis op orde

Uitgangspunten voor
toekomstgerichte eerstelijnszorg



De basis op orde

Uitgangspunten voor toekomstgerichte
eerstelijnszorg

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Pieter Hilhorst
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager
Floortje Scheepers
Bas Leerink
Ageeth Ouwehand
Martijn van der Steen
Jan Kremer (lid op projectbasis)
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2023-02

ISBN: 978-90-5732-328-7
© Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Den Haag, 2023

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website [↳ www.raadrvs.nl](https://www.raadrvs.nl)

Inhoudsopgave

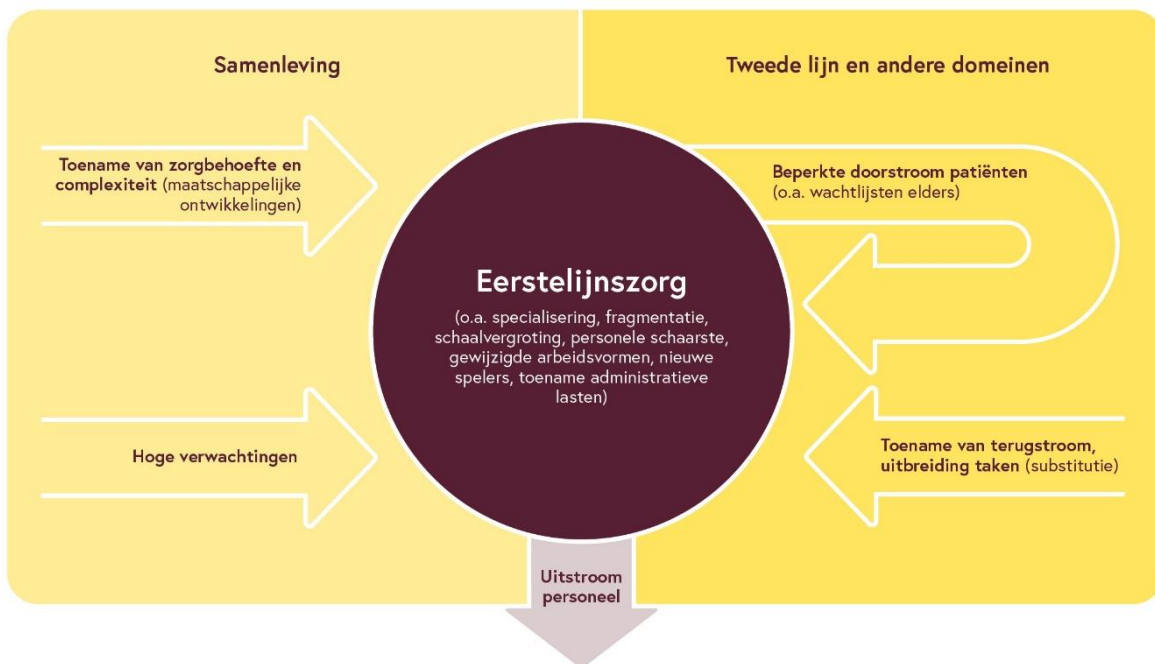
1	Inleiding	6
1.1	Aanleiding en urgentie: eerstelijnszorg staat toenemend onder druk	6
1.2	Centrale vraag en aanpak	8
1.3	Terminologie en afbakening	8
1.4	Leeswijzer	9
2	(Essentiële) waarden en functies van eerstelijnszorg	10
2.1	Publieke doelen van eerstelijnszorg	10
2.2	Welke waarden van eerstelijnszorg zijn essentieel om bij te dragen aan de publieke doelen?	11
2.3	Welke functies van eerstelijnszorg zijn daarbij essentieel?	13
3	De invloed van beleidsmatige ontwikkelingen op de essentiële waarden en functies	15
4	Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg vanuit samenlevingsperspectief	20
4.1	Erken in woord én daad dat eerstelijnszorg van cruciale waarde is voor de samenleving	20
4.2	Versterk de functies en waarden van de eerstelijnszorg door innovatie en aanpassing aan de huidige tijd	21
4.3	Werk wijkgericht met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen	24
4.4	Ga uit van de kracht van de samenleving en ondersteun zo nodig professioneel	25
5	Slotwoord	27
	Literatuurlijst	28
	Vorbereiding	33
	Verantwoording	34

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en urgentie: eerstelijnszorg staat toenemend onder druk

Een sterke, goed functionerende eerstelijnszorg is van groot belang voor de samenleving. Eerstelijnszorg vormt het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt waartoe burgers zich zonder verwijzing kunnen wenden met vragen over gezondheid en ziekte. Een goed functionerende eerstelijnszorg regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurdere zorg of via de sociale kaart naar niet-zorgorganisaties worden doorverwezen. Nederland werd in dat opzicht decennialang gezien als internationaal schoolvoorbeeld. Onder andere de inschrijving van alle burgers op naam bij een huisartsenpraktijk en de getrapte toegankelijkheid van de tweede lijn (poortwachtersfunctie) vormen hierin belangrijke onderscheidende elementen.¹ De toegankelijkheid en de kwaliteit van eerstelijnszorg in Nederland staan echter in toenemende mate onder druk door ontwikkelingen in de samenleving, op andere plekken in de zorg (ziekenhuizen, ggz en langdurige zorg), in het sociaal domein en in de eerstelijnszorg zelf (zie figuur 1).

In dit hoofdlijnenadvies staan vooral huisartsenzorg en wijkverpleging centraal, vanwege hun generalistische spilfunctie in de eerstelijnszorg van oudsher. We lichten dit in § 1.3 verder toe.



Figuur 1. Eerstelijnszorg onder druk, schematische weergave

Maatschappelijke ontwikkelingen zetten eerstelijnszorg onder druk

Onze samenleving heeft te maken met ontwikkelingen zoals dubbele vergrijzing^a, een toenemend aantal chronisch zieken en langer thuiswonende ouderen. Hierdoor neemt de zorgbehoefte in de eerste lijn toe. Daarnaast leidt de groeiende sociale ongelijkheid binnen de samenleving tot een toename van gezondheidsverschillen. Het is bekend dat veel lichamelijke en psychische klachten voortkomen uit sociaal-maatschappelijke problematiek en dat zorggebruik bij mensen met een lage sociaaleconomisch status (SES) hoger is dan bij mensen met een hogere SES.² Deze ontwikkelingen leiden tot een toename van complexe problemen (een combinatie van medische, psychische en sociaal-maatschappelijke problemen)³ en multimorbiditeit in de eerste lijn. Hierbij wordt regelmatig een beroep gedaan op eerstelijnszorg, terwijl er

^a Dubbele vergrijzing betekent dat het aandeel ouderen de komende jaren zal toenemen ten opzichte van de rest van de bevolking én dat de gemiddelde leeftijd binnen de groep 65-plussers ook stijgt door de toename van 85-plussers.

sprake is van achterliggende problematiek, zoals schulden en eenzaamheid, die niet oplosbaar is in de eerstelijnszorg en intussen vaak onvoldoende wordt aangepakt door bijvoorbeeld hulpverleners in het sociaal domein. Door verminderde vindbaarheid en bereikbaarheid van maatschappelijk werk, in combinatie met de in principe laagdrempelig toegankelijke en makkelijk vindbare eerste lijn, komen steeds meer problemen bij de eerste lijn terecht.⁴

Binnen een context van toenemende schaarste

Tegelijkertijd is er sprake van toenemende personele schaarste in de hele zorg. Terwijl de vraag naar zorg toeneemt, is de capaciteit qua zorgprofessionals structureel beperkt. Het aantal banen is niet evenredig meegegroeid met de toenemende zorgvraag en het werkzame deel van de bevolking wordt steeds kleiner. Ook is er sprake van een groot aantal deeltijdwerkers, een hoog ziekteverzuim en uitstroom van zorgpersoneel.⁵ Veelgenoemde redenen van zorgmedewerkers om te vertrekken zijn het gebrek aan zeggenschap, hoge werkdruk en hoge administratieve lasten.

Als gevolg van deze personele ontwikkelingen is er ook in de wijkverpleging een groot tekort aan personeel, waarbij steeds meer mensen niet de thuiszorg krijgen die ze nodig hebben en te maken krijgen met veel wisselende zorgverleners.⁶ Gezien de groeiende groep thuiswonende kwetsbare mensen is dit extra zorgelijk. Hoewel het aantal huisartsen de afgelopen jaren is toegenomen, ook in aantal fte's, is ook hier de capaciteit achtergebleven ten opzichte van de toegenomen zorgbehoefte.⁷ Daarbij komt dat het steeds moeilijker is om opvolging te vinden voor huisartsenpraktijken, terwijl het systeem wel uitgaat van praktijkhoudende huisartsen. Hier komen waarnemers voor in de plaats die vaak geen langdurige relatie hebben met patiënten. Steeds vaker slagen mensen er überhaupt niet in om een huisarts in hun woonplaats te vinden; hierbij speelt huisvestingsproblematiek ook een rol. Dat gold eerder voornamelijk voor bepaalde regio's, maar het speelt nu in vrijwel het hele land.⁸ Verschillende nieuwe partijen treden toe tot de zorgmarkt en spelen in op de tekorten, maar bij een deel van deze partijen leidt dat tot klachten over toegankelijkheid en kwaliteit. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn naar aanleiding van dergelijke klachten een onderzoek gestart naar deze nieuwe toetreders.⁹

Omdat personele krapte niet alleen in de eerstelijnszorg zelf speelt, maar ook in de tweede lijn en andere domeinen, neemt de druk op de eerste lijn verder toe. Immers, als de tweede lijn of een ander domein geen plek heeft, blijft de patiënt in de eerste lijn. Zo worden wachtlijsten van bijvoorbeeld de (specialistische) ggz steeds langer, waardoor juist mensen met ernstige problematiek noodgedwongen in de eerste lijn blijven en niet op tijd de benodigde zorg krijgen.¹⁰ Dit is overigens niet slechts een consequentie van personele schaarste, maar ook een gevolg van de sluiting van specialistische ggz-instellingen vanuit financiële overwegingen.

In een tijd van hoge verwachtingen van (eerstelijns)zorg

Het vertrouwen van burgers in zorgverleners in het algemeen is groot, met name als het afgezet wordt tegen het vertrouwen in de overheid en tussen (groepen) burgers onderling.¹¹ We hebben als samenleving ook hoge verwachtingen van de mogelijkheden van gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat deze verwachtingen vaak niet realistisch zijn, kunnen leiden tot onnodige diagnostiek en behandeling, en bijdragen aan medicalisering.¹² Daarnaast hebben we als samenleving steeds hogere verwachtingen van de beschikbaarheid van gezondheidszorg. Waarschijnlijk mede ingegeven door de 24 uurseconomie doen burgers een steeds groter beroep op direct toegankelijke zorg buiten kantooruren (huisartsenpost),¹³ ook voor niet-urgente problemen.¹⁴ Zorgverleners hebben hierbij ook regelmatig te maken met bedreiging en soms geweld, vooral als wordt geoordeeld dat er geen sprake is van spoed en mensen eisen om toch terecht te kunnen.¹⁵ Een andere trend die een rol speelt bij de hoge verwachtingen van zorg is de individualisering van de samenleving. Het aandeel eenpersoonshuishoudens neemt toe en ook andere samenlevingsverbanden zijn verzwakt. Waar vroeger hulpvragen werden gesteld aan familie, buren of kennissen, komen die nu steeds laagdrempeliger terecht bij eerstelijnszorgverleners.¹⁶

Ook vanuit de overheid en de zorgsector zelf wordt steeds meer verwacht van de eerste lijn. Zo worden steeds meer taken naar de eerste lijn overgeheveld, komt steeds meer nazorg na opnames bij de eerste lijn terecht en wordt verwacht dat de eerste lijn meer afstemt en samenwerkt met het sociaal domein. De eerste lijn heeft ook last van onnodige of ongepaste verzoeken en taken die op hun bordje terecht komen. Een aantal huisartsen heeft recent een verzameling gemaakt van voorbeelden hiervan in de 'Verscheurkalender'.¹⁷

Ontwikkelingen in de eerstelijnszorg zelf zorgen voor verdere toename van druk

Naast hiervoor genoemde maatschappelijke ontwikkelingen speelt een aantal specifieke trends en ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg zelf een rol bij de toename van druk. Deze trends en ontwikkelingen komen in hoofdstuk 3 aan bod, waar specifiek aangegeven wordt welke essentiële waarden en functies van de eerste lijn hierdoor bedreigd worden.

Verandering is noodzakelijk en urgent

De consequenties van een vastlopende eerstelijnszorg zijn groot voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg voor burgers, voor hun gezondheid, voor de betaalbaarheid van het hele zorgsysteem en voor het behoud van zorgverleners. Vanwege de cruciale positie van de eerstelijnszorg in ons zorgsysteem laat een vastlopende eerste lijn de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het hele zorgsysteem verder vastlopen. Zonder ingrijpen zullen als gevolg van de genoemde ontwikkelingen in eerste instantie burgers in kwetsbare omstandigheden de dupe worden, maar ook voor andere burgers en de samenleving als geheel is dit een zorgelijke ontwikkeling. Als steeds meer burgers geen huisarts meer kunnen vinden, geen thuiszorg meer kunnen krijgen en steeds minder toegang hebben tot andere zorgvoorzieningen, zorgt dat voor grote onzekerheid en raakt dat naast henzelf bijvoorbeeld ook hun mantelzorgers, kinderen en werkgevers. Daarnaast hebben deze ontwikkelingen negatieve consequenties voor het werkplezier van zorgverleners. Zij ervaren een enorme druk en hebben het gevoel dat ze niet de zorg kunnen leveren die ze zouden willen leveren. Het kunnen behouden en aantrekken van eerstelijns zorgverleners wordt daardoor ook steeds moeilijker.

Verandering van de eerstelijnszorg zelf en de wijze waarop eerstelijnszorg is verankerd in de samenleving en het bredere zorgsysteem is daarmee noodzakelijk en urgent.

1.2 Centrale vraag en aanpak

Zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) ontwikkelen verschillende landelijke partijen die betrokken zijn bij de eerstelijnszorg op dit moment samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een visie op de eerstelijnszorg in 2030. Deze partijen vormen samen de landelijke kerngroep. De landelijke kerngroep zal in het tweede kwartaal van 2023 een discussiestuk opleveren dat vervolgens wordt besproken in regionale bijeenkomsten en door partijen uit de kerngroep met hun leden en achterban. Het ministerie van VWS heeft de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) gevraagd om als onafhankelijk strategisch adviesorgaan op korte termijn een beknopt advies op hoofdlijnen te schrijven over de toekomst van eerstelijnszorg vanuit het perspectief van de samenleving. Dit advies zal als aanvullend perspectief worden gebruikt tijdens het bespreken, toetsen en verrijken van het discussiestuk.^b De volgende vragen staan op verzoek van het ministerie van VWS centraal in dit advies:

- *Welke uitgangspunten/principes voor de toekomstige eerste lijn zijn van belang vanuit het samenlevingsperspectief?*
- *Wat zijn de essentiële (toekomstige) waarden en functies van eerstelijnszorg voor de samenleving en wat moet dit betekenen voor de gewenste vormgeving van eerstelijnszorg op (middel)lange termijn?*

Als strategisch adviesorgaan, gericht op de vraag hoe we morgen als samenleving kunnen leven en zorgen, laat de RVS graag zijn licht schijnen op deze opgaven. Gezien de vaart in het IZA-traject zal de Raad dit – conform de adviesvraag van het ministerie van VWS – eerst doen in het voorliggende advies op hoofdlijnen. Dit betekent dat de RVS zich in dit advies richt op het meegeven van denkrichtingen, reflecties en uitgangspunten, en niet zozeer op concrete adviezen.

1.3 Terminologie en afbakening

De term eerstelijnszorg roept in de samenleving en de gezondheidszorg veel verschillende beelden op. Aan de ene kant van het spectrum wordt de term gebruikt als synoniem voor huisartsenzorg en de poortwachtersrol, en aan de andere kant van het spectrum is het een verzamelterm voor veel verschillende type zorgverleners: naast huisartsen en wijkverpleegkundigen bijvoorbeeld ook paramedici, apothekers, verloskundigen, psychologen en tandartsen. De term eerste lijn roept soms ook negatieve associaties op

^b Het Nivel is gevraagd om via zijn burgerpanel het perspectief van de burger als aanvullend perspectief in te brengen.

vanwege de militaire oorsprong van de term, alsof burgers ‘tegengehouden’ moeten worden. Daarnaast wordt met de term primair geredeneerd vanuit het zorgstelsel – dat opgebouwd is uit lijnen op basis van toegankelijkheid – in plaats van te redeneren vanuit de leefwereld van burgers. Er wordt al geruime tijd gezocht naar passende, aansprekende alternatieven, maar vooralsnog blijft men veelal toch terugkomen bij de term eerstelijnszorg. Hoewel de Raad ziet dat de term niet langer toereikend is en er andere taal nodig is, wordt de term eerstelijnszorg in dit advies uit pragmatische overwegingen gehanteerd.

In dit hoofdlijnenadvies vormen de (onderling sterk verbonden) essentiële waarden en functies van eerstelijnszorg voor de samenleving het uitgangspunt. Deze waarden en functies beschrijven we in hoofdstuk 2. Dit brengt met zich mee dat de generalistische zorgverleners die van oudsher een spilfunctie hebben bij de combinatie van die essentiële waarden en functies, centraal staan bij dit advies. Huisartsen vervullen deze spilfunctie voor alle patiënten. Bij verpleging en verzorging thuis vervult de wijkverpleging van oudsher deze generalistische spilfunctie. Gezien de toenemende groep kwetsbare mensen die langer thuis woont neemt het belang van deze spilfunctie toe. Andere eerstelijnszorgverleners, die zich vanuit specifieke aandachtsgebieden in de eerste lijn bewegen en aan een aantal afzonderlijke waarden en functies een belangrijke bijdrage leveren, komen vooral aan de orde via de relaties die zij hebben met de huisartsenzorg. We hebben tevens oog voor de samenhang met andere zorg- en hulpverleners en de samenleving. Er is immers sprake van continue interactie; veranderingen binnen de ene discipline of het ene domein hebben gevolgen voor de andere discipline of het andere domein, en eerstelijnszorg staat in nauw verband met de rest van de samenleving. De Raad ziet juist ook mogelijke oplossingsrichtingen in het versterken van die onderlinge verbindingen.

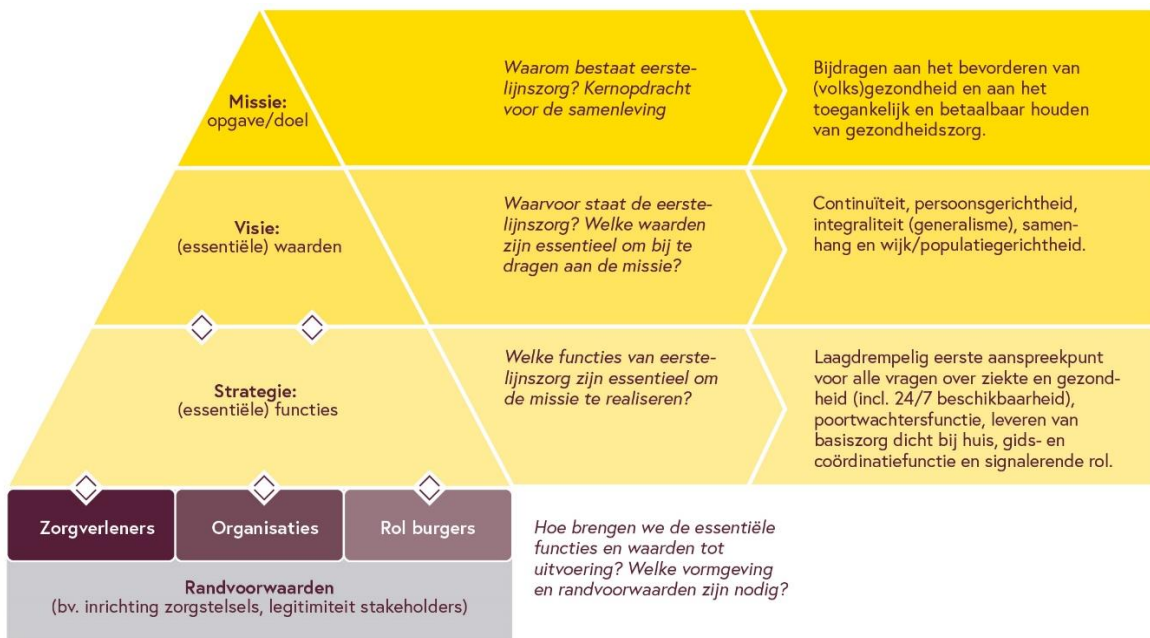
De RVS constateert tegelijkertijd dat verschillende elementen die in dit hoofdlijnenadvies geschetst worden ten aanzien van huisartsenzorg en wijkverpleging ook van waarde kunnen zijn voor andere disciplines in de eerstelijnszorg.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 schetst de Raad de essentiële waarden en functies van eerstelijnszorg voor de samenleving. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 3 in op een aantal beleidsmatige ontwikkelingen en trends die – naast de in hoofdstuk 1 genoemde maatschappelijke ontwikkelingen – deze waarden en functies in toenemende mate onder druk zetten en bedreigen. Ten slotte beschrijven we in hoofdstuk 4 een aantal uitgangspunten, bedoeld als handreiking aan alle partijen die betrokken zijn bij de toekomstige vormgeving van (de kern van) eerstelijnszorg.

2 (Essentiële) waarden en functies van eerstelijnszorg

Om gegronde uitgangspunten te kunnen formuleren voor de toekomstige vormgeving van eerstelijnszorg vanuit samenlevingsperspectief, is het belangrijk om eerst stil te staan bij de kernopdracht van eerstelijnszorg voor de samenleving en de waarden en functies van eerstelijnszorg die hiertoe essentieel zijn. Waarden zijn te zien als algemene principes die richtinggevend zijn voor het handelen binnen de eerstelijnszorg. Uit deze waarden vloeien functies voort, dat wil zeggen: concrete handelingsperspectieven en rollen waarmee de waarden tot bloei kunnen worden gebracht. In dit hoofdstuk beschrijven we daarom de publieke doelen (kernopdracht), waarden en functies van eerstelijnszorg en de wijze waarop deze waarden en functies met elkaar samenhangen. We hebben deze beschrijving gemaakt op basis van (inter)nationale literatuur en gesprekken met verschillende betrokkenen bij de eerstelijnszorg. Figuur 2 geeft een schematisch overzicht. In dit hoofdstuk werken we het bovenste deel van deze figuur uit. Aan het onderste deel geven we op hoofdlijnen invulling in hoofdstuk 4.



Figuur 2. Doelen, waarden en functies van eerstelijnszorg vanuit samenlevingsperspectief volgens de Raad

2.1 Publieke doelen van eerstelijnszorg

In de inleiding is het grote belang van een sterke eerstelijnszorg voor de samenleving al aan bod gekomen. Dit belang wordt ook internationaal onderkend: eerstelijnszorg wordt gezien als een belangrijk middel om bij te dragen aan het **bevorderen van (volks)gezondheid**^c en aan de **toegang tot goede gezondheidszorg** voor iedereen.¹⁸ Onder andere arts en wetenschapper Barbara Starfield toonde aan dat een sterke eerste lijn zorgt voor een betere gezondheid tegen lagere kosten en daarom belangrijk is voor het waarborgen van **betaalbaarheid van zorg**.¹⁹ In andere woorden: een sterke eerstelijnszorg geldt als voorwaarde voor een effectief zorgstelsel. Het bijdragen aan het bevorderen van (volks)gezondheid en aan het betaalbaar en toegankelijk houden van de gezondheidszorg vormt de kernopdracht van eerstelijnszorg voor de samenleving, oftewel, dit zijn de publieke doelen van eerstelijnszorg.

^c Het verlenen van kwalitatief goede zorg beschouwen we als een onderdeel van het bevorderen van (volks)gezondheid.

2.2 Welke waarden van eerstelijnszorg zijn essentieel om bij te dragen aan de publieke doelen?

Op basis van (inter)nationale literatuur (zoals van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de World Organisation of Family Doctors (WONCA) en Nederlandse beroepsstandaarden) en gesprekken met verschillende betrokkenen constateert de Raad dat een aantal waarden van eerstelijnszorg kenmerkend en essentieel is om de kern van eerstelijnszorg optimaal te laten bijdragen aan het behalen van de genoemde publieke doelen. Deze waarden – continuïteit, persoonsgerichtheid, integraliteit, samenhang en wijk-/populatiegerichtheid – worden hierna afzonderlijk beschreven, maar zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en overlappen elkaar.

Continuïteit (vertrouwensband)

Continuïteit speelt een sleutelrol bij eerstelijnszorg. Centraal daarbij staat het in de tijd voortgaande contact tussen een patiënt en een zorgverlener, gedurende substantiële perioden van het leven en niet gelimiteerd tot een enkele ziekte-episode.²⁰ Wanneer één of enkele zorgverleners en een patiënt elkaar goed kennen, ontstaat er een vertrouwensband en is er kennis van en over elkaar. Hierdoor ontstaat er meer begrip voor elkaar en kan beter en sneller worden bepaald of en welke hulp ingezet moet worden.²¹

Persoonsgerichtheid (kennis van de context)

Uit die continuïteit en de hierdoor ontstane vertrouwensband vloeit een belangrijke tweede waarde voort: persoonsgerichtheid. Vanwege de vertrouwensband die in de loop van de tijd is ontstaan, de opgedane kennis van de context, de levensloop en de behoeften en kenmerken van een individu kunnen zorgverleners hun hulp beter richten op de persoon en daarnaast samen met het individu, de naasten en de informele zorgverleners bepalen wat passend is.²²

Van oudsher vormde een vaste huisarts, samen met een vaste, generalistische wijkverpleegkundige, de basis voor het bieden van deze continuïteit en persoonsgerichtheid in de wijk. Met de term 'wijk' wordt naast een wijk ook een buurt, streek, dorp of kern bedoeld, afhankelijk van de lokale context. Vanaf hier zal de term 'wijk' gebruikt worden; deze term is het meest gangbaar. Door langdurige binding aan een populatie in de wijk hadden de huisarts en de wijkverpleegkundige veel contextkennis.²³ In veel wijken was er daarnaast een vaste maatschappelijk werker (ook wel sociaal werker genoemd) waarmee huisarts en wijkverpleegkundige snel konden schakelen en zo context-specifieke hulp konden leveren (verbinding tussen het medisch en het sociaal domein). Hierdoor werd zo veel mogelijk voorkomen dat sociale problematiek in de zorg terecht kwam (demedicalisering). Mede door deze vormgeving werd Nederland gezien als internationaal schoolvoorbeeld van sterke eerstelijnszorg. Onder andere door diverse beleidstrends zijn deze vaste samenwerkingseenheden op de meeste plekken verdwenen (zie hoofdstuk 3). Doordat steeds meer burgers geen vaste huisarts meer hebben, staan ook via die weg de waarden continuïteit en persoonsgerichtheid steeds meer onder druk. Dit is zorgelijk, omdat uit onderzoek blijkt dat persoonlijke continuïteit leidt tot minder sterfte,²⁴ snellere herkenning van ziekten, meer zorg op maat, betere therapietrouw, minder overdiagnostiek en -behandeling, meer acceptatie van preventieve en conservatieve adviezen, minder ziekenhuisopnames en minder verwijzingen.²⁵ Om beter in te spelen op maatschappelijke ontwikkelingen als personele en financiële schaarste, een groeiende zorgvraag met meervoudige en complexe problematiek en toenemende gezondheidsverschillen, is het herstellen van continue, persoonsgerichte eerstelijnszorg dus essentieel.

Integraliteit (generalisme, holisme)

Integraliteit, of generalisme, is een derde belangrijke waarde van eerstelijnszorg. De kracht van eerstelijnszorg is dat mensen er terecht kunnen met allerlei soorten ongedifferentieerde vragen die gaan over gezondheid en ziekte. Hierbij past een holistische blik, waarbij contextkennis wordt geïntegreerd met lichamelijke, psychische en sociale factoren die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.²⁶ Generalisme is een belangrijke onderscheidende factor ten opzichte van specialistische zorg waarbij men veelal orgaan- of ziektegericht werkt, en is van belang voor het tegengaan van medicalisering. Hierbij is het wel essentieel dat eenmaal gedifferentieerde vragen als dat nodig is naar de juiste plek gestuurd kunnen worden, zoals medisch-specialistische zorg, het sociaal domein, ggz, andere eerstelijnszorgverleners of informele oplossingen. Deze integrale blik betekent dus niet dat huisartsen of wijkverpleegkundigen op al deze gebieden zelf deskundig moeten zijn en hulp moeten kunnen bieden. Het laagdrempelig en tijdig kunnen betrekken van of verwijzen naar andere zorgverleners, korte lijnen en voldoende ruimte en tijd zijn daarvoor wel voorwaardelijk. 'Integraal' was van oudsher een kernwaarde van huisartsenzorg.²⁷ Deze waarde is door de beroepsgroep in 2019, onder andere vanwege een gebrek aan genoemde voorwaarden, gewijzigd naar 'medisch-generalistisch', waardoor integraliteit minder op de voorgrond is komen te staan.²⁸

Om de groeiende groep mensen met meervoudige en complexe problematiek en mensen met gezondheidsachterstanden passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden en de medische zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, worden een integrale, holistische blik én de daarvoor benodigde voorwaarden in andere delen van de zorg en het sociaal domein echter juist steeds belangrijker. Om die reden is integraliteit één van de uitgangspunten in programma's als Krachtige Basiszorg, gericht op bewoners met hoge gezondheidsrisico's en problemen in meerdere leefdomeneinen.²⁹

Samenhang

Samenhang is een vierde fundamentele waarde van eerstelijnszorg die bijdraagt aan het toegankelijk en betaalbaar houden van zorg en het bevorderen van (volks)gezondheid. Waar het bij de waarde integraliteit vooral gaat het over de benadering van een klacht, gaat het bij samenhang over het overzicht over de verschillende problemen en (mogelijke) betrokkenen bij een individu. Juist vanwege de veelomvattendheid aan hulpvragen die bij eerstelijnszorgverleners terechtkomen, is een nauwe relatie met andere – formele dan wel informele – zorgverleners en de samenleving van belang om te kunnen samenwerken of te kunnen verwijzen. Het gaat ook om samenhang in de zin van overzicht hebben over de verschillende problemen en hulpverleners waarmee een patiënt te maken heeft en zorgen voor het goed op elkaar aansluiten van verschillende onderdelen van een zorgketen, een soepele overdracht en duidelijkheid voor de patiënt: 'Waar moet ik zijn, wie is waarvoor verantwoordelijk?' Samenhang voorkomt verspilling van de steeds schaarser wordende tijd van zorgverleners en middelen, draagt bij aan kwalitatief goede en toegankelijke zorg en draagt bij aan het werkplezier van zorgverleners.³⁰

Wijkgerichtheid (populatiegerichtheid)

Wijkgerichtheid – ook wel populatiegerichtheid (door de WONCA benoemd als *community orientation*) – is een laatste belangrijke waarde van eerstelijnszorg.³¹ Met populatiegerichtheid wordt hier de verbondenheid van één of enkele zorgverlener(s) per discipline aan een groep bewoners bedoeld. De term 'populatie' wordt elders bijvoorbeeld ook wel gebruikt voor een groep mensen met (een verhoogd risico op) een specifieke aandoening; zo is de term hier niet bedoeld. Door de bewoners van een wijk waarmee eerstelijnszorgverleners verbonden zijn goed in beeld te hebben, inclusief de lokale leefomgeving, kunnen eerstelijnszorgverleners proactief en gericht inspelen op (dreigende) gezondheidsproblemen van hun patiënten en de populatie als geheel. Daarnaast maakt dit het mogelijk om gericht in te spelen op risicogroepen, hetgeen kan bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Wijkgerichtheid is een waarde die sterk met de andere waarden overlapt en ondersteunend kan zijn bij die waarden: als een zorgverlener de lokale context goed kent, kan hij of zij beter persoonsgericht en integraal werken en daarnaast zorgen voor samenhang en het tijdig vinden van oplossingen buiten de zorg.³² Binnen de wijkverpleging wordt deze wijkgerichtheid dan ook omarmd,³³ en ook binnen de huisartsenzorg(opleiding) is er belangstelling voor deze waarde.³⁴ Echter, door de grote druk op de eerstelijnszorg en verschillende beleidsmatige trends (zie hoofdstuk 3) raakt wijkgerichtheid op veel plekken ondergesneeuwd. In programma's als Krachtige Basiszorg is er juist veel focus op deze waarde.³⁵ Uit onderzoek blijkt dat huisartsen zich bij deze werkwijze minder belast voelen en dat er minder wordt verwezen naar de tweede lijn.³⁶ Vanuit samenlevingsperspectief vragen alle eerdergenoemde maatschappelijke ontwikkelingen ook om eerstelijnszorgverleners die hun positie in de gezondheidszorg meer wijkgericht opvatten en daarbij samenwerken binnen de eerstelijnszorg, met andere sectoren van de zorg (o.a. publieke gezondheidszorg) en met het sociaal domein. Het feit dat eerstelijnszorgverleners dicht bij mensen staan, alle bewoners bij een huisarts ingeschreven staan en huisartsen beschikken over omvangrijke medische dossiers, biedt mogelijkheden voor wijkgericht werken.³⁷

Waarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden

De hiervoor beschreven waarden hangen nauw met elkaar samen en zijn met elkaar verweven. De waarde persoonsgerichtheid komt bijvoorbeeld beter tot haar recht als patiënt en zorgverlener elkaar kennen (continuïteit) en deze hulpverlener een brede, holistische blik heeft (integraliteit). Daarnaast zijn de waarden verbonden aan de functies van eerstelijnszorg die hierna worden beschreven; de waarden zijn deels voorwaardelijk voor het goed kunnen vervullen van de functies en vice versa. Een sterke eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door deze combinatie van waarden en functies; gezamenlijk leveren ze een belangrijke bijdrage aan het behalen van de publieke doelen van eerstelijnszorg. Ze kunnen dus niet als afzonderlijk te onderscheiden functies of diensten worden beschouwd.³⁸ Met name de huisarts en daarnaast de generalistische wijkverpleegkundige fungeren van oudsher als spil bij het vervullen van de combinatie van waarden en functies. Afhankelijk van de zorgvraag van een burger en de kenmerken van een wijk of populatie kan de ene waarde wel meer op de voorgrond staan dan de andere. Ook kan de combinatie van verschillende waarden en functies in sommige situaties spanning opleveren.

2.3 Welke functies van eerstelijnszorg zijn daarbij essentieel?

Op basis van (inter)nationale literatuur (zoals van de WHO, de WONCA en Nederlandse beroepsstandaarden) en gesprekken met verschillende betrokkenen constateert de Raad dat goede eerstelijnszorg een aantal functies omvat, die gezamenlijk en in samenhang met hiervoor beschreven waarden essentieel zijn voor het optimaal bijdragen aan de publieke doelen van eerstelijnszorg: het bijdragen aan het bevorderen van (volks)gezondheid en aan het toegankelijk en betaalbaar houden van gezondheidszorg. Deze functies zijn: een laagdrempelig eerste aanspreekpunt, 24/7 beschikbaarheid, de poortwachtersfunctie, het leveren van basiszorg dicht bij huis, de gids- en coördinatorfunctie en de signalerende rol. Deze functies worden hierna beschreven en daarbij wordt steeds de link gelegd met de hiervoor beschreven waarden.

Laagdrempelig eerste aanspreekpunt voor alle vragen over gezondheid en ziekte

Voor burgers vormt de eerste lijn het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt waartoe zij zich zonder verwijzing kunnen wenden met vragen over gezondheid en ziekte als zij dit nodig hebben. In de huidige constellatie vormt vooral de huisarts dit eerste aanspreekpunt. Daarbij gaat het om het hele scala aan gezondheidsproblemen en alle leeftijdsgroepen en levensfasen ('van wieg tot graf'). Hiervoor zijn (tijdige, geografische en financiële) toegankelijkheid en de mate waarin mensen vertrouwen hebben in en bekend zijn met de professionele hulp in de eerste lijn belangrijke voorwaarden. Immers, als daar niet aan voldaan wordt, kunnen gezondheidsproblemen verergeren of gaan burgers rechtstreeks naar de tweede lijn met hulpvragen die niet kunnen wachten, hetgeen een negatief effect heeft op het behalen van de publieke doelen. Zo blijkt uit onderzoek dat een laagdrempelig toegankelijke huisarts in combinatie met een continue relatie tussen huisarts en patiënt leidt tot minder bezoek aan de spoedeisende hulp.³⁹

24/7 beschikbaarheid

Nauw gerelateerd aan het laagdrempelige, eerste aanspreekpunt en de poortwachtersfunctie (zie hierna) is de continue beschikbaarheid van (een deel van de) eerstelijnszorg. Zonder de beschikbaarheid van eerstelijnszorg voor een deel van het etmaal vervalt de laagdrempelige toegang tot gezondheidszorg en zijn burgers rechtstreeks aangewezen op de tweede lijn bij hulpvragen die niet kunnen wachten. Daarmee vervalt ook de belangrijke poortwachtersfunctie naar de (meer specialistische) tweede lijn. Problematisch hierbij is dat steeds vaker een beroep wordt gedaan op direct toegankelijke zorg buiten kantooruren (huisartsenpost), ook voor niet-urgente problemen.⁴⁰ Dat leidt ertoe dat de 24/7 beschikbaarheid juist onder druk komt te staan voor de gevallen die wél urgent zijn.

Poortwachtersfunctie

De functie van poortwachter is essentieel voor de eerste lijn als onderdeel van het gezondheidszorgsysteem, omdat dit de kern vormt van de opbouw van ons zorgsysteem (getrapte toegankelijkheid tot tweedelijnszorg). De gedachte daarachter is dat een goed functionerende eerste lijn regelt dat mensen op het passende moment – niet te vroeg en niet te laat – een beroep doen op complexe en duurdere zorg.⁴¹ De rol van poortwachter houdt in de praktijk in dat de eerstelijnszorgverlener (in samenspraak met de patiënt) besluit of deze patiënt toegang krijgt tot bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek, therapie of zorg, of een andere zorgverlener, of – in geval van wijkverpleegkundige zorg – een indicatie voor verpleging en verzorging. Dit kan ook een verwijzing of toeleiding betreffen naar andere direct toegankelijke zorg of ondersteuning, bijvoorbeeld van huisarts of wijkverpleegkundige naar sociaal domein, onder andere via de sociale kaart. De poortwachtersfunctie is hiermee van essentieel belang voor het garanderen van toegang tot zorg voor mensen die dit echt nodig hebben, voor het bewaken van de betaalbaarheid van zorg en voor het voorkomen van onnodige medisch ingrepen en van gezondheidsschade. Een belangrijke voorwaarde voor het goed kunnen vervullen van de poortwachtersfunctie is voldoende ruimte en tijd.⁴²

Leveren van basiszorg dicht bij huis

De term 'poortwachter' kan de indruk wekken dat eerstelijnszorgverleners vooral bezig zijn met wel of niet doorverwijzen (de deur open of dicht houden). Een van de essentiële functies van eerstelijnszorg is echter ook het zelf kunnen beantwoorden van het overgrote deel van de zorgvragen (veelomvattendheid).⁴³ Het is al jaren zo dat meer dan 90% van de gezondheidsvragen van de bevolking wordt opgelost in de eerste lijn tegen ongeveer 4% van het totale gezondheidszorgbudget.⁴⁴ Uiteraard zijn dit voor een groot deel lichtere problemen dan in andere delen van de zorg. Naast diagnosticeren, behandelen en palliatieve zorg, gaat het om *watchful waiting*: een groot deel van de klachten verdwijnt vanzelf. Door een combinatie van ervaring, expertise en intuïtie wordt een hiervoor essentieel pluis-/niet-pluisgevoel⁴⁵ ontwikkeld dat bijdraagt aan demedicalisering en daarmee aan de publieke doelen van eerstelijnszorg. De waarden continuïteit en persoonsgerichtheid – het kennen van de patiënt en zijn of haar context – dragen daar sterk aan bij. Ook

integraliteit speelt hierbij een rol; door breder te kijken naar de leefwereld van mensen, kunnen voor een deel van de hulpvragen ook oplossingen buiten de zorg worden gezocht. Eerstelijnszorgverleners worden ook wel de brugfiguren tussen leefwereld en zorg genoemd: met hun ene been staan ze in de leefwereld van de burger (soms zelfs bij hen thuis) en met hun andere been in de zorg.

Gids- en coördinatiefunctie

Aanvullend aan de (bredere) poortwachtersrol is de rol van gids ook een essentiële functie van de eerste lijn. Het gaat hier om het begeleiden van patiënten en het informeren en adviseren over de voor- en nadelen van nadere diagnostiek, behandeling of zorg, en over de plaats waar en de zorgverlener bij wie dat moet gebeuren. De eerste lijn heeft dus ook een belangrijke rol bij het temperen van verwachtingen over de mogelijkheden van zorg. Hierbij past ook het begeleiden van het keuzeproces rond het starten en stoppen met behandelen, palliatieve zorg en euthanasie. Deze rol kan bij uitstek vervuld worden als er sprake is van een vertrouwensband. Ondanks de (vooralsnog) centrale rol van keuzevrijheid voor patiënten in het zorgstelsel blijken patiënten bij hun keuze vooral af te gaan op het advies van hun huisarts.⁴⁶ Ook het coördineren van alle zorg- en gezondheidsinformatie en het vormen van het eerste aanspreekpunt voor andere zorgverleners die bij de patiënt betrokken zijn, is een functie van de eerste lijn. Door de continue relatie tussen één of enkele zorgverleners en een patiënt kan overzicht worden gehouden over verschillende problemen en hulpverleners waarmee een patiënt te maken heeft.⁴⁷ Alle informatie over gezondheid en ziekte gedurende de hele levensloop van mensen is bij de huisarts bekend. Dat levert een schat aan informatie op over het individu, maar ook voor inzichten op populatieniveau.⁴⁸ Deze functie is nauw verbonden met de waarde 'samenhang'.

Signalerende rol

Eerstelijnszorgverleners hebben ook een belangrijke signalerende rol, omdat zij mensen zien en beschouwen in hun context en doorgaans ook veel mensen uit kwetsbare groepen zien. Ze worden geconfronteerd met bijvoorbeeld slechte leefomstandigheden, armoede, eenzaamheid en taalproblemen. Tijdens een huisbezoek, als achterliggende oorzaak bij een hulpvraag of als 'bijvangst' tijdens een consult over een andere hulpvraag. Om hierop te kunnen acteren, zijn samenwerking met het sociaal domein, duidelijke aanspreekpunten voor gerichte hulp en het daadwerkelijk kunnen betrekken of verwijzen essentieel. Ook op meso- of macroniveau kunnen eerstelijnszorgverleners een signalerende rol hebben: als veel mensen zich melden met gelijksoortige klachten, kan dit gesignaleerd worden en kan dit via bijvoorbeeld het sociaal domein of GGD'en vervolgens leiden tot gericht onderzoek en/of interventies, wat bijdraagt aan het bevorderen en beschermen van de (volks)gezondheid. Deze functie hangt nauw samen met de waarde 'wijk- of populatiegerichtheid'. Zoals daar beschreven, staat deze functie in de huidige tijd en constellatie minder op de voorgrond, mede gezien de hoge druk op de eerste lijn.

Tussenconclusie

Bijdragen aan het bevorderen van (volks)gezondheid en aan het betaalbaar en toegankelijk houden van de gezondheidszorg vormt de kernopdracht van eerstelijnszorg voor de samenleving. In dit hoofdstuk lieten we zien dat eerstelijnszorg een aantal onderling sterk samenhangende en vervlochten waarden en functies heeft om deze kernopdracht te vervullen (zie figuur 2), en dat deze dus niet zomaar losgeknipt kunnen worden. Afhankelijk van de zorgvraag van een burger en de kenmerken van een populatie of wijk kan de ene waarde en functie wel meer op de voorgrond staan dan de andere. Samen vormen deze waarden en functies de basis van een sterke eerstelijnszorg. Als gevolg van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorgsector als geheel staan deze waarden en functies echter toenemend onder druk. Voordat we overgaan tot het formuleren van uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg om het tij te keren, laten we in het volgende hoofdstuk zien dat de waarden en functies verder onder druk zijn komen te staan door een aantal beleidsmatige trends.

3 De invloed van beleidsmatige ontwikkelingen op de essentiële waarden en functies

De RVS constateert dat de hiervoor beschreven (onderling sterk verbonden) essentiële waarden en functies van eerstelijnszorg steeds meer in het gedrang zijn gekomen. Naast de andere, in de inleiding beschreven, maatschappelijke ontwikkelingen zien we een aantal meer beleidsmatig ingegeven ontwikkelingen en trends die hierbij een belangrijke rol spelen. In dit hoofdstuk gaan we kort in op een aantal hiervan. Om eerdergenoemde redenen richten we ons ook in dit hoofdstuk vooral op de meer generalistische kern van de eerstelijnszorg.

Specialisering en professionalisering binnen generalistische beroepsgroepen

Van oudsher fungeerde een generalistische huisarts samen met een generalistische wijkverpleegkundige als spil in de wijk om de voornoemde combinatie van waarden en functies tot uitvoer te brengen. Voor specifieke aandachtsgebieden werden andere eerstelijnszorgverleners en hulpverleners betrokken. De generalistische wijkverpleegkundige had hierbij zowel gezinszorg als zorg voor zieken onder zich, had veel autonomie en was een bron van informatie voor de huisarts doordat zij veel bij gezinnen en in buurten kwam. In de jaren 70 en 80 werd deze samenwerking nog sterker door de opkomst van zowel hometeams, waarbij eerstelijnszorgverleners regelmatig overlegden zonder in één gebouw te zitten, als gezondheidscentra.⁴⁹ In de jaren 80 en 90 is door een grote beleidsmatige nadruk op efficiëntie en schaalvergroting, alsook onder druk van zowel cliënten- als beroepsorganisaties vanuit het oogpunt van kwaliteit, een steeds verdergaande taakdifferentiatie tussen wijkverpleegkundigen en lageropgeleide zorgverleners ingezet. Ook ontstond een steeds verdergaande functiedifferentiatie tussen verpleegkundigen. Hierdoor verdween de als spil in de wijk fungerende allround wijkverpleegkundige. Deze trend leidde tot een hoge uitstroom van wijkverpleegkundigen uit het vak⁵⁰ en tot pogingen om deze trend te keren, zoals met het beleidsprogramma Zichtbare schakel.⁵¹ Toch hebben deze pogingen de dominante tendens niet structureel weten om te buigen. Onder andere de focus op efficiëntie en financiële beheersbaarheid bij aanbieders van wijkverpleging, mede als gevolg van een scherpe contractering op kosten, heeft de tendens van taakdifferentiatie en specialisatie verder aangewakkerd. Hierdoor zijn er steeds meer zorgverleners bij één patiënt betrokken.⁵² Ook binnen de huisartsenzorg heeft taakdifferentiatie en specialisering plaatsgevonden. Zo is ten gevolge van substitutie vanuit de tweede lijn steeds meer zorg op het niveau van aandoeningen georganiseerd. Dat is onder meer gepaard gegaan met taakdifferentiatie naar praktijkondersteuners bij de huisartsen (POH's).⁵³

Deze specialisering en taakdifferentiatie binnen de generalistische beroepsgroepen in de eerste lijn hebben zeker diverse positieve effecten gehad op de kwaliteit en de doelmatigheid van het beantwoorden van afzonderlijke, steeds complexer wordende zorg- en ondersteuningsvragen. Taakherschikking kan ook een oplossing zijn voor arbeidsmarktkrapte en knelpunten in de organisatie van zorg.⁵⁴

Steeds verder doorgevoerde taakdifferentiatie en specialisering binnen de van oorsprong generalistische beroepsgroepen hebben echter ook keerzijden, die de waarden integraliteit (holistische blik), persoonsgerichtheid, samenhang en wijk-/populatiegerichtheid onder druk zetten. Zo is er als gevolg van taak- en functiedifferentiatie en hiermee gepaard gaande specialisatie op organisatie- en sectorniveau een tekort aan generalistisch werkende professionals aan het ontstaan,⁵⁵ terwijl dit juist een onderscheidend kenmerk van eerstelijnszorg is. Door het steeds verder opknippen van taken zijn meer zorgverleners op verschillende deelgebieden betrokken bij een patiënt. Elke afstemming kost tijd en elke overdracht levert ruis, informatieverlies en kans op fouten op. Gedeeltelijk dubbele handelingen leiden tot inefficiënties, en het gebrek aan overzicht bij één zorgverlener levert eveneens doelmatigheidsverlies op. Deze ontwikkelingen gaan bovendien gepaard met steeds meer managementtaken van mensen die tot zorgverlener zijn opgeleid, waardoor zij de facto minder tijd kunnen besteden aan de zorgverlening zelf. Om toch tot samenhangende zorg te komen is er steeds meer coördinatie en afstemming nodig. Dit komt boven op de coördinatie en afstemming die onvermijdelijk al steeds meer nodig is in de gehele zorg als gevolg van de toename van complexe en multiproblematiek en de daarmee gepaard gaande toename van het aantal betrokken disciplines bij een patiënt. Extra coördinatie en afstemming kost tijd en energie van professionals, het levert bestuurlijke drukte op (op het niveau van organisaties en de zorgketen als geheel) en het gaat gepaard met administratieve lasten. Voor patiënten is het ook niet altijd duidelijk waar ze moeten zijn voor een zorgvraag,

dan wel krijgen zij tegenstijdige adviezen.⁵⁶ Dit is met name nadelig bij zorg voor mensen met complexe en meevoudige problematiek waarvoor veel afstemming en coördinatie nodig is. Als gevolg van deze bewegingen komen de combinatie van de waarden continuïteit, persoonsgerichtheid en integraliteit en de gids- en coördinatiefunctie onder druk te staan. Ook de signalerende rol verdwijnt naar de achtergrond, omdat de grotere taakgerichtheid – ontstaan door taakdifferentiatie en protocollair werken – de ruimte beperkt voor een gesprek dat buiten de eigen taak om gaat. Ten slotte leidt ver doorgevoerde taak- en functiedifferentiatie en daarmee gepaard gaande specialisering tot minder flexibiliteit in arbeidscapaciteit, waardoor per saldo meer eerstelijnszorgverleners nodig zijn.⁵⁷

Fragmentatie van het zorgaanbod

Als gevolg van verschillende bewegingen is het zorgaanbod in de eerste lijn de afgelopen 2 decennia steeds meer gefragmenteerd geraakt. Allereerst heeft de combinatie van (gedeeltelijke) bekostiging per activiteit of consult, het stelsel van gereguleerde concurrentie en de nadruk op efficiëntie als gevolg van scherpe contractering op doelmatigheid en kosten, gestimuleerd dat de organisatie van zorg zich op afzonderlijke onderdelen van het zorgaanbod focust en deze optimaliseert.⁵⁸ De genoemde trend van specialisering en taakdifferentiatie hangt hier deels mee samen.

Een tweede beweging die heeft gezorgd voor een versnipperd zorgaanbod in de wijk is de toename van het aantal aanbieders in de eerstelijnszorg. Dit aantal is in de loop van de tijd gegroeid als gevolg van prikkels in het stelsel van gereguleerde concurrentie, de nadruk op keuzevrijheid,⁵⁹ en de keuze van sommige zorgverleners om vanwege voorkeuren op het gebied van zorginhoud, financiën of werk-privébalans voor zichzelf te beginnen. Voorbeelden van zorginhoudelijke redenen zijn het van goede zorg blijven voorzien van bepaalde patiëntengroepen die door grote organisaties vanuit (verkeerde) financiële prikkels worden afgestoten of het creëren van meer tijd en ruimte om zorg naar eigen inzicht te verlenen. Zo is het aantal organisaties dat reguliere wijkverpleging aanbiedt is tussen 2016 en 2021 gestegen van 1.000 naar 1.400,⁶⁰ en ook bij andere partijen waarmee huisartsen samenwerken, zoals jeugdzorg, is sprake van een grote hoeveelheid aanbieders. Voornamelijk in sterk verstedelijkte gebieden zijn er veel aanbieders (bv. 170 aanbieders in 2 wijken in Den Haag Zuid-West⁶¹) die het realiseren van herkenbare en aanspreekbare zorgverleners in de wijk bemoeilijken.⁶²

Een derde beweging die heeft bijgedragen aan fragmentatie van het zorgaanbod is de gefragmenteerde bekostiging en organisatie van zorg vanuit verschillende zorgwetten en budgettaire kaders. Vroeger werd een aanzienlijk deel van de zorg in de wijk bekostigd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Stapsgewijs is dit verdeeld over 3 wetten met bijbehorende budgettaire kaders, waartoe aanbieders van zorg- en ondersteuning zich moeten verhouden. De decentralisaties, en met name de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) waarbij gemeenten meer taken kregen in het sociale domein, moesten meer samenhang op wijkniveau mogelijk maken. Na moeizame beginjaren wordt er steeds meer samenwerking gezocht tussen de eerste lijn en het sociaal domein, maar door andere aansturing en financiering (Zorgverzekeringswet en zorgkantoor versus gemeente) komt dit veelal moeizaam van de grond.⁶³ Dat er ook geen eenduidigheid bestaat in de populaties die huisartsen, wijkverpleging en sociale wijkteams bedienen, helpt deze samenwerking niet.

Al deze bewegingen gaan ten koste van samenhang en het wijk- en populatiegericht kunnen werken. Er zijn minder korte lijnen, en huisarts, wijkverpleging en sociaal domein werken niet in hetzelfde gebied en kennen dus niet dezelfde populatie. Dit verzwakt de verbondenheid met de wijk en daarmee de mogelijkheid om problematiek voor te zijn of in een vroeger stadium te signaleren.⁶⁴ Het verzwakt hiermee ook de mogelijkheden om de integrale poortwachtersfunctie goed uit te voeren: veel problemen waarvan de oplossing buiten de zorg of in andere delen van de zorg ligt, komen toch in de eerstelijnszorg terecht of blijven noodgedwongen (lang) in de eerstelijnszorg. Vooral mensen met complexere en meevoudige problematiek, voor wie samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod essentieel is, hebben last van deze fragmentatie.⁶⁵ De grotere hoeveelheid indirecte patiëntgebonden taken (incl. administratieve lasten) die nodig is om toch een afgestemd zorgaanbod te realiseren, zetten de betaalbaarheid van zorg onder druk en zorgen voor een hogere werkdruk en inefficiënt gebruik van schaarse arbeidscapaciteit.

Schaalvergroting

Net als bij veel publieke voorzieningen, heeft sinds de jaren 80 ook in de wijkverpleging steeds verdere schaalvergroting plaatsgevonden. De integratie van kruiswerk en gezinsverzorging, de focus op doelmatigheid en de steeds hogere eisen die door betalende en overheid werden gesteld waren hiervoor belangrijke aanleidingen. Er ontstonden grote thuiszorgorganisaties met managementlagen en ondersteunende afdelingen die, onder invloed van externe druk, stuurden op zowel het primaire proces als

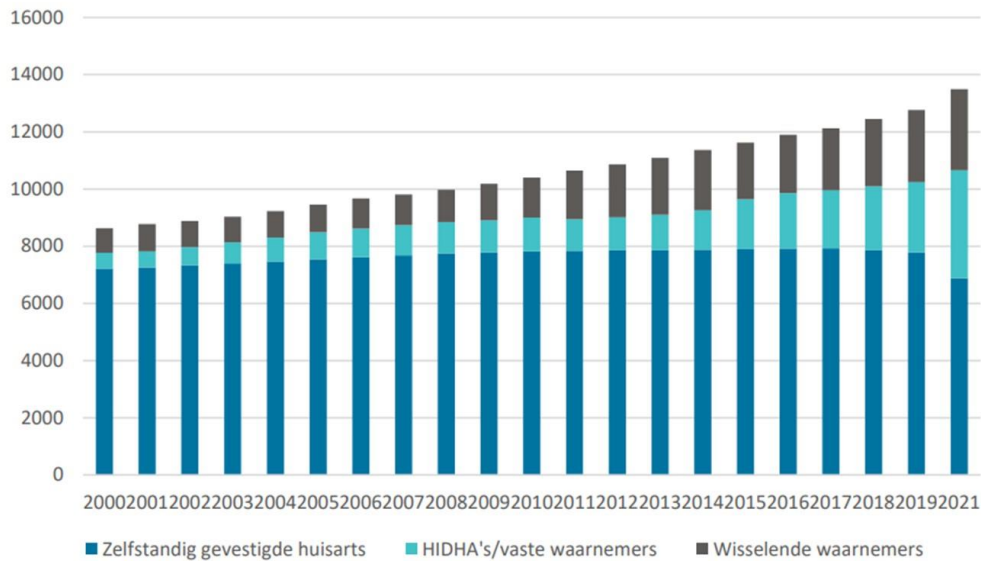
de bedrijfsvoering. Dit verminderde de autonome positie van de wijkverpleegkundige, de traditioneel sterke, korte en informele lijn tussen huisarts en wijkverpleging, en het gevoel van betrokkenheid van wijkverpleegkundigen bij hun werk. Er kwamen meer administratieve taken voor zorgverleners en meer afstemming en overleg. De eerder beschreven taak- en functiedifferentiatie, die hand in hand gingen met deze trend van schaalvergrotingen, versterkten deze effecten. Gezamenlijk hadden deze effecten tot gevolg dat het vervullen van de eigenlijke waarden van eerstelijnszorg, zoals integraal, persoonsgericht en wijkgericht werken, en de signalerende functie in de dagelijkse praktijk bemoeilijkt werden.⁶⁶

De huisartsenzorg bleef in eerste instantie grotendeels buiten de brede maatschappelijke trend van schaalvergroting. Wel werden huisartsen bij de uitvoering van hun functies geconfronteerd met de schaalvergroting bij samenwerkende organisaties, waardoor vroeger bestaande korte lijnen en eerste aanspreekpunten verdwenen. Inmiddels is er de afgelopen 15 tot 20 jaar ook binnen de huisartsenzorg sprake van vergroting van schaal. Mede onder invloed van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, de hiermee gepaard gaande taakdifferentiatie naar POH's en doktersassistenten, en zorgverzekeraars die hier bij inkoop op stuurden, zijn praktijken groter geworden. Ten gevolge van verschillende ontwikkelingen nam ook het aantal praktijken met meerdere huisartsen toe.⁶⁷ Hoewel dit positief heeft uitgewerkt voor in ieder geval de toegankelijkheid van zorg, heeft deze praktijkvergroting – met name in de zin van meer ondersteunend personeel – ook geleid tot meer interne afstemming en overleg ('blik naar binnen'), minder generalistisch werken en een toename van managementtaken. In grote praktijken met veel huisartsen die geen eigen patiënten hebben, valt de contextgeneeskunde en continuïteit weg, met meer verwijzingen en minder goede uitkomsten tot gevolg.⁶⁸ Op lokaal en regionaal niveau ontstonden zorggroepen, als gevolg van de substitutie van chronische zorg van de tweede naar de eerste lijn. Daarnaast ontstonden er diverse ondersteuningsorganisaties. Gelden voor Organisatie & Infrastructuur in de huisartsenzorg hebben verdere schaalvergroting van samenwerkingsverbanden gestimuleerd en leidden tot zowel monodisciplinaire huisartsenorganisaties (bv. fusies tussen zorggroepen voor ketenzorg en huisartsenposten) als fusies van grote multidisciplinaire gezondheidscentra.⁶⁹ Toch is er op veel plaatsen nog sprake van versnippering van ondersteuning, overlap van werkzaamheden, veel bestuurlijke drukte en betrokkenheid van zorgverleners bij een diversiteit aan (overlappende) projecten en activiteiten.⁷⁰

De trend van schaalvergroting an sich is niet per se negatief of positief. Het gaat niet alleen om omvang, maar ook om hoe een bepaalde schaal wordt ingevuld en wat de consequenties daarvan zijn. Per situatie moet gezocht worden naar de juiste schaal en invulling daarvan.⁷¹ Voor de generalistische persoonsgerichte eerste lijn, met de noodzakelijke focus op en verbinding met de buurt, zijn korte lijnen en de mogelijkheid tot inspelen op de lokale situatie gewenst, waarbij specialistische kennis op grotere schaal betrokken kan worden.⁷² Het hiervoor beschreven voorbeeld in de wijkverpleging, alsook andere voorbeelden in de zorg, laten zien dat doorgeslagen schaalvergroting op het primaire proces averechts kan werken (schaalparadox). Schaalvergroting aan de 'achterkant', ondersteunend aan het primaire proces, kan juist wel schaalvoordeel opleveren en zorgverleners ontlasten, zoals bij administratie, het voldoen aan kwaliteitscriteria, inkoop, ICT, protocolontwikkeling, personeelsbeleid en vastgoed. Zo zijn er in reactie op de negatieve effecten op het primaire proces thuiszorgorganisaties die hun organisatie heringericht hebben. Zij werken bijvoorbeeld in kleinere teams van generalistisch werkende wijkverpleegkundigen met veel autonomie en een grootschalige ondersteuning daarachter (bv. Sensire), of zijn met een nieuwe organisatie gestart bestaande uit een kleinschalige 'voorkant' (het primaire proces) en een grootschalige 'achterkant' (bv. Buurtzorg). Bij de opschalingstendens in de huisartsenzorg – deels gestuurd door overheid en zorgverzekeraars – liggen de keerzijden van te grote opschaling in de toekomst ook op de loer.⁷³

Veranderende arbeidsvormen en nieuwe spelers

De vaste, zelfstandig gevestigde huisarts vormt in ons zorgstelsel de hoeksteen van eerstelijnszorg in Nederland. Deze is binnen het systeem immers (eind)verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg (inclusief avond-, nacht- en weekenddiensten), voor de coördinatie van zorg en voor de financieel-economische inbedding van huisartsen in loondienst en waarnemers. De verwachting is echter dat het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen de komende jaren in hoog tempo afneemt: in het jaar 2000 was 84% van de huisartsen praktijkhouder, in 2021 was dit nog maar 51%, en binnen 6 jaar zal 30% met pensioen gaan.⁷⁴ Er is steeds minder interesse voor praktijkovername. Belangrijke redenen hiervoor zijn de extra verantwoordelijkheid, grote regeldruk en managementlast die komen kijken bij praktijkhouderschap, de feminisering en de wens voor flexibiliteit en een goede werk-privébalans bij de nieuwe generatie huisartsen.⁷⁵



Figuur 3: Aantal werkzame huisartsen in Nederland per type dienstverband in de periode 2000-2021 (bron: Nivel 2021)

Sinds enige tijd zijn er nieuwe spelers in de eerste lijn die in het gat springen van het gebrek aan kandidaten voor praktijkovernames en algehele schaarste, en/of afkomen op het inschrijftarief dat huisartsen per patiënt krijgen. Vanuit het veld zijn er signalen dat met name in wijken waar dit lucratief lijkt hoge overnamebedragen worden geboden, waardoor de wel geïnteresseerde huisartsen weinig kans maken. Hierbij valt onderscheid te maken tussen top-down initiatieven waarbij (veelal private equity) partijen huisartsenpraktijken opkopen, en bottom-up initiatieven waarbij partijen samen met huisartsen optrekken en bijvoorbeeld samen met hen praktijkhouder worden. Bij de eerste variant komen er steeds meer signalen dat de essentiële waarden van eerstelijnszorg niet tot hun recht komen, omdat er wisselende waarnemers komen te werken, praktijken moeilijk toegankelijk zijn, veelal ingezet wordt op contact op afstand en men zich vooral richt op relatief gezonde mensen. Mensen in kwetsbare omstandigheden dreigen hiervan als eerste de dupe te worden, maar ook voor andere burgers, zorgverleners en de samenleving als geheel is dit een zorgelijke ontwikkeling. Vanwege een toenemend aantal klachten hebben de IGJ en NZa recent een onderzoek ingesteld naar nieuwe commerciële ketens van huisartsenzorg, waarvan de uitkomsten na de zomer verwacht worden.⁷⁶ In ons omringende landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, zijn overigens soortgelijke ontwikkelingen gaande.⁷⁷ Anderzijds zijn er bij de tweede variant juist initiatieven waarbij op een manier op de tekorten ingespeeld wordt, die positief landt bij de beroepsgroep en patiënten. Voorbeelden zijn Buurtdokters, Flexdokters⁷⁸ en Dokter Drenthe die huisartsen in de backoffice ondersteunen bij het voeren van een praktijk verbonden aan een vaste populatie en inzetten op andere vormen van (zelf)zorg voor zorgvragen waarbij dit kan.

Zowel onder huisartsen als onder wijkverpleegkundigen is het aantal zzp'ers sterk toegenomen, een trend die ook breder in de zorg en in andere domeinen speelt.⁷⁹ Zzp'ers hebben meer zeggenschap over hun werk, ondervinden minder last van niet-patiëntgebonden taken in organisaties en kunnen selectief zijn in de diensten die ze willen draaien. Dit kan de druk op vaste krachten verder verhogen. In het geval van wisselende zzp'ers verdwijnt de langdurige verbondenheid van zorgverleners met een patiënt ('patiënthouderschap') en een wijk of gemeenschap, waardoor de essentiële waarden van eerstelijnszorg onder druk komen te staan. Hoewel een flexibele schil ook voordelen kan hebben, staan de nadelen steeds meer op de voorgrond, doordat de verhouding tussen vaste medewerkers en zzp'ers steeds meer uit balans raakt. Het is echter goed om te beseffen dat de beweging van zorgverleners naar het zzp-schap in zekere zin ook een logisch gevolg is van verschillende ontwikkelingen, zoals hoge regeldruk en administratieve lasten, ervaren gebrek aan regie en de wens voor of de noodzaak van een betere werk-privébalans, in combinatie met de algehele aantrekkelijkheid van het zzp-schap. Zo beschouwd is het een vorm van coping; zorgverleners vinden een andere manier om toch in de zorg te kunnen blijven werken.⁸⁰ De wens voor verbondenheid is overigens vaak wel aanwezig: zo gaf 95% van de ruim 3.400 geïnterviewde huisartsen in 2019 aan zich graag meerjarig aan een patiëntenpopulatie te willen verbinden.⁸¹

Substitutie van zorg naar de eerste lijn

Een van de rode draden in het Nederlandse gezondheidszorgbeleid in de afgelopen decennia is substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. De redenering hierachter is dat zorg dicht bij huis prettiger is voor de patiënt en goedkoper is.⁸² Of dat laatste inderdaad altijd het geval is, is de vraag. Het besparingspotentieel is groot, maar de daadwerkelijk gerealiseerde besparing is erg moeilijk vast te stellen.⁸³ Bij dit besparingspotentieel wordt vooral geredeneerd vanuit schadelast per 'product': de kosten van een 'product' zijn op papier lager in de eerste lijn dan in de tweede lijn, en in de tweede lijn is nauwelijks groeiruinimte meer, dus moet de zorg in een lager echelon worden geleverd. Dit is echter slechts één kant van de medaille. De andere kant vormen de (vele) randvoorwaarden om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te doen slagen, zoals goede afspraken en vertrouwen tussen zorgverleners, voldoende capaciteit in de eerste lijn, meebewegende financiën, het voorkomen dat gecreëerde ruimte in de tweede lijn opnieuw wordt opgevuld, en daarnaast substitutie vanuit de eerste lijn zelf naar de nulde lijn. Aan die randvoorwaarden wordt momenteel over het algemeen onvoldoende voldaan. Daarnaast is het de vraag of het aanstellen van specifieke zorgverleners in de eerste lijn, dat hand in hand gaat met substitutie, op zichzelf niet méér zorg genereert. En verder is het de vraag of het, als de kosten van benodigde extra organisatie en afstemming in de eerste lijn worden meegerekend, uiteindelijk wel écht goedkoper wordt. Bij het steeds verder inzetten op substitutie – soms zelfs als doel op zich – is relatief weinig oog voor neveneffecten, zoals de verdere uitbreiding van het takenpakket in de eerste lijn, zonder dat er iets af gaat. Dit leidt tot overspoeling door taken en zorgvragen, minder overzicht en frustratie. Dit belemmert nog verder de mate waarin de waarden en functies van eerstelijnszorg kunnen worden vervuld. Ook binnen de beweging van langer thuiswonende ouderen is het maar zeer de vraag of de voordelen opwegen tegen de nadelen. Zo blijkt dat voor thuiswonende ouderen ongeveer net zo veel aan thuiszorg en ziekenhuiszorg wordt besteed als voor intramuraal wonende ouderen aan verpleeghuiszorg.⁸⁴

Als deze ongebreidelde substitutiebeweging van de tweede naar de eerste lijn doorgaat, zonder dat aan belangrijke randvoorwaarden voldaan is en zonder dat voldoende oog is voor de neveneffecten, verzwakt dit de kern van de eerste lijn verder en valt er op een gegeven moment überhaupt geen zorg meer naartoe te verplaatsen. Dan zal zelfs zorg die nu bij de eerste lijn terechtkomt, direct of sneller bij de tweede lijn terechtkomen, al dan niet in een verzwaarde vorm.

Naast de vormen van substitutie waarbij vooral geredeneerd wordt vanuit de (schadelast van de) tweede lijn en waarbij de waarden en functies van de eerste lijn verder onder druk gezet worden, zijn er ook veel positieve voorbeelden. Kenmerkend van deze voorbeelden is dat het gaat om substitutie in de zin van de eerste lijn helpen om bijvoorbeeld de behandel- en poortwachtersfunctie te versterken. Zoals meekijkconsulten tussen een medisch specialist en een huisarts, waardoor een patiënt vervolgens bij de huisarts kan blijven. Enkele voorbeelden hiervan zijn de Stadspoli in Maastricht,⁸⁵ patiënten van Jeroen Bosch Huisartsen die bij de behandeling van een verhoogde bloeddruk gebruik kunnen maken van de thuismonitoring van het Jeroen Bosch Ziekenhuis,⁸⁶ en tijdelijke inzet van MESO-zorg^d onder hoofdbehandelaarschap van de eigen huisarts voor thuiswonende ouderen met complexe problemen.⁸⁷ Deze voorbeelden leiden tot minder verwijzingen naar de tweede lijn, lagere uitgaven en passende zorg dicht bij huis.

Tussenconclusie

In hoofdstuk 1 en 2 constateerden we dat verschillende maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorgsector als geheel de essentiële waarden en functies van eerstelijnszorg onder druk zetten. Hoewel beleidsmatig al jaren tot doel wordt gesteld om als antwoord daarop de eerstelijnszorg te versterken, ziet de RVS dat de essentiële functies en waarden van eerstelijnszorg juist verder verzwakt worden door een aantal beleidsmatige trends. Dit vindt de Raad zorgelijk, omdat die waarden en functies^e – gezien de algehele personele en financiële schaarste, de aanwezige gezondheidsverschillen en de toename van zorgbehoefte – juist in belang toenemen. In het volgende hoofdstuk formuleren we 4 uitgangspunten die vanuit samenlevingsperspectief cruciaal zijn voor de toekomst van de eerste lijn.

^d MESO staat voor Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderengeneeskunde.

^e Essentiële waarden: continuïteit, persoonsgerichtheid, integraliteit, samenhang en wijk-/populatiegerichtheid. Essentiële functies: laagdrempelig eerste aanspreekpunt, 24/7 beschikbaarheid, poortwachtersfunctie, leveren van basiszorg dicht bij huis, gids- en coördinatorfunctie en signalerende rol.

4 Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg vanuit samenlevingsperspectief

Op basis van de essentiële waarden en functies van eerstelijnszorg vanuit samenlevingsperspectief, de analyse van ontwikkelingen die deze waarden en functies onder druk zetten, en inzichten vanuit interviews en literatuur, komt de RVS tot 4 uitgangspunten voor de toekomstige vormgeving van (de kern van) eerstelijnszorg. De uitgangspunten staan niet op volgorde van belangrijkheid, maar bouwen op van smal (gericht op de kern van de eerste lijn) naar breed (de eerste lijn verbonden met het sociaal domein en ingebed in de samenleving, die ook zelf een rol heeft in het opvangen en voorkomen van zorgvragen). Onder de uitgangspunten staan verschillende denkrichtingen en suggesties om verder invulling te geven aan de uitgangspunten. De RVS biedt hiermee een handreiking aan alle partijen die betrokken zijn bij deze toekomstige vormgeving.

4.1 Erken in woord én daad dat eerstelijnszorg van cruciale waarde is voor de samenleving

Nederland geldt internationaal als voorbeeld van een land met een sterke eerstelijnszorg. Dat is een kostbaar bezit en iets om zuinig op te zijn. Door de combinatie van ontwikkelingen staat dat bezit echter sterk onder druk en zijn ook in Nederland aanpassingen op korte en lange termijn noodzakelijk. Dat begint met het meer op waarde schatten van het belang van eerstelijnszorg voor de samenleving en daar ook gevolg aan te geven: de daad bij het woord voegen.

- a. **Vertrek vanuit het gemeenschappelijke beeld dat eerstelijnszorg een basisvoorziening is waar alle burgers laagdrempelig terecht moeten kunnen als dat nodig is.** Eerstelijnszorg vormt het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt waartoe burgers zich zonder verwijzing kunnen wenden met vragen over gezondheid en ziekte, ongeacht de aard van het probleem en ongeacht de levensfase. Continuïteit, integraliteit en kennis van de context en levensloop zijn hierbij van grote waarde. Waarborg als (lokale) overheid en zorgverzekeraar dat deze basisvoorziening voor burgers daadwerkelijk beschikbaar is. Zet, om té laagdrempelig gebruik van eerstelijnszorg zo veel mogelijk te voorkomen, interventies in die de kracht van de samenleving versterken (zie uitgangspunt 4).
- b. **Verleg de focus van efficiëntiedenken voor de korte termijn naar het optimaliseren van de grote (potentiële) maatschappelijke waarde die eerstelijnszorg heeft voor de samenleving.** De eerstelijnszorg beïnvloedt direct (eigen kosten) en indirect (via verwijzingen, advies, recepten, etc.) een aanzienlijk deel van de totale zorgkosten. Het (overheids)beleid rondom eerstelijnszorg en de bekostiging en inkoop van eerstelijnszorg door zorgverzekeraars zijn echter veelal niet gericht op het optimaliseren van deze grote maatschappelijke waarde, maar op efficiënte productie en financiële beheersing^f van veelal specifieke onderdelen van de eerstelijnszorg zelf.⁸⁸ Door het optimaal tot uitvoer kunnen brengen van de essentiële waarden en functies van eerstelijnszorg centraal te stellen, in plaats van vooral te sturen en in te kopen op efficiënte productie en beperking van schadelast, kan dit potentieel beter tot zijn recht komen. Maatschappelijke ontwikkelingen als personele schaarste en een toename van complexe en multiproblematiek maken deze focusverlegging extra urgent. Het gebruik van spiegelinformatie gericht op de het realiseren van deze waarden en functies (van Vektis of van zorgverzekeraars zelf) kan hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn.⁸⁹ Gesprekken op basis van gelijkwaardigheid tussen preferente zorgverzekeraars en zorgverleners om samen vast te stellen wat passend en nodig is in een specifieke regio en wijk zijn hierbij onontbeerlijk. Een voorbeeld hiervan is de

^f Een goed voorbeeld hiervan is het macrobeheersinstrument dat per sector geldt en de hoofdlijnenakkoorden – maar ook het IZA – waar financiële afspraken per sector gelden gebaseerd op het verleden, grotendeels op basis van schadelast. Zie ook: RVS (2021). *Opnieuw akkoord?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

samenwerking tussen Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg en CZ in PlusPraktijken om regionale eerstelijnszorg te verbeteren.⁹⁰

- c. ***Maak de kern van de eerste lijn minder onderhevig aan competitie en stimuleer samenwerking.*** Samenwerking is noodzakelijk voor het veiligstellen van (de kern van) eerstelijnszorg en het optimaliseren van de maatschappelijke waarde van eerstelijnszorg. Concurrentie tussen zorgverzekeraars en aanbieders onderling en het daarbij slechts beperkt mogen uitwisselen van bepaalde informatie en patiënten, staat laagdrempelige samenwerking geregeld in de weg.⁹¹ Bovendien leidt het onderhandelings- en contracteringsproces met afzonderlijke concurrentiële zorgverzekeraars, en de hiermee gepaard gaande administratieve lasten en versnippering in plannen en eisen,⁹² af van het vanuit samenlevingsperspectief optimaliseren van eerstelijnszorg. Concurrentie vergroot ook de personele schaarste door dubbele beschikbaarheid in wijken, voornamelijk in de wijkverpleegkundige zorg. Kortom, de balans tussen competitie en samenwerking is zoek. Onderzoek daarom welke stelselaanpassingen nodig zijn om meer te sturen op samenhang en samenwerking dan op competitie tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Onderzoek daarbij ook welke stelselaanpassingen nodig zijn om meer samenhang tussen de kern van de eerste lijn en het sociaal domein te realiseren (zie verder uitgangspunten 2 en 3); ook hier zit de huidige opzet van de stelsels samenwerking in de weg (zie het RVS-advies *Grenzeloos samenwerken?*).⁹³ In een aankomend advies over de toekomst van de stelsels voor zorg en ondersteuning (juni 2023) zal de RVS hiervoor nadere voorstellen doen. Dit alles betekent dat de balans meer moet uitslaan naar samenwerking en integrale zorg dan naar keuzevrijheid en concurrentie.
- d. ***Erken eerstelijnszorgverleners en ondersteuners meer in hun professionaliteit.*** De toenemende personele schaarste in en rondom de eerstelijnszorg is problematisch en maakt dat het behoud van zorgverleners en het werkplezier hoog op de agenda moeten staan.
- Zorg dat zorgverleners en ondersteuners tijd en ruimte hebben om zodanig te handelen dat zij de waarden en functies goed tot uitvoer kunnen brengen, passend bij de context van burgers. Zorg daartoe ook dat zij zo min mogelijk gehinderd worden door administratieve lasten en verantwoordingseisen vanuit zorgverzekeraars, zorgkantoren en overheidsorganen. De Raad heeft hier onder meer in het advies *Blijk van vertrouwen*⁹⁴ uitgangspunten voor geschetst en komt medio 2023 met een concretisering van dit advies.
 - Maak werken in de eerste lijn aantrekkelijk voor (jonge) mensen. Heb oog voor de zorgen en wensen van eerstelijnszorgverleners, betrek ze bij een visie op professionaliteit en geef ze het gevoel van invloed en medezeggenschap terug. Geef hier in daad ook gevolg aan, zoals bij contracteringsprocessen, beleid en verantwoording. De RVS heeft hier onder andere in het advies *Applaus is niet genoeg*⁹⁵ aandacht voor gevraagd.

4.2 Versterk de functies en waarden van de eerstelijnszorg door innovatie en aanpassing aan de huidige tijd

Zoals eerder beschreven, constateren we dat de uitvoering van de essentiële functies en waarden van eerstelijnszorg⁹ de afgelopen decennia door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen onder druk is komen te staan en dat diverse beleidsmatige trends de uitvoering verder belemmeren. En dat terwijl het kunnen uitvoeren van de functies en waarden van eerstelijnszorg juist steeds belangrijker wordt om het hoofd te bieden aan maatschappelijke ontwikkelingen zoals toenemende gezondheidsverschillen, vergrijzing en personele schaarste. Daarom zouden deze **functies en waarden** en wat ervoor nodig is om deze goed te kunnen realiseren **steeds als startpunt van redenering voor beleid en in de praktijk gebruikt moeten worden.**

- a. ***Zorg voor korte lijnen en structurele samenwerking tussen de generalistische kerndisciplines in de eerste lijn (huisartsen, wijkverpleegkundigen) en het sociaal domein (maatschappelijk werk), alsook tussen deze generalistische zorgverleners en andere eerstelijnszorgverleners die vanuit hun specifieke aandachtsgebied essentieel zijn om de functies en waarden voor verschillende***

⁹ Essentiële waarden: continuïteit, persoonsgerichtheid, integraliteit, samenhang en wijk-/populatiegerichtheid. Essentiële functies: laagdrempelig eerste aanspreekpunt, 24/7 beschikbaarheid, poortwachtersfunctie, leveren van basiszorg dicht bij huis, gids- en coördinatorfunctie en signalerende rol

groepen burgers te realiseren. Faciliteer dit in het zorgstelsel. Voorbeelden hiervan zijn een wijkverpleegkundige die naast het werk in de wijk dagdelen in een huisartsenpraktijk werkt, en een consulent maatschappelijke ondersteuning die aan een praktijk verbonden is en zorgt voor de link met het sociaal domein, minder professionele zorg en meer informele oplossingen.⁹⁶ Ook met een vaste 'Wally' (sociaal werker) per huisartsenpraktijk, zoals in Deventer gebeurt, kan een korte structurele lijn worden gecreëerd tussen huisartsenpraktijk en sociaal domein. Dit zorgt voor minder onnodige medische kosten, sneller passende zorg voor de burger en ontlasting van de huisartsenpraktijk.⁹⁷ Kijkend naar voorbeelden uit andere landen, zoals CASAP^h in Castelldefels in Spanje, zou ook kunnen worden verkend of een vaste (wijk)verpleegkundige vanuit zijn of haar integrale blik een rol zouden kunnen spelen in de intake of triage om de 'vraag achter de vraag' te verhelderen en zo een schifting te maken tussen medische en sociale problematiek. Een specialist ouderengeneeskunde, die deels aangesloten is bij een huisartsenpraktijk, is gezien de vergrijzing en toenemende complexiteit van problematiek ook een goede aanvulling voor het team van kerndisciplines; zie bijvoorbeeld de casus MESO-zorg in RVS-advies *Grenzeloos samenwerken?*⁹⁸ Dit geldt ook voor bijvoorbeeld een apotheker-farmacotherapeut, soms ook wijkapotheker genoemd, die patiënten met complex medicijngebruik in de huisartsenpraktijk begeleidt. Een deel van dit soort initiatieven loopt tegen samenwerkings- en bekostigingsgrenzen in de stelsels aan. Om dergelijke initiatieven duurzaam te realiseren, is structurele bekostiging van goed werkende initiatieven die aansluiten bij de functies en waarden van eerstelijnszorg noodzakelijk, in plaats van alleen via (onzekere) projecten en programma's. In het RVS-advies *Grenzeloos samenwerken* doet de Raad daar een aantal voorstellen voor, zoals het poreuzer maken van stelselgrenzen om samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners en andere domeinen breder te stimuleren, of via belonen op uitkomsten of *shared savings*. Recent bracht ook de NZa een bruikbaar advies uit aan het ministerie van VWS over het bekostigen van coördinatie en afstemming ten behoeve van het organiseren van een samenhangend eerstelijnszorgaanbod voor specifieke groepen. Hiervoor bestaat al ruimte in de huidige bekostiging, maar deze is vrijblijvend en de randvoorwaarden in het stelsel zijn niet (altijd) faciliterend. In dit advies wordt voorgesteld de vrijblijvendheid eraf te halen (borging landelijke toegang voor specifieke groepen) en staat beschreven welke randvoorwaarden in het stelsel daarvoor aangepast dienen te worden.⁹⁹

- b. Zorg voor bekostiging die het realiseren van essentiële eerstelijnswaarden en functies, zoals een integrale (holistische) blik, watchful waiting, goede besluitvorming en indicatiestelling, beloont en daartoe tijd en ruimte geeft** (inclusief tijd en ruimte voor ontwikkeling, scholing en innovatie).
- c. Kijk als beroepsgroepen, zorgaanbieders en beleidsmakers hoe de beschikbare arbeidscapaciteit zo goed mogelijk kan worden ingezet voor het realiseren van de waarden en de functies, rekening houdend met veranderde (gewenste) arbeidsvormen en schaarste.**
- Veranderende arbeidsvormen (zoals de toename van het aantal zzp'ers) zijn deels een logisch gevolg van de beschreven ontwikkelingen. In de optiek van de Raad zouden verschillende arbeidsvormen niet tegenover elkaar gezet moeten worden en heeft een (beperkte) flexibele schil bijvoorbeeld ook toegevoegde waarde. Dit aandeel is nu echter te groot. **Het is dan ook de kunst om de verbondenheid van zorgverleners met een patiënt en een wijk weer aantrekkelijk te maken voor zorgverleners.** Die wens bestaat ook bij veel zorgverleners.¹⁰⁰ Dit kan door ze zo goed mogelijk te ondersteunen, of ze nu als praktijkhouder, als zzp'er of in loondienst werken (zie ook 2d).
 - **Continuïteit speelt een sleutelrol** bij eerstelijnszorg, maar deze waarde kan ook met een **team** van enkele vaste zorgverleners per discipline vorm krijgen in plaats van met één vaste zorgverlener. Het waarborgen van continuïteit van zorg is daarbij niet per definitie een argument voor zelfstandig praktijkhouderschap als ideaaltypische arbeidsvorm in bijvoorbeeld de huisartsenzorg. Het gaat om **'patiënt- en wijkhouderschap'** om de waarden en functies van eerstelijnszorg goed te kunnen realiseren: de vaste verbondenheid met en verantwoordelijkheid voor een patiënt en een wijk door één of enkele zorgverleners, ongeacht de arbeidsvorm.

^h In het openbare Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP) nemen het Institut Català de la Salut en de gemeenteraad van Castelldefels deel. Het doel is onder meer het verlenen van eerstelijnsgezondheidszorg, waaronder diagnostische, curatieve en preventieve diensten en thuiszorg.

- **Geef bij schaarste, voor wat betreft het realiseren van de combinatie van de waarden, prioriteit aan mensen in kwetsbare omstandigheden.** Voor hen is de combinatie van de waarden (continuïteit voorop) immers nog meer van belang dan voor andere burgers. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid heeft in het signalement 'Code Rood' ook aandacht besteed aan verdeling van zorg in tijden van schaarste.¹⁰¹

- d. **Stuur alleen op ontwikkeling en inzet van digitale toepassingen die de waarden en functies van eerstelijnszorg ondersteunen en daarnaast bijdragen aan de houdbaarheid van eerstelijnszorg.** Digitale oplossingen kunnen een waardevolle toevoeging zijn aan het repertoire van zorgverleners, maar niet alle digitalisering is zinvol.¹⁰² Zo laat recent onderzoek zien dat digitale toepassingen in de huidige huisartsenzorg vooral aanvullende waarde hebben bij een deel van de hulpvragen binnen een bestaande vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt en daarnaast bij triage buiten kantooruren. Digitale consulten kunnen een deel van de patiënten helpen, maar hebben ook nadelen, zoals de onmogelijkheid van lichamelijk onderzoek, minder non-verbale communicatie en mogelijke vergroting van gezondheidsverschillen vanwege mensen met beperkte digitale vaardigheden. Om de waarden en functies van eerstelijnszorg te vervullen, is het van belang om de optie van niet-digitale toegang te allen tijde te behouden en digitale zorg waar nodig met fysieke zorg te combineren. Wat de invloed is van digitale toepassingen op werkdruk van eerstelijnszorgverleners en of digitale zorg behulpzaam kan zijn bij personeelstekorten in de eerste lijn is nog niet duidelijk.¹⁰³

- e. **Kijk kritisch en vanuit maatschappelijk belang naar beleidstrends die de waarden en functies onder druk zetten, zoals substitutie naar de eerste lijn en schaalvergroting, fragmentatie en specialisering in en rondom eerstelijnszorg.**
 - **Zet substitutie naar de eerste lijn bedachtzaam in om meer ruimte te maken voor de eigenlijke functies van eerstelijnszorg.** Substitueer alleen die zorg die gezien de waarden en functies van eerstelijns zorg het beste in de eerste lijn kan worden verleend, en waak voor substitutie als doel op zich (vanuit schadelast geredeneerd zonder dat aan randvoorwaarden wordt voldaan). Zoek voor zorg die hier niet aan voldoet beter passende en efficiëntere oplossingen, zoals (gedeeltelijke) substitutie van de tweede naar de nulde lijn. Dat zorg dicht bij huis prettig is voor de patiënt blijft een mooi uitgangspunt en was bij de start van de substitutiebeweging een goed argument voor verplaatsing van zorg naar de eerste lijn. Het is echter de vraag of het bijvoorbeeld gezien de toename van technologische mogelijkheden inmiddels in veel gevallen niet logischer, efficiënter en prettiger is om een deel van de (chronische) zorg waar substitutie van de tweede naar de eerste lijn eerst logisch leek, nu vanuit een regionaal expertisecentrum, deels fysiek en deels op afstand te leveren in plaats van bij elke afzonderlijke huisartsenpraktijk. Dit geldt ook voor zorg die in het verleden naar de eerste lijn is gesubstitueerd.

 - **Bezie kansen van (innovatieve) vormen van organiseren waarbij zorg kleinschalig is aan de voorkant, met een professionele en schaalbare ondersteuning daarachter, en faciliteer deze innovatieve vormen structureel in beleid, wet- en regelgeving en bekostiging.** 'Losse' praktijken in een wijk of regio zonder goed ondersteuningsapparaat zijn gezien alle ontwikkelingen geen toekomstbestendige organisatievorm. Om goede eerstelijnszorg afgestemd op de wijk te kunnen leveren, is een combinatie van een klein, hecht, vast team in de wijk met een professionele en schaalbare ondersteuning daarachter gewenst, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, zorgondersteunende ICT, protocolontwikkeling en administratie. Essentieel hierbij is dat deze schaalvergroting aan de achterkant echt het primaire proces ondersteunt (en niet in de weg zit) en taken bij zorgverleners wegneemt, zodat zij zich kunnen richten op de essentie van hun vak en de personele schaarste afneemt. Er zijn diverse goede voorbeelden waarbij men erin slaagt om kleinschalige herkenbare praktijken in de wijk te combineren met schaalvergroting aan de achterkant: bijvoorbeeld initiatieven als Buurtdokters en Flexdokters, de landelijke thuiszorgorganisatie Buurtzorg met haar zelfstandige zorgteams, en regionale coalities en samenwerkingen als Dokter Drenthe en SGZ Zoetermeer. **Dergelijke initiatieven moeten de ruimte en stroom meekrijgen.** Het is daarbij van belang dat, als het gaat om ondersteuning van een enkele discipline, dit de lokale multidisciplinaire samenwerking en informatie-uitwisseling niet in de weg staat. Ook zou regionaal en lokaal ondersteuningsaanbod op elkaar afgestemd moeten worden om verspilling en onnodige overhead tegen te gaan. Hierbij kan de preferente zorgverzekeraar een rol vervullen. Bewaak daarnaast dat de regionalisering die vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) wordt ingezet, niet leidt tot onwenselijke en schadelijke

schaalvergroting en fysieke afstand die de waarden en functies van eerstelijnszorg bedreigen in plaats van versterken. **Overweeg** elke keer **bewust welke schaal nodig is** om de functies van eerstelijnszorg optimaal te kunnen uitvoeren voor de samenleving.

- **Werk aan vermindering van fragmentatie van het zorgaanbod in praktijk en beleid, en faciliteer dit in het stelsel.** In de praktijk zijn er al voorbeelden van zorgorganisaties in de wijkverpleging en thuiszorg die in samenwerking een heel gebied proberen te bedienen, zoals in de regio Eemland. Het gefragmenteerde zorgaanbod staat lokale samenwerking in de wijk in kleine vaste teams echter geregeld in de weg. Stelselaanpassingen die lokale samenwerking beter mogelijk maken – bijvoorbeeld door concurrentie te verminderen – zouden hierbij behulpzaam zijn.
- Stuur als zorgaanbieders en beroepsgroepen op de **inzet van meer generalistische zorgverleners** in de wijkverpleging en huisartsenzorg (eventueel met specifieke aandachtsgebieden). Gezien de groeiende groep mensen met meervoudige zorgvragen zou de balans moeten uitslaan naar generalisme in plaats van specialisme in (de kern van) de eerstelijnszorg, met daaromheen een schil van specialisten. Te denken valt bijvoorbeeld aan het minder opknippen van taken in de wijkverpleegkundige zorg en het meer generalistisch inzetten van POH's in de huisartsenpraktijk (door anders inrichten van chronische zorg kan hiervoor ruimte vrijgespeeld worden). Door facilitering van meekijkconsulten kan specialistische kennis ingezet worden waar nodig. Sturing op inzet van meer generalistische zorgverleners betekent ook dat beroepsverenigingen zuinig zouden moeten zijn met het in het leven roepen van specialisaties en differentiaties. Zie hiervoor ook het RVS-advies *De B van Bekwaam*.¹⁰⁴
- f. **Bekijk of bepaalde hulpvragen, waarbij een waarde zoals integraliteit minder van belang is, bij andere (eerstelijns)zorgverleners kunnen worden belegd om ruimte te maken voor die hulpvragen waarbij dit wel van belang is.** Overweeg bijvoorbeeld of het vormen van het eerste aanspreekpunt en/of begeleiding en monitoring bij reeds gedifferentieerde hulpvragen niet breder belegd kan worden dan vooral bij de huisarts, zoals in het verleden bijvoorbeeld gebeurd is met anticonceptie bij verloskundigen.¹⁰⁵ Waakzaamheid voor het te gemakkelijk 'opknippen' van waarden en functies is hierbij geboden.
- g. **Zet maatregelen in die zorgen dat verwijzingen naar andere zorgverleners ook daadwerkelijk plaats kunnen vinden zodat patiënten niet alsnog bij de huisarts of andere eerstelijnszorgverleners blijven.** Dergelijke ontlasting moet ruimte scheppen voor het realiseren van de eigenlijke waarden en functies van eerstelijnszorg. Te denken valt aan afspraken zoals verplichte overname door tweedelijns-ggz in het kader van het IZA.
- h. **Stimuleer en zorg voor bekendheid van initiatieven die als doel hebben te voorkomen dat eerstelijnszorgverleners onnodige of ongepaste verzoeken en taken op hun bordje krijgen.** Een voorbeeld hiervan is Verwijsafspraken.nl, waar zowel zorgverleners als patiënten kunnen zien of de huisarts wel of niet betrokken moet worden voor een verklaring, machtiging of aanvraag.

4.3 Werk wijkgericht met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen

De RVS constateert dat er in de huidige constellatie over het algemeen beperkte focus ligt op de waarde wijkgerichtheid (populatiegerichtheid, *community orientation*), onder andere vanwege hoge werkdruk, taakdifferentiatie en concurrentie. De Raad hecht echter veel belang aan deze waarde, omdat die de andere waarden van eerstelijnszorg ondersteunt en bijdraagt aan oplossingen buiten de zorg, maar ook omdat die kan bijdragen aan de gezondheid van de wijk als geheel. Als eerstelijnszorgverleners zich dicht bij de leefwereld van mensen bevinden is het mogelijk om gericht in te spelen op wat er speelt in een wijk of buurt, om problemen vroegtijdig te signaleren, waar nodig gericht hulp in te (laten) schakelen en onnodige zorg te voorkomen. Door de meer proactieve blik naar buiten kan ook beter ingespeeld worden op specifieke behoeften van kwetsbare groepen. De positie van de huisarts in het systeem (inschrijving op naam en eerste aanspreekpunt) kan dit wijkgerichte werken ondersteunen.

- a. **Zorg voor een langdurig vast klein hecht multidisciplinair team** (oftewel een kleinschalige voorkant, zie ook uitgangspunt 2) **om die blik naar buiten, de wijk in, te kunnen richten.** In dit vaste team zitten in ieder geval een vaste huisarts-generalist, een vaste care-generalist (wijkverpleegkundige) en een vaste sociaal-generalist (maatschappelijk werker), die langdurige verbintenis hebben met de wijk of populatie en met andere daar aanwezige (eerstelijns)zorgverleners (bv. apotheek, diëtist,

fysiotherapeut). **Zorg hierbij voor (innovatieve) vormen van organiseren die multidisciplinair wijkgericht werken in kleine vaste teams ondersteunen, waarbij de vorm afhangt van de behoeften in de lokale context.** Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een fysiek gezondheidscentrum dat ook een ontmoetingsfunctie heeft en waarin verschillende generalistische teams, en daarnaast ook nog andere zorg- en hulpverleners uit de eerste lijn en het sociaal domein, dicht bij elkaar zitten (bv. Gezondheidscentrum de Rubenshoek in de Schilderswijk in Den Haag). Maar het kan ook in een vaste netwerkachtige vorm waar vaste zorgverleners op verschillende locaties zitten; zo is in 'Waar is Wally' in Deventer na een pilot juist bewust gekozen om de sociaal werker niet in hetzelfde gebouw als de huisarts te laten werken, omdat dit zorgde voor een 'medische' mindset bij de burger. In krimpregio's kan bijvoorbeeld gedacht worden aan mobiele gezondheidsteams, waarbij er 1 of 2 dagen per week een vast team professionals fysiek aanwezig is en de rest digitaal wordt gedaan. Het is daarbij van belang, met name voor kwetsbare groepen, dat er lokale beschikbaarheid is van essentiële medicatie en hulpmiddelen.

- b. **Maak voor zover mogelijk de populaties waar huisartsen, wijkverpleegkundigen en liefst ook maatschappelijk werkers aan verbonden zijn, eenduidig en creëer hiervoor de juiste randvoorwaarden.** Om de waarden en de functies van eerstelijnszorg effectief en doelmatig tot uitvoer te kunnen brengen is het belangrijk dat huisartsen en wijkverpleegkundigen, liefst ook samen met maatschappelijk werkers, zich op dezelfde populaties en buurtproblemen kunnen richten. Vermindering van de fragmentatie van het zorgaanbod is hiervoor een vereiste. Consequentie van deze denkrichting is dat beschikbaarheid, integraliteit en samenwerking boven keuzevrijheid voor de individuele burger gaan, zeker in tijden van schaarste. Onderzoek welke stelselaanpassingen (bijvoorbeeld op het gebied van financiering) nodig zijn om deze denkrichting te faciliteren.
- c. **Geef bij de organisatie, sturing en financiering van zorg op structurele basis specifieke aandacht aan kwetsbare groepen in de populatie,** zoals kwetsbare ouderen, mensen met gezondheidsachterstanden en mensen met een lichte verstandelijke beperking. Hiertoe dient de samenwerking met het sociaal domein en welzijn op structurele basis versterkt te worden, in plaats van uitsluitend via (overigens succesvolle) programma's als Welzijn op recept en Krachtige basiszorg. Een aanzienlijk deel van het beroep dat op de eerste lijn wordt gedaan, komt voort uit sociaaleconomische problemen die zich uiten in gezondheidsproblemen (schulden, armoede, slechte huisvesting etc.). Een nauwe structurele verbinding met het sociaal domein en welzijn is daarom cruciaal. De genoemde vaste samenwerking tussen wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en huisarts in een wijk vormt hiervoor een essentiële schakel. Zo kunnen kwetsbare groepen in de populatie tijdig gesignaleerd worden en kan passende hulp worden ingezet om zwaardere zorg op een later moment te voorkomen. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de herinvoering van hometeams. In een aankomend advies over de toekomst van de zorgstelsels (juni 2023) zal de RVS schetsen welke aanpassingen in het stelsel gewenst zijn om dergelijke nauwe verbindingen op structurele basis te faciliteren. Ook programma's en projecten die voor specifieke kwetsbare groepen worden opgezet, zouden meer geclusterd of structureel moeten zijn, zodat gebruikgemaakt kan worden van dezelfde overheadstructuur en opgedane inzichten, en zodat niet steeds dezelfde zorgverleners bij verschillende projecten hoeven te worden betrokken die dan niet voor het primaire proces kunnen worden ingezet.
- d. **Versterk de mogelijkheden van eerstelijnszorgverleners om wijkspecifieke problemen niet-vrijblijvend te agenderen** bij gemeente en GGD, bijvoorbeeld door gemeenten te verplichten tot onderzoek en follow-up. Zorg zodoende dat collectieve preventie goed op de agenda staat, ter voorkoming van medicalisering via individuele preventie in de eerste lijn. Vice versa moeten gemeenten en GGD'en in voorkomende gevallen een beroep kunnen doen op de zorg (in brede zin) om gesignaleerde problemen aan te pakken.

4.4 Ga uit van de kracht van de samenleving en ondersteun zo nodig professioneel

Gezien de toenemende zorgvraag en complexiteit van problematiek in combinatie met personele schaarste zal het versterken van de genoemde uitgangspunten op zichzelf onvoldoende zijn. Om de essentiële waarden en functies van eerstelijnszorgⁱ overeind te houden, hebben óók de samenleving en daarmee alle

ⁱ Essentiële waarden: continuïteit, persoonsgerichtheid, integraliteit, samenhang en wijk-/populatiegerichtheid. Essentiële functies: laagdrempelig eerste aanspreekpunt, 24/7 beschikbaarheid, poortwachtersfunctie, leveren van basiszorg dicht bij huis, gids- en coördinatorfunctie en signalerende rol.

individuele burgers een belangrijke rol. We zullen ons als samenleving moeten realiseren dat we (te) hoge verwachtingen van zorg hebben en dat we ook veel voor elkaar kunnen betekenen zonder dat er een zorg- of hulpverlener bij betrokken hoeft te worden. Juist om ruimte te creëren voor als dit wel noodzakelijk is. Dit betekent ook dat burgers hun verwachtingen over hoe zorg geleverd wordt en door wie, zullen moeten bijstellen. Zorgverleners zelf hebben ook een belangrijke rol bij het temperen van verwachtingen over de mogelijkheden van zorg.

- a. **Investeer in co-creatie met burgerinitiatieven (waaronder zorgcoöperaties)** zoals de burgerinitiatieven van leden die zijn verenigd in het landelijke netwerk Nederland Zorgt voor Elkaar¹⁰⁶ en vrijwilligersinitiatieven zoals Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland. Waardeer hun unieke waarde en identiteit en verbind daar ook de daarbij horende zeggenschap (*community empowerment*) en structurele (financiële) facilitering aan.¹⁰⁷ Zie hiervoor onder andere ook de RVS-adviezen *Anders leven en zorgen*¹⁰⁸ en *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw*¹⁰⁹.
- b. Zorg dat burgers die dat kunnen als eerste stap gebruik kunnen maken van **betrouwbare algemene (digitale) informatie over gezondheid en ziekte**. Zo kunnen zij, in het geval van eenduidige en enkelvoudige klachten, beter inschatten of en wanneer zij professionele hulp nodig hebben; hierbij valt te denken aan het verder uitbouwen en onder de aandacht brengen van initiatieven als Thuisarts.nl en Moetiknaardedokter.nl. Stimuleer daarnaast **zelfzorg**, bijvoorbeeld door de inzet van Thuisarts.nl voorafgaand, tijdens en na consulten als informatiebron of door de toepassing van hulpmiddelen om de zelfredzaamheid van burgers te vergroten (zoals een automatische medicatiedispenser). Zorg daarnaast voor de mogelijkheid van **zelfmonitoring** met betrouwbare apparatuur voor chronisch zieken, ondersteund door een gespecialiseerd regionaal centrum (*burgerempowerment*). Ondersteun burgers die hiertoe niet in staat zijn met passende professionele hulp (verkleining gezondheidsachterstanden).¹¹⁰
- c. Zorg voor **betere facilitering van teamsamenwerking van formele en informele zorg**. Zorg dat de inrichting van het zorgsysteem qua financiering en wet- en regelgeving minder een belemmering vormt voor de samenwerking tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten. Investeer in netwerken van informele zorgverleners en gun deze ook invloed. Zie hiervoor ook de RVS-adviezen *Anders leven en zorgen*¹¹¹, *Applaus is niet genoeg*¹¹² en *De B van Bekwaam*¹¹³.
- d. Zorg dat eerstelijnsvoorzieningen (kunnen) **investeren in relaties met netwerken van actieve wijkbewoners en creëren fysieke ontmoetingsplekken** in de buurt, al dan niet in hetzelfde gebouw als eerstelijnsvoorzieningen, zodat burgers informele ondersteuning kunnen krijgen. Weeg bij beleid voor spreiding en schaalvergroting altijd de sociale waarde van nabije zorgvoorzieningen mee. Zie hiervoor ook het RVS-advies *Ruimte voor ontmoeting*¹¹⁴.
- e. **Verken mogelijkheden om vanuit de eerste lijn en/of de gemeente meer groepsgericht aanbod en lotgenotencontact te faciliteren**. Ervaringen in andere deelgebieden van de zorg laten zien dat dit burgers erg kan helpen, dat het zelfredzaamheid vergroot en dat het medicalisering voorkomt (bijvoorbeeld *centering pregnancy* in verloskundige zorg).¹¹⁵
- f. **Zet als overheid krachtiger in op nationale en lokale collectieve preventie**. Zie bijvoorbeeld de RVS-adviezen *Een eerlijke kans op gezond leven*¹¹⁶ en *Herstel begint met een huis*¹¹⁷ en het aankomende RVS-advies *Op onze gezondheid! De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg*. **Voorkom daarmee dat eigenlijke collectieve vraagstukken verder de (eerstelijns)zorg in worden getrokken of geduwd** in de vorm van individuele preventie, met medicalisering en overbelasting van eerstelijnszorg tot gevolg.

5 Slotwoord

Een sterke, goed functionerende eerstelijnszorg is van groot belang voor de samenleving en de gezondheidszorg als geheel. De eerstelijnszorg is decennialang het paradepaardje van de Nederlandse gezondheidszorg geweest, maar staat nu zwaar onder druk door maatschappelijke ontwikkelingen, personele krapte en ontwikkelingen in de zorgsector zelf. Zonder ingrijpen zal de wal het schip keren. Als de eerste lijn vastloopt, loopt immers de hele zorg vast. Dat kunnen we niet accepteren. Het is daarom de hoogste tijd voor verandering.

Terugkeren naar vroeger, toen nagenoeg alle huisartsen praktijkhouder waren en de huisarts en de wijkverpleegkundige altijd beschikbaar waren, is geen optie; een nostalgisch terugverlangen brengt ons niet verder. We moeten vooruit, met behoud – en soms herwaardering – van de essentiële waarden en functies van eerstelijnszorg, en soms een andere invulling daarvan. Daarvoor moeten de juiste condities worden gecreëerd. Wat de Raad betreft langs de lijn van de geschetste uitgangspunten: het in woord én daad erkennen van de cruciale waarde van eerstelijnszorg voor de samenleving, het versterken van de waarden en functies door innovatie en aanpassing aan de huidige tijd, het wijkgericht werken met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen, en gezien de personele krapte misschien nog wel het belangrijkste: het uitgaan van de kracht van de samenleving en alleen professioneel ondersteunen als dit nodig is.

De Raad roept in dit advies op om anders te kijken naar eerstelijnszorg: die moet meer op waarde worden geschat, ook wat betreft het belang voor de hele zorg, en moet meer verbonden worden met het sociaal domein en meer ingebed zijn in de wijk. Een brede blik van zorgverleners en vaste verbondenheid aan een patiënt en wijk zijn gezien de maatschappelijke ontwikkelingen essentieel en kunnen zorgen voor het voorkomen van zwaardere problematiek en het sneller vinden van passende oplossingen, ook buiten de zorg. Om de essentiële waarden en functies centraal te stellen, moeten eerstelijnszorgverleners ondersteund worden en daarnaast beschermd tegen ontwikkelingen die de kern van hun vak onder druk zetten. Op deze manier wordt de schaarse arbeidscapaciteit zo zinvol mogelijk ingezet, wordt uitstroom van schaarse zorgverleners voorkomen en wordt de eerstelijnszorg als basis voor ons zorgsysteem versterkt.

Anders kijken betekent dus ook anders organiseren. Dit vraagt doortastendheid, wat zich uit in durf om te veranderen. Het vergt moed om nieuwe wegen te bewandelen en verantwoordelijkheden anders te beleggen. En het vraagt creativiteit om je als professional aan te passen aan de huidige tijd. Maar dit kan alleen als de basis op orde is. Dat vraagt om investeren in en faciliteren van samenwerking binnen en rondom de eerste lijn. Het vraagt ook om stimuleren dat bepaalde taken daar worden opgepakt waar ze primair thuishoren.

Uiteindelijk vragen de noodzakelijke veranderingen ook om nieuwe taal. Om zo de verbondenheid met en inbedding in de samenleving van 'de eerste lijn' uit te drukken en de terminologie beter te laten aansluiten bij de leefwereld van mensen. Mogelijk gaat de Raad hier bij een toekomstig advies nader op in. Ook in de nieuwe taal zal de kern van de eerste lijn overigens fier overeind blijven staan: de basis van de zorg voor alle burgers; een fundament voor alle overige zorg en ondersteuning.

De RVS beoogt met dit hoofdlijnenadvies vanuit samenlevingsperspectief een toegevoegde inbreng te leveren aan de ontwikkeling van de visie op de eerstelijnszorg in 2030. We roepen alle betrokkenen op om met een brede maatschappelijke blik naar dit vraagstuk te kijken en waar nodig over de eigen belangen heen te stappen. Daarbij is het van belang om de uitgangspunten als samenhangend geheel te zien in plaats van als losstaande ideeën waaruit gekozen kan worden.

Literatuurlijst

- 1 Nivel (2011). [Overzichtstudies: De eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 2 Flinterman, L., P. Groenewegen en R. Verheij (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 3 RVS (2020). *Hoor mij nou!* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 4 Zorg+Welzijn (2019). [Mensen met sociale problemen gaan eerst naar de huisarts](#). Wijkteam, 23 januari 2019.
- 5 SER (2022). *Arbeidsmarktproblematiek maatschappelijke sectoren*. Advies 22/05. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- 6 Actiz (2021). [Nijpende situatie wijkverpleging door personeelstekort](#).
- 7 Flinterman, L., P. Groenewegen en R. Verheij (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 8 Nivel/Prismant (2018). [Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg](#). Utrecht: Nivel/Prismant.
- 9 [IGJ en NZa doen gezamenlijk onderzoek naar innovatieve ketens van huisartsenzorg | Nieuwsbericht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#).
- 10 [Geestelijke gezondheidszorg: hoe groter het probleem, hoe langer de wachttijd | Nieuwsbericht | Algemene Rekenkamer](#).
- 11 Nivel (2021). [Nederlanders hebben meer vertrouwen in ziekenhuizen, thuiszorg en verpleeghuizen dan in 2018](#). Utrecht: Nivel; SCP (2022). *De menselijke staat*. Den Haag: Sociaal-Cultureel Planbureau.
- 12 Hoffman T. en C. Del Mar (2015). 'Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review.' In: *JAMA Intern Med.*, feb. 2015, 175(2), p. 274-286.
- 13 InEen (2022). [Benchmark Huisartsenposten 2021: werkdruk triagisten stijgt](#). 27 oktober 2022.
- 14 Teunisse, M. (2022). [Huisartsenposten te vaak onnodig gebeld: 'Iedereen zou eerst online klachten op moeten zoeken' - EenVandaag \(avrotros.nl\)](#)
- 15 Wier, M. van de (2019). [Bedreiging en geweld zijn gangbaar op de huisartsenpost](#). In: *Trouw*, 19 juli 2019.
- 16 Nivel (1992). [Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg, deel 1](#). Utrecht: Nivel.
- 17 [VerScheurkalender2022-web.pdf \(helpdehuisartsverzuipt.nl\)](#).
- 18 WHO (1978). *Declaration of Alma Ata 1978*. Genève: World Health Organisation.
- 19 Starfield B. (1994). 'Is primary care essential?' In: *Lancet* 1994;344, p. 1129-1133; Starfield, B., L. Shi en J. Macinko (2005). 'Contribution of primary care to health systems and health.' In: *Milbank Q.* 2005; 83, p. 457-502; Kringos, D. (2012). *The strength of primary care in Europe*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- 20 WONCA Europa (2011). [The European definition of general practice/family medicine \(woncaeurope.org\)](#). World Organization of Family Doctors, Europe.
- 21 Opstelten, W., J.W.L. Cals en H.E. van der Horst (2019). [Continuïteit van de huisartsenzorg](#). In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2019;163:D3502.
- 22 Starfield, B. (2009). [Family Medicine should shape reform, not Vice Versa](#); Opstelten, W., J.W.L. Cals en H.E. van der Horst (2019). [Continuïteit van de huisartsenzorg](#). In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2019;163:D3502.
- 23 Putter, I.D. de, A.L. Francke, A.J.E. de Veer en J.D.J.M. Rademakers (2014). [Kennisynthese. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen: rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen](#). Utrecht: Nivel; Flinterman, L., P. Groenewegen en R. Verheij (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 24 Maarsingh, O.R., Y. Henry, P.M. van de Ven en D.J.H. Deeg (2016). 'Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study.' In: *British Journal of General Practice*, 66 (649): e531-e539. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686101>.
- 25 Opstelten, W., J.W.L. Cals en H.E. van der Horst (2019). [Continuïteit van de huisartsenzorg](#). In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2019;163:D3502.
- 26 WONCA Europa (2011). [The European definition of general practice/family medicine \(woncaeurope.org\)](#). World Organization of Family Doctors, Europe.
- 27 Huygen, F.J.A. (1959). *N.H.G. - Quo Vadis?* (2). In: *Huisarts & Wetenschap*.
- 28 Horst, H. van der, en R. Dijkstra (2019). [Woudschoten 2019](#). In: *Huisarts en Wetenschap* 2019;62:DOI:10.1007.
- 29 [Krachtige Basiszorg - Over ons](#)

- 30 WONCA Europa (2011). [The European definition of general practice/family medicine \(woncaeurope.org\)](https://www.woncaeurope.org/). World Organization of Family Doctors, Europe.
- 31 WONCA Europa (2011). [The European definition of general practice/family medicine \(woncaeurope.org\)](https://www.woncaeurope.org/). World Organization of Family Doctors, Europe.
- 32 Muijsenbergh, M. van den, H. Schers en P. Assendelft (2018). [Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht](#). In: *Huisarts en Wetenschap*, 2018;61:DOI:10.1007.
- 33 Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging (2018). [Kwaliteitskader wijkverpleging](#).
- 34 [Opleiden in huisartsenzorg - Health Campus Den Haag](#); Muijsenbergh, M. van den, H. Schers en P. Assendelft (2018). [Huisarts werkt in de toekomst wijkgericht](#). In: *Huisarts en Wetenschap*, 2018;61:DOI:10.1007.
- 35 [Krachtige Basiszorg - Over ons](#).
- 36 Leemrijse, C., D. de Bakker en T. Schoenmakers (2016). [Overvecht Gezond! Theoretische onderbouwing van de integrale aanpak 'krachtige basiszorg' in de Utrechtse wijk Overvecht](#). Utrecht: Nivel.
- 37 Flinterman, L., P. Groenewegen en R. Verheij (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 38 Starfield, B. (2009). [Family Medicine should shape reform, not Vice Versa](#).
- 39 Berg, M.J. van den, T. van Loenen en G.P. Westert (2015). '[Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use](#).' In: *Family practice* 2015; 33(1), p. 42-50.
- 40 Teunisse, M. (2022). [Huisartsenposten te vaak onnodig gebeld: 'Iedereen zou eerst online klachten op moeten zoeken' - EenVandaag \(avrotros.nl\)](#); InEen (2022). [Benchmark Huisartsenposten 2021: werkdruk triagisten stijgt - InEen](#).
- 41 Nivel (2011). [Overzichtstudies: De eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 42 Jung, H.P. T. Jung, S. Liebrand, M. Huber, S. Stupar-Rutenfransen M. Wensing (2018). [Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen](#). In: *Huisarts en Wetenschap* 2018;61(3):DOI: 10.1007; Son, I. van, Q. van Haren en S. ten Hove (2022). [Aanpassingen in huisartsenconsult renderen](#). In: *Medisch Contact*, maart 2022.
- 43 Starfield, B. (1994). 'Is primary care essential?' In: *Lancet*, 1994;344: p. 1129-1133; Starfield, B., L. Shi en J. Macinko (2005). 'Contribution of primary care to health.' In: *Milbank Q*, 2005;83: p. 457-502; Kringos, D.S., W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, J. van der Zee en P.P. Groenewegen (2010). [The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions](#). In: *BMC Health Services Research*, 10:65.
- 44 Nivel (2011). [Overzichtstudies: De eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 45 Stolper, E., M. van de Wiel, P. Van Royen, P. Brand en G.-J. Dinant (2015). [Hoe pluis is het niet-pluisgevoel?](#) In: *Huisarts en Wetenschap*.
- 46 Springvloet, L, A. Zagt, B. Knottnerus en D. de Boer (2022). [Het keuzeprocess van patiënten: een inventarisatie van de literatuur](#). Utrecht: Nivel.
- 47 Starfield, B. (1994). 'Is primary care essential?' In: *Lancet*, 1994;344: p. 1129-1133.
- 48 Kringos, D.S., W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, J. van der Zee en P.P. Groenewegen (2010). [The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions](#). In: *BMC Health Services Research*, 10:65.
- 49 Putter, I.D. de, A.L. Francke, A.J.E. de Veer en J.D.J.M. Rademakers (2014). [Kennissynthese. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen: rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen](#). Utrecht: Nivel; Keurhorst, M., S. Kusters en M. Laurant (2011). [De wijkverpleegkundige van de toekomst](#). IQ Healthcare, UMC St Radboud.
- 50 Putter, I.D. de, A.L. Francke, A.J.E. de Veer en J.D.J.M. Rademakers (2014). [Kennissynthese. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen: rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen](#). Utrecht: Nivel; Blok, J. de (2022). [Op naar nieuwe patronen in de zorg](#). *Skipr* 15, p. 72-79; Flinterman, L., P. Groenewegen en R. Verheij (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 51 www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/verpleging-en-verzorging/wijkverpleging/; Postma, J., Oldenhof, L. and Putter, K. (2015). Organized Professionalism in Healthcare: Articulation Work by Neighbourhood Nurses. *Journal of Professions and Organization*, 2 (1): 61-77.
- 52 Veraart, M. (2019) [Marktwerking in de publieke dienstverlening: vloek of zegen?](#) Utrecht: Andersson Elffers Felix; RVS (2022). [Grenzeloos samenwerken?](#) Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 53 Flinterman, L, P. Groenewegen en R. Verhey (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel; Muijen, A. (zonder datum) [Huisartsen op een pot met geld](#).
- 54 Tuyl, L. van, E. Vis, M. Bosmans, R. Friele en R. Batenburg (2020). [Visies op taakherschikking](#). Utrecht: Nivel.

- 55 Tuyl, L. van, E. Vis, M. Bosmans, R. Friele en R. Batenburg (2020). [Visies op taakherschikking](#). Utrecht: Nivel.
- 56 [Putter, I.D. de, A.L. Francke, A.J.E. de Veer en J.D.J.M. Rademakers \(2014\). Kennissynthese. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen: rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen](#). Utrecht: Nivel; RVS (2019). [De B van Bekwaam. Naar een toekomstige Wet BIG](#). Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; Blok, J. de (2022). [Op naar nieuwe patronen in de zorg](#). *Skipr*, 15, p. 72-79; Tuyl, L. van, E. Vis, M. Bosmans, R. Friele en R. Batenburg (2020). [Visies op taakherschikking](#). Utrecht: Nivel.
- 57 Tuyl, L. van, E. Vis, M. Bosmans, R. Friele en R. Batenburg (2020). [Visies op taakherschikking](#). Utrecht: Nivel; Blok, J. de (2022). [Op naar nieuwe patronen in de zorg](#). *Skipr* 15, p. 72-79.
- 58 Veraart, M. (2019). [Marktwerking in de publieke dienstverlening: vloek of zegen?](#) Utrecht: Andersson Elffers Felix; RVS (2022). [Grenzeloos samenwerken?](#) Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 59 RVS (2022). [Grenzeloos samenwerken?](#) Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 60 [Factsheet Wijkverpleging | Vektis.nl](#).
- 61 Omroep West (2020). [Problemen in zorg voor kwetsbare Haagse ouderen door gebrekkige communicatie](#); IGJ (2020). [Huisarts en wijkverpleegkundige weten elkaar onvoldoende te vinden bij de zorg voor kwetsbare ouderen in Bouwlust en Vrederust in Den Haag](#). Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- 62 Veer, A. de, en K. de Groot (2022). [Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging](#). Utrecht: Nivel.
- 63 RVS (2022). [Grenzeloos samenwerken?](#) Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 64 Blok, J. de (2022). [Op naar nieuwe patronen in de zorg](#). *Skipr* 15, p. 72-79; [Putter, I.D. de, A.L. Francke, A.J.E. de Veer en J.D.J.M. Rademakers \(2014\). Kennissynthese. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen: rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen](#). Utrecht: Nivel.
- 65 RVS (2022). [Grenzeloos samenwerken?](#) Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 66 Keurhorst, M., S. Kusters en M. Laurant (2011). [De wijkverpleegkundige van de toekomst](#). IQ Healthcare, UMC St Radboud; Blok, J. de (2022). [Op naar nieuwe patronen in de zorg](#). *Skipr* 15, p. 72-79; [Putter, I.D. de, A.L. Francke, A.J.E. de Veer en J.D.J.M. Rademakers \(2014\). Kennissynthese. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen: rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen](#). Utrecht: Nivel.
- 67 Flinterman, L., P. Groenewegen en R. Verheij (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 68 Opstelten, W., J.W.L. Cals en H.E. van der Horst (2019). [Continuïteit van de huisartsenzorg](#). In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163:D3502; Buurtdokters (2022). [Schaalvergroting is geweldig. Althans in een Excel sheet](#). Winker. M.T. te., P. Slottje, A.J.T.C.M. de Kruijff et al (2022). [General practice and patient characteristics associated with personal continuity](#). In: *British Journal of General Practice* 2022; 72 (724), p. e780-789.
- 69 Husselman, D. (2022). [Organisatie en bestuur vanuit bestuurlijk juridisch perspectief](#). Hechte huisartsenzorg; SSFG/Jan van Es Instituut (2021). [De kroonjuwelen van het gezondheidscentrum](#). Stichting Sociaal Fonds Gezondheidscentra/Jan van Es Instituut.
- 70 InEen/NHG/LHV (2019). [Visie: Regionale samenwerking en organisatievorming in de huisartsenzorg](#).
- 71 [Klein is niet altijd fijn in de zorg | Erasmus University Rotterdam \(eur.nl\)](#); J. Postma (2015). 'Scaling Care.' Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam; Minkman, M.M.N. (2020). [Suitable Scales: Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance](#). In: *International Journal of Integrated Care*, 20(1):1, p. 1-5.
- 72 Minkman, M.M.N. (2020). [Suitable Scales: Rethinking Scale for Innovative Integrated Care Governance](#). In: *International Journal of Integrated Care*, 20(1): 1, p. 1-5; Gruijters, N. (2013). [Breng eenvoud terug in huisartsenzorg](#). In: *Medisch Contact*, 27 november 2013.
- 73 Blank, J. (2015). [Illusies over fusies. Een kritische beschouwing over de schaalvergroting in de Nederlandse publieke sector 1985-2012](#). Erasmus Universiteit Rotterdam/Ipse Studies/CAOP.
- 74 Flinterman, L., E. Vis, E. de Geit en R. Batenburg. [Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021](#). Utrecht: Nivel.
- 75 Menkhorst, R. en C. Spijkerman (2022). [Wie wil er nou nog een eigen praktijk?](#) In: *De Groene Amsterdammer*, 4 mei 2022; Barnhoorn, P.C. (2023). [On becoming a GP: professional identity formation in GP residents](#). Universiteit Leiden.
- 76 [IGJ en NZa doen gezamenlijk onderzoek naar innovatieve ketens van huisartsenzorg | Nieuwsbericht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#).
- 77 Schers, H. (2023). [Cowboys op de zorgmarkt: Amerikaanse toestanden?](#) Nieuwsbrief Zorg & innovatie.
- 78 Kok, R. (2022). [Huisartsenonderzoek](#). Coöperatie Flexdokters; Kok, R. (2022). [Patiëntevredenheidsonderzoek](#). Coöperatie Flexdokters.
- 79 Baltesen, F. (2022). [Aantal zzp'ers in zorg stijgt harder dan ooit](#). In: *Zorgvisie*, mei 2022.

- 80 Stuijver, D. (2023). [Meer dan een generatiedingetje](#). In: *Medisch Contact*, maart 2023.
- 81 Horst, H. van der, en R. Dijkstra (2019). [Woudschoten 2019](#). In: *Huisarts en Wetenschap*, 62:DOI:10.1007.
- 82 Jong, J. de, J. Korevaar, M. Kroneman, C. van Dijk, S. Bouwhuis en D. de Bakker (2016). [Substitutiepotentieel tussen eerste en tweedelijns zorg: communicerende vaten of gescheiden circuits?](#) Utrecht: Nivel.
- 83 Flinterman, L., P. Groenewegen en R. Verheij (2018). [Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn](#). Utrecht: Nivel.
- 84 SiRM (2021). [Substantieel potentieel. Schatting van de potentiële opbrengst van substitutie van zorg en inventarisatie van de benodigde voorwaarden](#). Utrecht: Strategies in Regulated Markets.
- 85 [www.blauwezorg.nl/meer-over-de-stadspoli](#).
- 86 [www.jeroenboschziekenhuis.nl/nieuws/jbz-monitor-t-samen-met-huisartsen-patienten-met-verhoogde-bloeddruk](#).
- 87 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 88 RVS (2021). *Opnieuw akkoord?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; Geest, M. van der (2022). [Het pijnpunt van de zorg gezien door een lullig slangetje](#). In: *de Volkskrant*, 21 mei 2022.
- 89 [Praktijkspiegel | Vektis.nl](#); Herwaarden, E. van (2021). [‘Om echt te innoveren moet je samenwerken.’](#) Kwaliteit in bedrijf, september-oktober 2021.
- 90 Herwaarden, E. van (2021). [‘Om echt te innoveren moet je samenwerken.’](#) Kwaliteit in bedrijf, september-oktober 2021.
- 91 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; Jeurissen, P. en H. Maarse (2022). [The market reform in Dutch health care: results, lessons and prospects](#). The European Observatory on Health Systems and Policies.
- 92 Jeurissen, P. en H. Maarse (2022). [The market reform in Dutch health care: results, lessons and prospects](#). The European Observatory on Health Systems and Policies.
- 93 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 94 RVS (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verwoorden voor goede zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 95 RVS (2020). *Applaus is niet genoeg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 96 Outer, B. den (2015). [‘Brugfunctie tussen eerstelijnszorg en sociaal domein werkt al.’](#) De Eerstelijns, 9 februari 2015.
- 97 [In Deventer verbindt de Wally huisarts en sociale domein](#). De Juiste Zorg op de Juist Plek: Praktijkvoorbeelden; [Waar is Wally? - HCDO](#)
- 98 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken?* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 99 NZa (2023). [Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis](#). Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- 100 Horst, H. van der, en R. Dijkstra (2019). *Woudschoten 2019*. In: *Huisarts en Wetenschap*, 62:DOI:10.1007.
- 101 CEG (2023). [Code rood. Verkenning van morele uitgangspunten bij langdurige schaarste in de zorg | Signalement | CEG](#). Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- 102 RVS (2020). [Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis](#). Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 103 [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/03/15/onderzoek-naar-de-effectiviteit-van-digitale-zorgtoepassingen-in-de-huisartsenzorg](#)
- 104 RVS (2019). *De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 105 De Verloskundige (2014). Je verloskundige kan voortaan de anticonceptiepill en het spiraaltje voorschrijven.
- 106 NLzorgtvoorelkaar (2020). [Monitor Zorgzame Gemeenschappen](#).
- 107 Canoy, M. (2023). [Manifest bepleit ruimte voor buurtinitiatieven in de zorg](#). In: *Sociale Vraagstukken*, 17 februari 2023; NLzorgtvoorelkaar (2020). [Monitor Zorgzame Gemeenschappen](#).
- 108 RVS (2022). *Anders leven en zorgen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 109 RVS (2020). *De derde levensfase: het geschenk van de eeuw*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 110 [https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/03/15/onderzoek-naar-de-effectiviteit-van-digitale-zorgtoepassingen-in-de-huisartsenzorg](#)
- 111 RVS (2022). *Anders leven en zorgen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 112 RVS (2020). *Applaus is niet genoeg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 113 RVS (2019). *De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 114 RVS (2021). *Ruimte maken voor ontmoeting*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

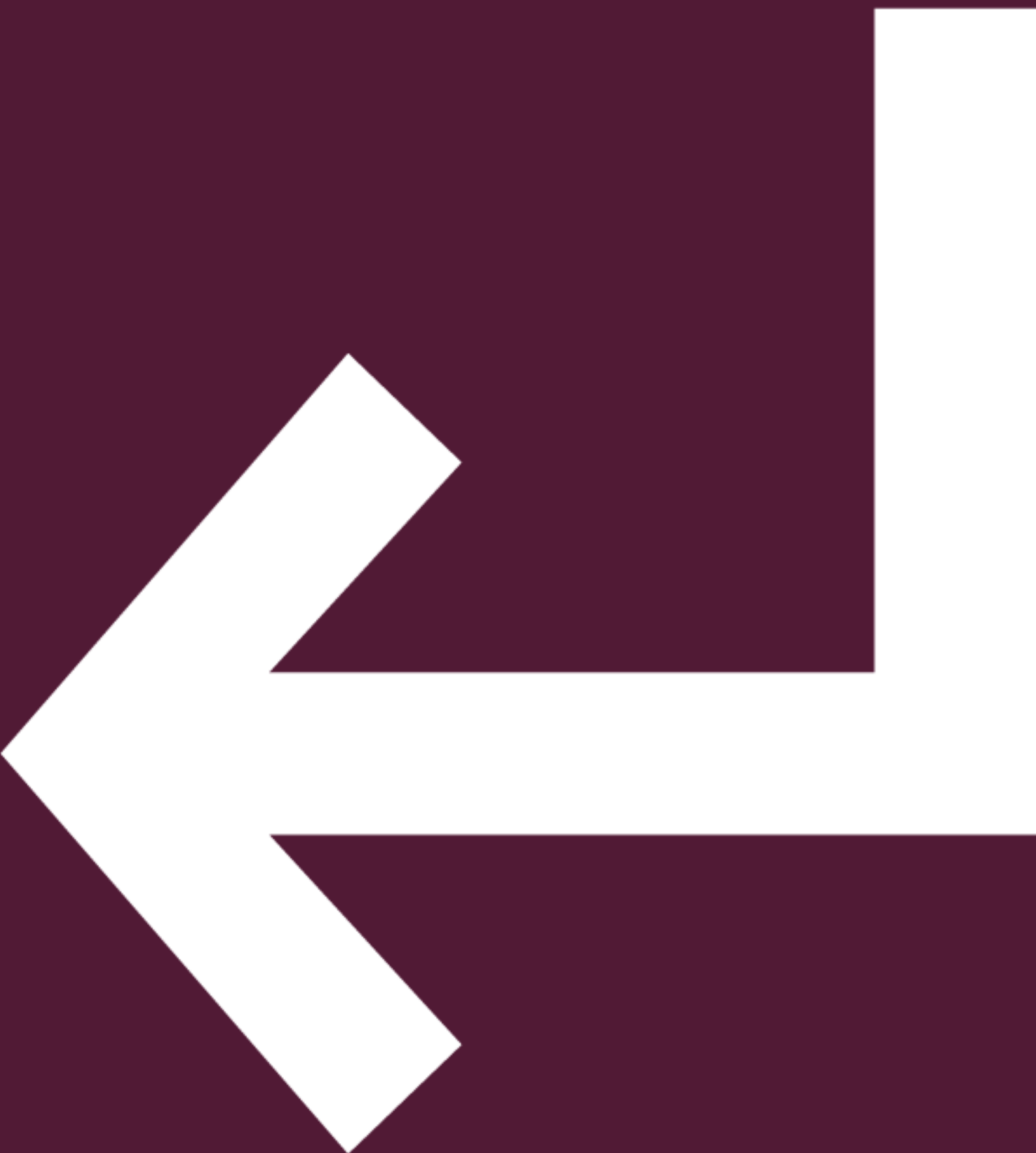
- ¹¹⁵ Westra, X., M. Rijnders, M. Crone en S. Detmar (2021). *Economische Evaluatie CenteringPregnancy in Nederland*. TNO rapport R10107. Leiden: TNO.
- ¹¹⁶ RVS (2021). *Een eerlijke kans op gezond leven*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- ¹¹⁷ RVS (2020). *Herstel begint met een huis. Dakloosheid voorkomen en verminderen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.

Vorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit raadsleden Godfried Bogaerts, Jan Kremer en Jet Bussemaker en adviseurs Catrien Schimmelpenninck, Karlijn Nijmeijer en Marina de Lint.

Verantwoording

Voor dit advies op hoofdlijnen heeft de Raad naast het raadplegen van (inter)nationale literatuur en media ook verschillende gesprekken gevoerd. Deze gesprekken heeft de Raad gevoerd met diverse betrokkenen in het veld en bij de overheid in het kader van een ander, uitgebreider advies over eerstelijnszorg waarmee de Raad al begonnen was en dat een langer tijdspad kende. De gesprekspartners hebben zich niet aan de inhoud van dit advies gecommitteerd. We danken alle gesprekspartners voor hun waardevolle inbreng. Om de visie van de Raad te kunnen gebruiken ter verrijking en reflectie in het visietraject als uitvloeisel van het IZA, heeft het ministerie van VWS de Raad gevraagd om eerst dit hoofdlijnenadvies op te stellen. Mogelijk zal de Raad op een later moment onderdelen van dit hoofdlijnenadvies verbreden en/of verdiepen.



Bezuidenhoutseweg 30

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

T +31 (0)70 340 5060

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving

