

AHEAD



ACTION FOR HEALTH AND EQUITY
ADDRESSING MEDICAL DESERTS

NATIONALE BELEIDSDIALOOG NEDERLAND



**BELEIDSOPTIES VOOR
HET BESTRIJDEN VAN
'ZORGWOESTIJNEN':
VERSCHRAGING IN DE
HUISARTSENZORG**

APRIL 2023



Inhoud

Inleiding	3
Doel van dit document	3
Methodologie voor consensusvorming.....	3
Wat zijn zorgwoestijnen?	4
De Nederlandse context.....	5
Woord vooraf	5
Over de term ‘zorgwoestijn’	5
Zorgverschraling in Nederland	5
Oplossingen om verschraling in de huisartsenzorg in Nederland tegen te gaan.....	7
Interventies op lokaal niveau	8
Interventies op nationaal niveau.....	9
Conclusies.....	14
Verder lezen	14



Medegefinancierd door
het gezondheidsprogramma van
de Europese Unie

De inhoud van dit document vertegenwoordigt alleen de standpunten van de auteurs en is hun eigen verantwoordelijkheid; het kan niet worden beschouwd als een weergave van de standpunten van de Europese Commissie en/of het European Health and Digital Executive Agency (agentschap) (HaDEA) of enig ander orgaan van de Europese Unie. De Europese Commissie en het agentschap aanvaarden geen enkele verantwoordelijkheid voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de informatie die het bevat.

Inleiding

Het project Action for Health and Equity, Addressing medical Deserts (AHEAD) richt zich op het verminderen van gezondheidsverschillen in Europa door het aanpakken van zogenaamde ‘zorgwoestijnen’, dat wil zeggen: gebieden waar sprake is van slechte (toegang tot) kwalitatief goede zorgvoorzieningen.

Het AHEAD-consortium bestaat uit partnerorganisaties in vijf verschillende landen in de Europese regio: Italië, Moldavië, Roemenië, Servië en Nederland. Als AHEAD-partnerorganisaties¹ streven we – met name in achtergestelde gebieden – naar betere en gelijke toegang tot gezondheidsdiensten en voldoende, goed geschoold en gemotiveerd zorgpersoneel. De vijf zeer verschillende projectlanden bieden een grote diversiteit aan uitdagingen en daarmee een uitgebreide mogelijkheid tot vergelijken en leren van elkaar. We richten ons op beleidsanalyse en onderzoek, het stimuleren van (digitale) innovatie in de gezondheidszorg en het toepassen van een participatieve werkwijze bij het ontwikkelen van opties voor (nieuw, verbeterd) gezondheidsbeleid.

Het project is medegefinancierd door de Europese Commissie (via het 3e Gezondheidsprogramma van het Directoraat-Generaal Gezondheid en Voedselveiligheid) en heeft een looptijd van ruim twee jaar, van april 2021 tot juni 2023. Meer informatie over de [teams](#), [missie en doelen](#) van AHEAD, en de [activiteiten](#) die gedurende de looptijd van het project zijn uitgevoerd, is te vinden via de links.

Doel van dit document

Dit document geeft een overzicht van mogelijke beleidsopties voor het bestrijden van het probleem van zorgvershraling in de huisartsenzorg in Nederland (zie ‘Zorgvershraling in Nederland’ voor de keuze voor dit specifieke deelonderwerp). Deze beleidsopties zijn ontwikkeld tijdens een serie van vier consensusvormingssessies in de geselecteerde case study gemeente Hollands Kroon, en vervolgens besproken met nationale belanghebbenden. Door deze stapsgewijze, participatieve aanpak was het mogelijk te komen tot deze selectie van *haalbare*, *aanvaardbare* en *context-specifieke* beleidsopties die kunnen worden toegepast om vershraling in de huisartsenzorg aan te pakken.

Methodologie voor consensusvorming

Uit de literatuur is bekend dat consensusvorming tussen de verschillende betrokken belanghebbenden bijdraagt aan een succesvolle implementatie van (nieuw, beter) gezondheidsbeleid. Als AHEAD-consortium hebben we ons daarom tot doel gesteld om een consensusvormingsmethodiek te ontwikkelen, te testen en te valideren, specifiek gericht op het succesvol tegengaan van zorgwoestijnen.

Alle AHEAD-landenteams hebben deze consensusvormingsmethodiek toegepast, indien nodig met enkele aanpassingen voor de eigen context. Dit resulteerde in ieder land in meerdere

¹ In Italië: Cittadinanzattiva; Moldavië: National Institute for Public Health Management; Nederland: VU Athena Institute, Wemos; Roemenië: Center for Health Policies and Services; Servië: Media Education Centre.

beleidsdialogen, zowel op lokaal niveau als op nationaal niveau, met de belangrijkste belanghebbenden op ieder niveau. Hiermee bereikt het AHEAD-project het volgende:

- De verschillende (groepen) mensen die op verschillende manieren te maken hebben met zorgwoestijnen krijgen een stem en daarmee inspraak in keuzes die hun leven en gezondheid beïnvloeden
- de verschillende belanghebbenden bespreken elkaars perspectieven en krijgen daardoor meer begrip voor elkaars standpunten en belangen
- de betrokken partijen krijgen een beter begrip van huidig beleid en de factoren daarin die bijdragen aan zorgwoestijnen;
- de verschillende belanghebbenden ontwikkelen meer betrokkenheid bij het beleidsvormingsproces, hetgeen kan bijdragen aan succesvollere implementatie van beleid(sveranderingen).

Deze consensusvormingsmethodiek is een *unique selling point* van AHEAD. Met de ontwikkeling en validatie van deze methodiek hopen wij een tweeledig doel te realiseren:

- *Tijdens* de projectimplementatieperiode wordt de methodiek geïmplementeerd in de landen van de AHEAD-partners, hetgeen bijdraagt aan de ontwikkeling van praktische, haalbare en context-specifieke beleidsopties die beleidsmakers in de vijf AHEAD-landen direct kunnen toepassen bij het tegengaan van zorgwoestijnen. Tevens wordt de methodiek geëvalueerd en gevalideerd, en zal AHEAD een praktisch document ontwikkelen met richtlijnen, tips en adviezen over het uitvoeren van de methodiek.
- *Na* de projectperiode kunnen andere geïnteresseerde partijen de methodologie in hun eigen context toepassen. Hiermee hoopt AHEAD te kunnen bijdragen aan de aanpak van zorgwoestijnen in andere landen dan alleen de AHEAD-partnerlanden.

Meer details over de AHEAD consensusvormingsmethodiek vindt u via [deze link](#).

Wat zijn zorgwoestijnen?

In de beginfase van het AHEAD-project voerden we een literatuuronderzoek uit om het begrip 'zorgwoestijn' beter te definiëren. Op basis van een grondige beoordeling van wetenschappelijke studies zijn we tot de conclusie gekomen dat het een complex concept is, met vele dimensies, die alle een eigen (deel)definitie vereisen. Dit wordt gereflecteerd in de volgende werkdefinitie van zorgwoestijn:

Een zorgwoestijn is het eindpunt van een complex proces dat 'verwoestijning' (Engels: 'medical desertification') kan worden genoemd en dat wijst op:

- een voortdurend en toenemend onvermogen
- van een bepaalde bevolkingsgroep
- om op een tijdige en contextueel relevante manier
- toegang te krijgen tot gezondheidszorg, d.w.z. cure, care en preventie in brede zin.

Een uitgebreide uitleg van de definitie is te lezen op de [website van AHEAD](#).

De Nederlandse context

Woord vooraf

In de Nederlandse context is Wemos verantwoordelijk voor het uitvoeren van de AHEAD-activiteiten, en tevens projectleider van het AHEAD-consortium. Het zal duidelijk zijn dat de kwaliteit van zorg en toegang tot zorg in de deelnemende landen van AHEAD erg van elkaar verschillen; Nederland presteert beter, soms véél beter, dan de andere deelnemende landen op verschillende indicatoren. Toch zijn er in Nederland zorgwekkende ontwikkelingen, zoals huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en spoedeisende hulpdiensten die steeds vaker hun roosters niet rond krijgen vanwege personeelstekorten. Of groeiende wachtlijsten in de jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg. Of toenemende gezondheidsachterstanden bij specifieke bevolkingsgroepen. Binnen AHEAD beschouwen wij dat niet zozeer als een 'zorgwoestijn' in de extreme betekenis - dat wil zeggen: een gebied waar niets is - maar wel als 'verwoestijning' - dat wil zeggen: een gebied met een *achteruitgang* in kwaliteit van en toegang tot zorg.

Over de term 'zorgwoestijn'

De term 'zorgwoestijn' is een letterlijke vertaling van de Engelse term 'medical desert', dat weer een rechtstreekse vertaling is van 'désert medical', een vrij gebruikelijke term in Frankrijk, waar de term voor het eerst gebruikt werd. Echter, tijdens de onderzoeksfase en de gesprekken in Nederland werd snel duidelijk dat de Nederlandse term veel weerstand oproept.

Omdat het in Nederland niet gaat om een absoluut ontbreken van (kwaliteit van en toegang tot) zorgvoorzieningen, maar om een (gedeeltelijke, gelokaliseerde) verslechtering ervan, is voor de rest van het huidige document gekozen voor de term 'zorgverschraling'.

Zorgverschraling in Nederland

Zorgverschraling is een complex fenomeen met verschillende manifestaties in verschillende contexten. Op basis van beschikbare statistische gegevens en bevindingen uit het AHEAD-onderzoek in de Nederlandse context (zie "Verder lezen") zijn de volgende manifestaties van zorgverschraling in Nederland geïdentificeerd:

- Grotere afstand tot passende gespecialiseerde zorg
 - Veroorzaakt door centrale besluiten over concentratie van bepaalde gespecialiseerde zorgcentra, bijvoorbeeld kindercardiologie.
- Verhoogde financiële drempel om toegang te krijgen tot passende zorg
 - Veroorzaakt door de verhoging van het eigen risico.
- Groeiende wachtlijsten voor complexe psychiatrische zorg

- In ieder geval gedeeltelijk veroorzaakt door de hervorming van het Nederlandse zorgstelsel in 2006, die marktwerking in de zorg introduceerde, met als doel hogere kwaliteit en lagere prijzen. In sommige vakgebieden, zoals de psychiatrie, heeft dit ertoe geleid dat zorgverzekeraars en ggz-aanbieders contracten hebben afgesloten met vrij lage gemiddelde prijzen per behandeling. Dit stimuleert de aanbieder om alleen cliënten te accepteren met een relatief minder complexe zorgvraag; als de cliënten complexere zorg nodig hebben, leidt dit tot hogere kosten, die niet worden vergoed door de zorgverzekeraar.
- Andere oorzaken van deze wachtlijsten zijn: capaciteitsproblemen (d.w.z. vermindering van het aantal bedden) in intramurale voorzieningen (ingegeven door de wens om kosten te besparen) en personeelstekorten.
- Groeiende wachtlijsten jeugdzorg
 - Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor het organiseren en uitbesteden van jeugdzorg. De decentralisatie van deze verantwoordelijkheid ging gepaard met een bezuiniging, in een poging de totale Nederlandse zorguitgaven te verminderen. De budgetplafonds, in combinatie met een toename van het aantal jongeren dat complexere zorg zoekt, heeft geleid tot wachtlijsten van gemiddeld 10 maanden.
- Belemmeringen in de toegang tot gezondheidszorg voor anderstaligen
 - Stopzetting van de financiële vergoeding van tolken voor patiënten met onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal (2012).
- Ontwikkelingen met een negatieve invloed op de toegang tot huisartsenzorg zijn onder meer de neiging van jonge huisartsen om deeltijds te willen werken in plaats van voltijds, en hun voorkeur om in meer stedelijke gebieden te werken, waar hun echtgenoten betere baankansen hebben dan op het platteland. Ook is de algemeen aanvaarde norm voor het aantal patiënten per voltijdse huisarts (waarbij nog steeds kwalitatief goede zorg is gewaarborgd) verlaagd van 2350 patiënten naar 2095 in 2018, met als gevolg een grotere vraag naar huisartsen – die niet beschikbaar zijn, waardoor er (tijdelijke) wachtlijsten en 'patiëntenstops' ontstaan. Op het moment van schrijven van dit document heeft ca. 60% van alle huisartsenpraktijken een patiëntenstop². Een extra complicatie op het platteland is dat veel van de huisartsen daar de pensioengerechtigde leeftijd bereiken en moeite hebben om een vervanger te vinden, wat in extreme gevallen leidt tot sluiting van de huisartsenpraktijk. Dit betekent dat haar patiënten een andere huisarts moeten zoeken, die verder weg kan zitten en/of geen nieuwe patiënten kan aannemen.

Na eerste analyses van beschikbare literatuur, rapporten en andere publiek beschikbare documenten, is ervoor gekozen om het onderzoek in Nederland, evenals de participatieve beleidsvorming, te concentreren op verschraving in de huisartsenzorg. Vervolgens is de gemeente Hollands Kroon, gelegen in de Kop van Noord-Holland, geselecteerd als gebied voor de case study. Om tot deze keuze te komen hebben wij een uitgebreide trechtermethode gehanteerd. Voor meer informatie hierover verwijzen wij u naar het Engelstalige onderzoeksrapport ([longread](#)) of het Nederlandse onderzoeksrapport ([samenvatting](#)).

² <https://www.trouw.nl/zorg/hoge-werkdruk-dwingt-huisartsen-tot-patientenstop-ik-werk-49-uur-per-week~b3b15a6c/>

Oplossingen om verschraling in de huisartsenzorg in Nederland tegen te gaan

Conform de AHEAD-methode zijn in de gemeente Hollands Kroon drie single-stakeholder-sessies en één multi-stakeholder-sessie gehouden, die de volgende beleidsopties hebben opgeleverd.

A. Vergroot het aanbod van huisartsen op het platteland door:

1. aantrekkelijker maken van de regio
2. aantrekkelijker maken van het beroep van huisarts door de administratieve lasten te verminderen
3. invoeren van een centraal vestigingsbeleid voor huisartsen in gebieden waar (de kans op) zorgverschraling problematisch is.

B. Verlaag de vraag naar huisartsenzorg op het platteland door:

4. (meer) investeringen in wijkzorg en positieve gezondheid³
5. meer en betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde
6. het verbeteren van de navigatie van de patiënt door het zorgsysteem
7. het vergroten van het vermogen van patiënten tot zelfhulp en zelfverwijzing.

C. Verbeter de kwaliteit van zorg door:

8. verbetering van de communicatieve vaardigheden van artsen
9. verbetering van de kwaliteit van digitale zorgverlening en elektronische communicatie tussen zorgverleners
10. verbetering van de effectiviteit en efficiëntie van het verwijssysteem, met name tussen cure, care en preventie.

³ <https://www.iph.nl/en/positive-health/what-is-it/>

Interventies op lokaal niveau

De deelnemers aan de sessies concludeerden dat voor de volgende opties lokale interventies zouden kunnen volstaan om een begin te maken met het oplossen van de meest urgente uitdagingen:

A1 Maak de regio aantrekkelijker:

Gesuggereerd werd om onderzoek te doen naar de beweegredenen van sommige jongeren om in Hollands Kroon te wonen, om daarmee ook jonge huisartsen te bewegen om in Hollands Kroon te komen werken. Ook werd gedacht aan een promotiecampagne, met steun van BN'ers afkomstig uit Hollands Kroon, als lokale ambassadeurs. Deelnemers willen tevens de mogelijkheden verkennen om de huisvestingsproblemen van nieuwe huisartsen te helpen oplossen. Daarnaast was er animo voor het proactief ontwikkelen van een visie op groene en duurzame huisartsenzorg in de regio, aangezien veel jonge huisartsen daar interesse in hebben en zich waarschijnlijk aangetrokken voelen tot een werkomgeving die daar serieus mee bezig is.

B4 Investeer (meer) in wijkzorg en interventies op het gebied van positieve gezondheid:

Gezondheids- en zorgorganisaties in Hollands Kroon hebben verschillende initiatieven in deze richting genomen. Dergelijke goede praktijken zouden meer gepromoot kunnen worden, ook met de bedoeling jonge huisartsen aan te trekken. Dit sluit goed aan bij de inspanningen op nationaal niveau om meer aandacht te besteden aan primaire preventie, volksgezondheid en brede welvaart, om de ziektelast te verminderen en zorgverlening in de secundaire en tertiaire zorg te ontlasten. Dit geldt ook voor interventies in het sociale en maatschappelijke domein die worden aangeboden door vrijwilligers.

Meer in het algemeen wordt erkend dat het algehele tekort aan zorgpersoneel de huidige hoge standaard van zorg in Nederland in gevaar brengt, niet alleen in gebieden met (een hoog risico op) zorgvershraling. Deelnemers hebben het gevoel dat de samenleving als geheel zou moeten erkennen dat ons huidige gezondheidssysteem onhoudbaar is, zowel financieel als wat betreft de benodigde arbeidskrachten, en dit vereist een fundamentele heroverweging. Zoals een van de deelnemers opmerkt: "Politici zouden de moed moeten hebben om dit debat op maatschappelijk niveau aan te gaan."

B5 Vergroot/verbeter de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde:

Het idee ontstond om een proefproject te starten in Hollands Kroon. Zo'n initiatief kan de aantrekkelijkheid voor huisartsen vergroten om in Hollands Kroon te komen werken. Er werd echter erkend dat deze benadering ook door nationale actoren moet worden onderzocht en toegepast voor een langduriger en structurelere oplossing.

B6/7 Patiëntnavigatie door het zorgsysteem verbeteren:

De lokale ouderenbelangenorganisatie heeft zich gecommitteerd aan het actualiseren, drukken en verspreiden van de lokale Sociale Kaart onder hun leden. Ze hebben ook vrijwilligers die ouderen helpen bij hun navigatie door het systeem; de aanwezigheid van veel, nog relatief gezonde, gepensioneerden is een pluspunt en daar moet zoveel mogelijk gebruik van worden gemaakt.

C10 Effectiviteit en efficiëntie van het verwijssysteem verbeteren, met name tussen cure, care en preventie:

De uitdagingen met betrekking tot het gebrek aan effectiviteit en efficiëntie in het huidige functioneren van het verwijssysteem waren acuut voelbaar. Lokale initiatieven zullen worden besproken om deze aan te pakken.

Interventies op nationaal niveau

De resterende beleidsopties overstijgen het mandaat en de invloedssfeer van het lokale niveau en werden daarom besproken tijdens de nationale consensusvormingssessie. Onder de deelnemers waren vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, de preferente regionale zorgverzekeraar in Hollands Kroon (VGZ), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Organisatie van Aspirant-Huisartsen (LOVAH), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Landelijke Vereniging van Kleine Kernen (LVKK), evenals vier vertegenwoordigers van de lokale consensusvormingssessies. Deze discussie resulteerde in het volgende overzicht van oplossingen op nationaal niveau en hun potentieel:

A2 Maak het huisartsenberoep aantrekkelijker door de administratieve lasten te verminderen

De hoge administratieve lasten, in combinatie met de gepercipieerde overbodigheid en zinloosheid van veel administratieve taken, vormen de kern van de onvrede van huisartsen en zijn onderwerp geweest van beleidsdiscussies, stakingen en demonstraties. Er wordt naar gestreefd deze last te verminderen.

Tijdens de landelijke bijeenkomst werden de volgende aanvullende opmerkingen gemaakt:

- Het programma “[Ont]Regel de Zorg” (2018-2025) is een initiatief van het Ministerie van VWS, samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Nederlandse Zorgautoriteit en zorgverzekeraars, met als doel de regeldruk en administratieve lasten in de Nederlandse zorg te verminderen. Dit initiatief heeft geresulteerd in een aantal maatregelen, onder meer voor huisartsenzorg⁴ en voor doorverwijzing⁵. Niet al deze maatregelen worden echter in de praktijk doorgevoerd, omdat mensen zich er niet van bewust zijn dat deze maatregelen zijn genomen en de regeldruk kunnen verminderen. Tegelijkertijd worden er juist ook nieuwe regels en verantwoordelijkheden ingevoerd. Het netto-effect op de verlaging van de administratieve lasten is daarom niet bekend.
- In het recent (2022) overeengekomen Integrale Zorgakkoord (IZA) is de ambitie opgenomen om de administratieve lasten in 2025 met 5%-punt te verminderen (ten opzichte van 2020).
- Sinds januari 2022 is er een nieuwe wet die de markttoetreding voor aanbieders van zorg en jeugdzorg regelt, inclusief invoering van een vergunningensysteem⁶. Deze wet zorgt voor veel extra werk voor startende huisartsen, wat geneeskundestudenten zal demotiveren om voor de specialisatie huisarts te kiezen en/of een eigen praktijk te beginnen.
- Er is een tendens om de praktische, dagelijkse leiding van huisartsenpraktijken (inclusief personeelsmanagement, bij grote praktijken met veel ondersteunend personeel) uit te besteden

⁴ <https://www.ordz.nl/> en <https://www.ordz.nl/huisartsen>

⁵ www.verwijsafspraken.nl

⁶ Wtza, <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/>

aan een praktijkmanager, of aan externe partijen. Er zijn ook initiatieven om mentorsystemen op te zetten tussen jonge huisartsen en meer ervaren huisartsen, waarbij ook dit specifieke aspect aandacht krijgt.

- Er is ook een groeiend aantal grote, commerciële bedrijven die huisartsenpraktijken exploiteren. Ze werken met artsen wier kerntaak zich beperkt tot het zien van patiënten; administratie, beheer, onderhoud van website en patiëntenportaal wordt verzorgd door de commerciële partij. Een deel van deze bedrijven wordt momenteel door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd en de Nederlandse Zorgautoriteit onder de loep genomen⁷, naar aanleiding van een groot aantal ingediende klachten, onder meer van burgers in Hollands Kroon.

A3 Implementeer een centraal vestigingsbeleid voor huisartsen

Een dergelijk beleid kan variëren van het motiveren, stimuleren en faciliteren van nieuwe huisartsen om zich in bepaalde gebieden te vestigen, of het ontmoedigen van vestiging in andere gebieden (met in principe voldoende huisartsen per populatie), tot een sturend beleid voor het toewijzen van opleidings- en praktijklocaties.

Dit beleid kan worden uitgevoerd met financiële prikkels, maar de ervaring in Scandinavië en Frankrijk leert dat deze een beperkte invloed hebben op het vestigingsgedrag van huisartsen; niet-monetaire factoren bleken belangrijker te zijn, zoals een prettige leefomgeving. Ook (leer-)ervaring op het platteland lijkt de kans te vergroten dat huisartsen zich op het platteland vestigen: mensen blijven vaak werken in de regio waar ze zijn opgeleid. In Groningen is de opleiding geneeskunde van het UMCG en de RUG in 2021 gestart met een nieuwe stage voor tweedejaars masterstudenten. In de extramurale stage van 12 weken krijgen de studenten de kans om werkervaring op te doen buiten de muren van het ziekenhuis, bijvoorbeeld als huisarts in een landelijk gebied.

Aanvullende opmerkingen:

- De optie wordt gezien als 'spannend', 'interessant' en 'complex'. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk wie een dergelijk beleid moet voorschrijven, uitvoeren en handhaven.
- De ervaring leert dat opleidingsplaatsen niet altijd bezet zijn, bijvoorbeeld in Twente (oosten van het land), terwijl de vraag naar opleidingsplaatsen in Amsterdam groter is dan het aanbod.
- Het risico van een verplichte huisartseninzet of -opleidingsplek is dat dit studenten geneeskunde ontmoedigt om huisartsgeneeskunde als specialisatie te kiezen.
- In een verplicht plaatsingsbeleid moet aandacht zijn voor de huisvestingsproblematiek, zowel voor de benodigde woningen als voor praktijkruimten. Onderhoud, renovatie, nieuwbouw, verhuizen is duur en voor de (beginnende) huisarts vrijwel niet te bekostigen binnen de huidige tariefstructuur. Bovendien heeft de verschuiving van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg gevolgen voor de benodigde praktijkruimte. “Dankzij de tendens om patiënten in de eerste lijn te behandelen in plaats van in de tweede lijn, wordt er bespaard in bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg, maar die besparingen worden vervolgens niet geïnvesteerd in het verbeteren van de eerstelijnszorg om deze extra patiëntenstroom te managen.”

⁷ Zie [IGJ en NZa doen gezamenlijk onderzoek naar innovatieve ketens van huisartsenzorg | Nieuwsbericht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)

Er zijn veel verschillende aspecten aan het huisvestingsprobleem, waaronder:

- Er is een groot verschil tussen de noodzakelijke randvoorwaarden en voorzieningen voor eenpersoonspraktijken en groepspraktijken (en andere vormen), en dus ook in hoe deze gestimuleerd en gefaciliteerd kunnen worden, bijvoorbeeld door de gemeente. “Als je [als gemeente] een groepspraktijk wilt, zijn grotere grotere ruimtes nodig en dan moet je als gemeente bijspringen.”
- ‘Bijspringen door de gemeente’ kan worden gezien als staatssteun in een vrijemarktsector, of als vriendjespolitiek als de ene praktijk/huisarts die gemeentelijke steun wel krijgt en de andere niet. Sommige gemeenten zijn daar dan ook erg terughoudend in, terwijl andere gemeenten de mogelijkheden zoeken (en vinden) binnen bestaande wet- en regelgeving. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft nog niet helemaal besloten hoe zij haar leden hierover gaat adviseren. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft recent onderzoek op dit gebied afgerond, dat binnenkort wordt besproken met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Een gemeente die huisvestingsproblemen financieel helpt oplossen, kan ook eisen stellen om alleen die praktijken te ondersteunen die de gemeente wenselijk acht.
- Good practice: de provincie Friesland stelt (tot een bepaald maximum) subsidies beschikbaar voor de renovatie en aanpassing van huisartsenpraktijken, met als doel het aantrekkelijker te maken om zich daar te vestigen.
- In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is ook een afspraak gemaakt over huisvestingsproblemen van huisartsenpraktijken. Op dit moment worden richtlijnen landelijk nader uitgewerkt.

B4/5 Vergroot de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners, waaronder specialisten ouderengeneeskunde

In Hollands Kroon is geconstateerd dat taakverschuiving in de huisartspraktijk, zoals het aanstellen van een praktijkondersteuner (POH) en praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ), die de huisarts ontlast en een goede vorm van zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Ook wordt er veel geïnvesteerd in Positieve Gezondheid en andere vormen van (informele) zorg en interventies in het sociaal domein. De verwachting voor de toekomst van Hollands Kroon is dat er meer mensen zullen zijn die langer thuis blijven wonen, maar in die thuissituatie wel zorg en ondersteuning nodig hebben. Dit geldt ook voor de rest van Nederland en daarom is dit een relevante beleids optie.

Door meer samenwerking kan de specialist ouderengeneeskunde patiënten zien die veel naar de huisarts gaan, vaak nog thuis wonen en specifieke zorg nodig hebben (waaronder bijvoorbeeld palliatieve). De verwachting is dat beide specialismen hierdoor aantrekkelijker worden: de huisarts wordt ontlast en kan meer tijd besteden aan andere patiënten; en geriatrische zorg kan interessanter worden omdat zorg niet in instellingen maar in de gemeenschap wordt verleend. Er is al een landelijke discussie over 'medisch generalistische zorg' gaande, waarbij het ook gaat om de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Er kan dus worden geconcludeerd dat er verschillende initiatieven lopen om deze beleids optie uit te voeren.

Aanvullende opmerkingen:

- Implementatie is niet eenvoudig. De huidige geldstromen vormen een belemmering, omdat de huisartsenzorg wordt bekostigd door de zorgverzekeraars en de langdurige ouderenzorg via de gemeente. Het uitzoeken en regelen van deze vergoedingsstructuren is tijdrovend en duur voor de individuele huisarts, dus onwenselijk in de huidige bekostigingscontext – en ook onwenselijk binnen de eerder geformuleerde ambitie om de regeldruk te verlagen.
- Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over wie van de twee eindverantwoordelijk is voor de zorg voor deze patiënten.
- Helaas is er ook een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Meer taken hun kant op sturen verhoogt hun werkdruk en kan leiden tot minder instroom en meer uitstroom. Het is beter om in te zetten op meer en betere samenwerking tussen beschikbaar personeel en afspraken te maken voor goede zorg voor de oudere kwetsbare patiënt met alle dienstverleners in de omgeving, inclusief in het sociale domein.
- Dit scenario is niet alleen denkbaar in 'zorgwoestijnen', want overal in Nederland is sprake van vergrijzing, ongeacht de mate van verstedelijking. Daarom mogelijk een relevante optie.
- Bovendien, en in navolging van constatering in de discussie met lokale belanghebbenden, vergroot het tekort aan zorgpersoneel in het algemeen de noodzaak om toevlucht te nemen tot interventies in de wijk en het sociale domein die worden aangeboden door vrijwilligers. Een initiatief als "Nederland zorgt voor elkaar" (NLZVE)⁸, een landelijk netwerk van burgerinitiatieven, heeft al meer dan 2000 geregistreerde activiteiten die bijdragen aan gezondheid en welzijn van buurtgenoten. Dit initiatief wordt mede mogelijk gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid.

C8 Verbetering van de communicatieve vaardigheden van artsen

In de huisartsenopleiding zou (zo snel mogelijk) meer aandacht moeten komen voor een betere communicatie met patiënten (slechtnieuwsgesprekken, empathie, inschatten of de patiënt de verstrekte informatie begrijpt, jargon vermijden, etc.). Tijdens de sessies in Hollands Kroon werd aangegeven dat ook al lijkt de situatie te verbeteren, er nog een wereld te winnen is, aldus de deelnemers. In deze sessie werd ook gesteld dat als de zorg goed is (inclusief de communicatie tussen arts en patiënt) het voor de patiënt geen probleem is om verschillende huisartsen te zien. De norm van 'twee vaste huisartsen per praktijk per patiënt' blijft wenselijk, maar is voor deze deelnemer(s) daarom geen absoluut kwaliteitscriterium.

Aanvullende opmerkingen:

- Aandacht voor betere communicatieve vaardigheden is goed geïntegreerd in de huidige huisartsenopleiding. Je zou kunnen zeggen dat de minder communicatieve huisartsen een uitstervend ras vormen.
- Tegelijkertijd moet er meer aandacht komen voor het (beter) informeren van patiënten over het soort zorg dat de huisarts levert. Een belangrijke oorzaak van hoge werkdruk zijn patiënten die herhaaldelijk de huisarts bezoeken voor zorg die bij andere zorgverleners hoort. Dit draagt bij aan tijdsdruk in de huisartsenpraktijk, waardoor zij/hij minder tijd heeft voor andere patiënten.

⁸ <https://nlzorgvoorelkaar.nl/default.aspx>

- Deze actielijn kan bestaan uit voorlichtingscampagnes van: huisartsen naar hun patiënten; zorgverzekeraars aan hun verzekerden; gemeenten aan hun inwoners.

C9 Verbeter de kwaliteit van digitale zorgverlening en elektronische communicatie tussen zorgverleners

Zowel huisartsen als patiënten hebben last van slecht functionerende digitale platformen en slecht aangesloten en op elkaar afgestemde ICT-systemen in de zorg. Tijdens de sessies in Hollands Kroon kwamen de volgende onderwerpen aan bod: de noodzaak van selectieve uitrol van e-health bij die groepen waar het goed werkt; huisartsen stimuleren om waar mogelijk effectieve vormen van e-health toe te passen; het implementeren van (een vorm van) zelftriage door de patiënt om te bepalen of een e-consult een acceptabele vorm van zorg is voor zijn specifieke zorgvraag en/of dit als optie aanbieden in de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) in de patiëntenportaal van de huisarts.

Daarnaast is meer wetenschappelijke kennis nodig over de effectiviteit en wenselijkheid van e-health toepassingen zoals videobellen (of: deze kennis moet beter gedeeld worden), zoals voor wie (welke sociaal-demografische groepen) en voor welke dienstverlening deze toepassingen geschikt zijn. En meer uitwisseling van ervaringen tussen zorgverleners zou hen kunnen aanzetten om dergelijke applicaties vaker te gebruiken.

Tot slot moeten websites en patiëntenportalen goed functioneren en gebruiksvriendelijk(er) gemaakt worden. Aangezien er geen normen zijn voor de inrichting van een elektronische zorgomgeving, zou een keurmerk voor websites en andere vormen van elektronische communicatie wenselijk zijn.

Aanvullende opmerkingen:

- Zorgverzekeraars Nederland (de koepel van elf zorgverzekeraars in Nederland) werkt aan standaarden in samenwerking met o.a. het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Onder de naam Zorgtransformatiemodel wordt gewerkt aan een 'etalage' van e-health toepassingen waar meer informatie wordt gegeven over de toegevoegde waarde van de verschillende toepassingen en die uiteindelijk moet leiden tot een keuzehulp.
- Het is belangrijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen digitale gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en met de patiënt versus de digitalisering van het zorgproces zelf, via e-consulten, e-health, etc.
- Er zijn veel haperingen in de overdrachten tussen eerstelijns, tweedelijns en tertiaire zorg. Scandinavische landen lopen voorop op het gebied van elektronische patiëntendossiers, omdat dit centraal is geïmplementeerd; hier in Nederland stemde de Eerste Kamer 10 jaar geleden tegen een gestandaardiseerd elektronisch patiëntendossier, wat betekent dat elektronische gegevensuitwisseling aan de markt wordt overgelaten.
- In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en tussen patiënten en hun zorgverleners verbeterd moet worden. Ook hiervoor is er een nieuwe wet, getiteld Werken aan gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz)⁹.

⁹ <https://nictiz.nl/wat-we-doen/programmas/werken-aan-wegiz/>

- Huisartsen moeten aangemoedigd worden om e-health toepassingen te gebruiken. Dit zou al tijdens de opleiding moeten worden gepromoot en in elke huisartsenpraktijk moeten worden aangemoedigd.
- Digitale zorg- en dienstverlening moet niet 'in plaats van' zijn, maar 'ter ondersteuning van'.
- Commerciële partners voor wie digitale zorg (onderdeel van) hun bedrijfs- (en winst)model wordt, ondermijnen het hoge niveau van huisartsenzorg in Nederland.
- Er zou beter en objectiever gecommuniceerd moeten worden naar huisartsen over de mogelijkheden voor de ICT-systemen en digitalisering van hun praktijk, alsmede over zelf doen versus uitbesteden van bijvoorbeeld praktijkmanagement.
- Citaat: “Blijkbaar gaat er zoveel geld rond in Nederland dat we het ons kunnen veroorloven miljoenen uit te geven aan ICT-systemen die incompatibel en niet interoperabel zijn.”

Conclusies

- Verschillende van de beleidsoplossingen waarvoor beslissingen en maatregelen op nationaal niveau nodig zijn, worden al uitgevoerd (sommige pas recentelijk) en hun potentieel is nog niet volledig gerealiseerd. Het blijft de vraag in hoeverre gebieden met (een hoog risico op) zorgvershraling kunnen wachten tot deze maatregelen merkbare positieve resultaten opleveren, of dat zij op korte termijn aanvullende maatregelen nodig hebben.
- Inmiddels worden verschillende lokale initiatieven gerealiseerd om de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg (waaronder huisartsenzorg) op het platteland te verbeteren, niet alleen in Hollands Kroon, maar ook elders in Nederland. Daarnaast zijn er in het hele land ruim 2000 burgerinitiatieven die gericht zijn op het vergroten van het welzijn van burgers op het gebied van cure, care, preventie en het sociale domein. Dergelijke initiatieven kunnen de werkdruk in de eerste lijn helpen verlichten.
- De roep om een maatschappelijk debat over de houdbaarheid van het huidige Nederlandse zorgstelsel – zowel financieel als op het gebied van zorgpersoneel – is opmerkelijk. Alle belanghebbenden, inclusief patiënten en burgers, zien dat het systeem onhoudbaar is en er is gepleit voor fundamentele veranderingen, maar het huidige verhaal is nog steeds dat de situatie kan worden opgelost door tweaks, (quick) fixes en technologische en digitale innovaties. Een maatschappelijk debat, met bijvoorbeeld de oprichting van een Burgerberaad, zou de weg kunnen effenen voor een fundamentele heroverweging van de huidige paradigma's voor gezondheid, zorg en welzijn in Nederland.

Verder lezen

- Volledig AHEAD onderzoeksrapport Nederland, [Engelstalig](#) (68 pagina's)
- Samenvatting AHEAD onderzoeksrapport Nederland, [Nederlandstalig](#) (26 pagina's)