

Discussiedocument 2.0 - Visie versterking organisatie eerstelijnszorg 2030

versie 16 mei 2023

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	2
2. Probleemanalyse & urgentie	3
3. Onze missie voor 2030.....	6
4. Reikwijdte en invulling van de eerstelijnszorg in 2030	7
5. Veranderopgaven voor de eerstelijnszorg	9
6. Versterking van organisatie en samenwerking van de eerstelijnszorg.....	15
7. Randvoorwaarden	18

Grafische weergave opbouw discussiedocument



Status van dit document/disclaimer

Dit document is tot stand gekomen na een periode van intensieve overleggen op bureau- en bestuurlijk niveau met alle landelijke partijen die betrokken zijn bij het visietraject eerstelijnszorg 2030, in het kader van het Integraal Zorgakkoord. Het betreft een 'discussiedocument' (of werkdocument). Dit document is uitdrukkelijk nog niet de visie op de eerstelijnszorg in 2030, maar een tussenproduct op weg naar die visie. Deze versie van het document is nog niet voorgelegd aan bestuurders of achterbannen van betrokken partijen en over de inhoud en teksten bestaat dus nog geen consensus onder partijen. Dit document wordt de komende maanden gebruikt om in verschillende samenstellingen en vormen het gesprek over de toekomst van de eerste lijn te voeren. Betrokken partijen hebben daarom gestreefd naar een tekst die dat gesprek faciliteert. Na de zomer

28 van 2023 zal op basis van dit discussiedocument en de gesprekken die de komende maanden worden
 29 gevoerd een definitieve visie op de eerstelijnszorg in 2030 met een plan van aanpak worden
 30 opgesteld.

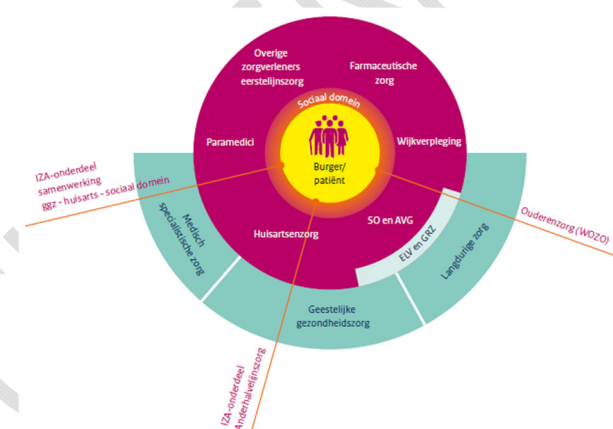
31 In Appendix 1 is een begrippenlijst opgenomen met definities van de belangrijkste begrippen in dit
 32 document.

33 1. Inleiding

34 De eerstelijnszorg is van grote waarde voor de Nederlandse gezondheidszorg. Iedereen in Nederland
 35 maakt er gebruik van; van jong tot oud en van vitaal tot kwetsbaar. De eerstelijnszorg is er -onder
 36 andere- voor jonge ouders met een zieke baby, voor sporters met een blessure, maar ook voor
 37 chronische patiënten, voor kwetsbare ouderen en voor palliatieve zorg in de laatste dagen in het leven.

38 De eerstelijnszorg is vaak het eerste moment dat
 39 burger en gezondheidszorg elkaar treffen. De
 40 eerstelijnszorg beantwoordt een groot deel van de
 41 zorgvragen zelf; veelal monodisciplinair. Daarnaast
 42 heeft de eerstelijnszorg een spilfunctie bij het
 43 doorverwijzen van specialistische zorgvragen.
 44 (Figuur 1). De eerstelijnszorg is cruciaal voor het
 45 toegankelijk en betaalbaar houden van de
 46 gezondheidszorg in Nederland.

47 Dit is niet vanzelfsprekend. De zorg staat onder
 48 druk. De komende jaren stapelen de uitdagingen
 49 zich op; van toenemende vergrijzing en complexere
 50 gezondheidsproblemen tot een tekort aan
 51 zorgpersoneel. Deze ontwikkelingen raken de eerstelijnszorg nadrukkelijk. De toegankelijkheid en
 52 kwaliteit van zorg wordt hierdoor bedreigd.



Figuur 1. Plaats van de eerstelijnszorg in het stelsel. Bron: IZA

53 In dit discussiedocument staat hoe de eerstelijnszorg in 2030 ons zorgstelsel houdbaar en bestendig
 54 houdt. Of, zoals het in het Integraal Zorgakkoord (IZA) staat: *“Borging van houdbaarheid van het stelsel
 55 begint bij het toekomstbestendig maken, organiseerbaar houden van de eerste lijn”*. Het bijbehorende
 56 plan van aanpak kent, in lijn met het IZA, een looptijd van vier jaar (2023 – 2026).

57 Dit discussiedocument is de visie van 15 eerstelijnszorgspartijen in Nederland en bevat het perspectief
 58 van patiënten, zorgprofessionals, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, gemeenten en Rijksoverheid¹.
 59 Vanaf dit punt in het document zijn ‘we’ deze partijen.

60 We trekken samen op in de uitvoering van deze visie; in een meerjarig veranderproces, met een
 61 gezamenlijke opdracht voor burgers, zorgprofessionals, Rijksoverheid, gemeenten en zorgverzekeraars.
 62 Een toekomstbestendige eerstelijnszorg vraagt verandering van ons allemaal.

63 Iedere partij in de eerstelijnszorg op lokaal, regionaal en landelijk niveau gaat -vanuit de eigen professie-
 64 actief aan de slag met het realiseren van deze collectieve opdracht. Deze verantwoordelijkheid gaat
 65 breder dan de eerstelijnszorg. De visie bouwt voort op de analyses uit het IZA en sluit aan op de
 66 uitwerking van andere IZA-thema's². Daarnaast sluit de visie aan bij andere integrale akkoorden zoals
 67 het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) en het Gezond en Actief Leven

¹ Actiz, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NVAVG, Paramedisch Platform Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vormden samen de kerngroep in dit traject.

² In het bijzonder IZA thema's *Regionale samenwerking, samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz, digitalisering en gegevensuitwisseling en arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals*

68 Akkoord (GALA). Ook ontwikkelingen ten aanzien van (alternatieven voor) overheveling van behandeling
69 van Wlz naar Zvw hebben impact op de eerstelijnszorg.

70 **2. Probleemanalyse & urgentie**

71 De knelpunten in de eerstelijnszorg voor de komende jaren zijn omvangrijk en urgent. Ze spelen op dit
72 moment al op veel plekken in Nederland. Tegelijk zien we diverse kansen om deze problemen het hoofd
73 te bieden. We delen de noodzaak om samen aan de slag te gaan. Niets doen is geen optie.

74 **Toegankelijkheid onder druk door toenemende zorgvraag**

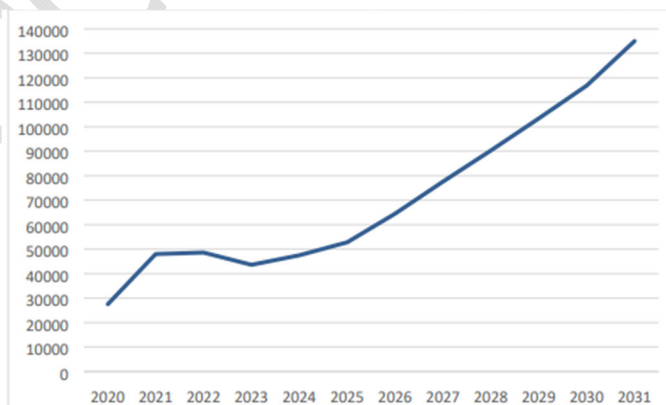
75 De zorgvraag neemt de komende jaren sterk toe. De (dubbele) vergrijzing piekt in 2040³ en leidt tot
76 meer en complexere zorgvragen⁴. Ouderen wonen bovendien langer thuis⁵, ook bij toenemende
77 kwetsbaarheid in sociaal, verpleegkundig en medisch opzicht⁶. Deze (extra) zorgvraag wordt
78 beantwoord door eerstelijnszorgprofessionals, vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), door
79 zorgprofessionals in de tweedelijnszorg en in het sociaal domein.

80 De gezondheid van de Nederlandse bevolking verslechtert. In 2030 heeft 40% van de bevolking een
81 chronische ziekte⁷. In dezelfde periode groeit ook het aantal inwoners van Nederland.

82 Al deze ontwikkelingen en het gestapeld effect daarvan op de zorgvraag vergroot de druk op de
83 toegankelijkheid van de eerstelijnszorg.

84 **Het aantal zorgprofessionals in de eerstelijnszorg staat onder druk: geen extra capaciteit**

85 Personeelsschaarste is op dit moment, maar
86 zeker ook de komende jaren, een groot
87 knelpunt⁸. Figuur 2 toont de prognose voor
88 het personeelstekort in de gehele zorg- en
89 welzijnssector⁹. Ook in de eerstelijnszorg
90 worden (zeer) grote tekorten verwacht.
91 Tegelijk zijn er minder informele alternatieven
92 voor zorg beschikbaar. Het aantal potentiële
93 mantelzorgers in Nederland neemt de
94 komende jaren (verder) af¹⁰.



95 Een gelijk of lager aantal zorgprofessionals
96 moet de toenemende zorgvraag opvangen.
97 Mede door pensionering en doordat
98 zorgprofessionals vroegtijdig de sector verlaten, ontstaat een vicieuze cirkel van vertrek en toenemende
99 werkdruk, met een direct negatief effect op het werkplezier van zorgprofessionals¹¹.

Figuur 2 Verwacht personeelstekort in de *gehele* zorg- en welzijnssector (exclusief kinderopvang). Bron: ABF Research.

100

101 **Stokkende door- en uitstroom vergroot de knelpunten**

³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>

⁴ <https://www.rivm.nl/infographic-impact-van-vergrijzing>

⁵ O.a. omdat er geen structurele uitbreiding van het aantal verpleeghuisplekken komt; zie Kamerbrief d.d. 4-7-2022 <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5eb02bb2e3528048cfd8e823321f25c820136eca/pdf>

⁶ Of in geclusterde woonvormen, met eerstelijnszorg

⁷ <https://www.rivm.nl/nieuws/toekomstverkenning-rivm-gezonder-nederland-met-meer-chronisch-zielen>

⁸ <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/totaal-zorg-en-welzijn--smal-/>

⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/01/20/kamerbrief-over-nieuwe-prognose-verwachte-personeelstekort>

¹⁰ <https://longreads.cbs.nl/regionale-prognose-2022/vergrijzing/>; onder 4.3

¹¹ <https://www.skipt.nl/nieuws/mentale-gezondheid-zorg-en-welzijnsmedewerkers-nog-nooit-zo-slecht-geweest/>

102 Daarnaast zorgen tekorten in de vervolgzorg (bijvoorbeeld in de specialistische ggz) en sociale
103 problematiek¹² ervoor dat burgers een beroep (blijven) doen op de eerstelijnszorg.

104 De eerstelijnszorg heeft last van een 'waterbedeffect'. De eerstelijnszorg is direct verbonden met veel
105 andere sectoren in de zorg. Wanneer er knelpunten zijn in andere sectoren, heeft dit direct
106 consequenties voor de eerstelijnszorg.

107 Het tekort aan aanbod in andere sectoren wordt sterk gevoeld in de eerstelijnszorg.
108 Beleidsontwikkelingen en personeelstekorten in het sociaal domein, in de verpleeghuiszorg, medisch
109 specialistische zorg (MSZ) en (specialistische) GGZ leiden tot toenemende druk op de eerstelijnszorg.
110 Niet kunnen doorverwijzen leidt tot (suboptimale) zorg binnen de eerstelijnszorg.

111 **Onvoldoende samenwerking tussen en binnen de sectoren**

112 Het versterken van de samenwerking binnen de eerstelijnszorg en met andere sectoren biedt ook
113 kansen. Enkele kenmerken van de huidige organisatie van de eerstelijnszorg verhinderen dit nu.

114 Het IZA beschrijft netwerkzorg als één van de randvoorwaarden voor regionale samenwerking¹³.
115 Regiobeelden en regioplannen zijn het aangrijpingspunt voor de transities uit het IZA. De eerstelijnszorg
116 is hier nu vaak niet of beperkt vertegenwoordigd, omdat er niet een partij is op regionaal niveau die
117 namens de eerstelijnszorg in die regio 'aan tafel zit' en fungeert als (gemandateerd) aanspreekpunt voor
118 partijen die andere sectoren in de zorg vertegenwoordigen.

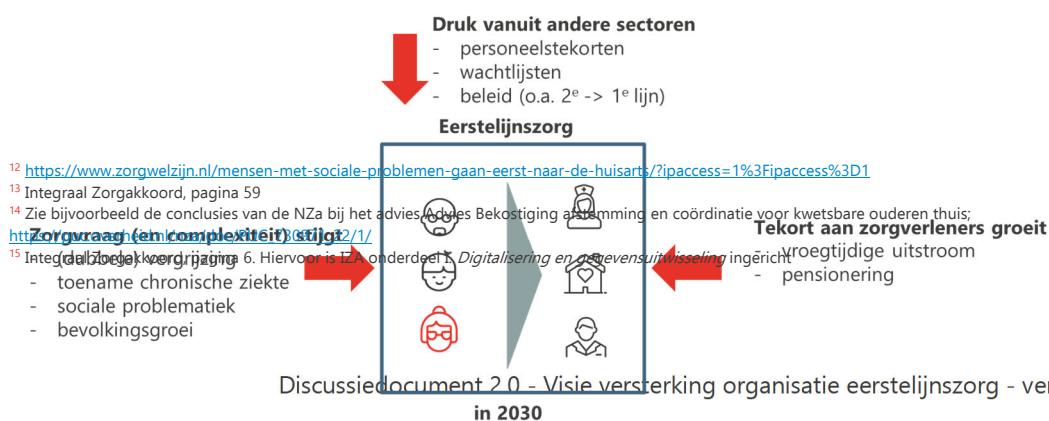
119 Het huidige stelsel van eerstelijnszorg is ingericht op monodisciplinair werken, met prikkels voor
120 efficiency. Zorg wordt nu vaak vergoed op basis van patiëntgebonden contacten of -trajecten.
121 Bekostiging van de benodigde afstemming en coördinatie tussen de verschillende sectoren is er nog
122 onvoldoende¹⁴.

123 Samenwerking komt moeilijk van de grond door de versnippering van de organisatie van de
124 eerstelijnszorg. In een wijk of op regionaal niveau zijn er vaak geen vaste aanspreekpunten van de
125 eerstelijnszorg. Er zijn veel partijen actief en door veel personele wisselingen is het lastig om te werken
126 aan vaste verbindingen en onderling vertrouwen. Dit bemoeilijkt elkaar goed (leren) kennen en het op
127 structurele basis samenwerken. Dit remt ook de snelheid waarmee afspraken worden gemaakt en
128 vertraagt de uitvoering van vele, met de beste bedoelingen gemaakte, afspraken over onder meer een
129 efficiënte taakverdeling.

130 Daarbij geldt dat elektronische gegevensuitwisseling een nog niet vervulde, essentiële randvoorwaarde
131 is voor samenwerken aan goede en veilige zorg¹⁵.

132 Tezamen zetten deze ontwikkelingen de eerstelijnszorg onder druk.

133
134
135
136
137
138
139



¹² <https://www.zorgwelzijn.nl/mensen-met-sociale-problemen-gaan-eerst-naar-de-huisarts/?ipaccess=1%3Fipaccess%3D1>

¹³ Integraal Zorgakkoord, pagina 59

¹⁴ Zie bijvoorbeeld de conclusies van de NZa bij het advies Advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis; [http://zorgvraag\(en-complexiteit\)stijgt/2/1/](http://zorgvraag(en-complexiteit)stijgt/2/1/)

¹⁵ Integraal Zorgakkoord, paragraaf 6. Hiervoor is IZA onderdeel 1, Digitalisering en gegevensuitwisseling ingericht

140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171

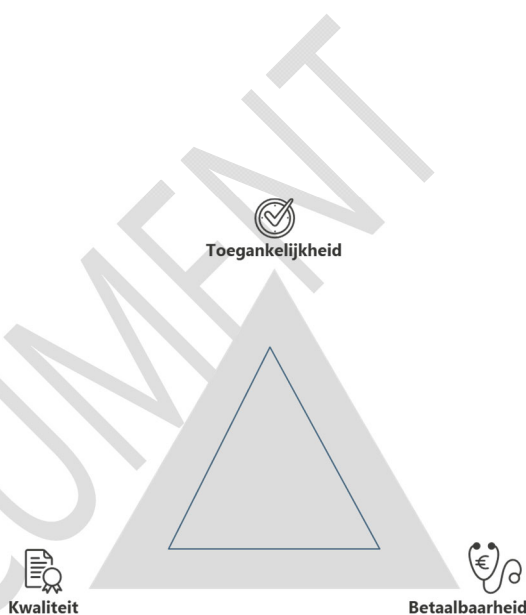
Wat als we niets doen?

Door het toenemende verschil tussen de vraag naar zorg en het beschikbare aanbod aan capaciteit, maken we ons grote zorgen over de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg.

Als we niets doen dan wordt de komende jaren de beschikbaarheid van, en de toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg afhankelijk van plaats en aard van de zorgvraag. Er zijn simpelweg niet genoeg zorgprofessionals om aan de vraag te voldoen. Hierdoor ontstaan lange wachtlijsten en wordt het steeds lastiger om een afspraak te maken. Burgers moeten verder reizen om zorg te krijgen. Er is stringente triage vereist: wat kan wachten, moet wachten.

Hierdoor worden kleine gezondheidsproblemen onbehandeld gelaten, waardoor ze kunnen verergeren en dat kan leiden tot ernstige gezondheidsproblemen. Gezondheidsverschillen tussen burgers nemen hierdoor toe.

Door deze ontwikkelingen loopt de eerstelijnszorg tegen haar grenzen aan. We willen voorkomen dat zorgprofessionals moeilijke keuzes moeten maken in de individuele behandeling. Dit vraagt om een brede maatschappelijke discussie en politieke keuzes over toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en keuzevrijheid in de eerstelijnszorg. Want als we op de huidige weg doorgaan, zijn deze niet allemaal te waarborgen.



172 3. Onze missie voor 2030

173 Een toekomstbestendige eerstelijnszorg draagt bij aan een gezondere en veerkrachtige samenleving.
 174 De eerstelijnszorg moet toegankelijk blijven voor iedere burger die daarop is aangewezen. Het behoud
 175 van die toegankelijkheid in de komende jaren is een grote, collectieve opgave. Het vergt verandering in
 176 gedrag en verwachtingen onder burgers, bij zorgprofessionals en financiers van zorg. Onze missie voor
 177 de eerstelijnszorg in 2030 luidt daarom:

178 *De eerstelijnszorg is duurzaam toegankelijk en draagt bij aan een betere balans tussen*
 179 *gezondheid en ziekte voor iedereen. Eerstelijnszorg is persoonsgericht en aangepast op de*
 180 *gezondheidsvaardigheden van de burger. De zorg is gebaseerd op de principes van passende*
 181 *zorg*. De beschikbare capaciteit en financiële middelen worden op de meest doelmatige manier*
 182 *ingezet. Dit doen zorgprofessionals in nauwe samenwerking met het sociaal domein,*
 183 *tweedelijnszorg en langdurige zorg.*

184 In 2030 is het helder voor burgers wat de eerstelijnszorg kan betekenen op het gebied van zorg en
 185 gezondheid en welke verantwoordelijkheid burgers daarin zelf hebben. De mate van
 186 verantwoordelijkheid hangt af van de gezondheidsvaardigheden van de burger.

187 Zorgprofessionals maken op hun beurt een zorgvuldige afweging bij de vragen die aan hen worden
 188 gesteld. Er is aandacht voor achterliggende problematiek en voor niet uitgesproken vragen. Voorkomen,
 189 de-escaleren, eigen regie van burgers vergroten en het vergroten van gezondheidsvaardigheden zijn
 190 belangrijke componenten in de eerstelijnszorg van 2030.

191 Het vergroten van gezondheidsvaardigheden is niet voor iedereen mogelijk. Er is extra aandacht voor
 192 de groeiende groep patiënten met een complexe, meervoudige zorgvraag en voor mensen met (tijdelijk)
 193 beperkte gezondheidsvaardigheden¹⁶. Kwetsbaarheid en beperkte gezondheidsvaardigheden zijn geen
 194 statisch gegeven. Dit vraagt dat zorgprofessionals telkens inschatten wat werkelijk nodig is voor de
 195 burger op dat moment; tijdig op- en afschalen met responsieve, persoonsgerichte zorg.

196 De zorg wordt geleverd volgens de laatste wetenschappelijke inzichten over effectieve zorg, inzet van
 197 technologie en efficiënte werkwijzen.

198 De eerstelijnszorg van 2030 biedt een betekenisvolle, effectieve en fijne werkomgeving, waar
 199 zorgprofessionals met plezier en voldoening werken en ze zich kunnen blijven ontwikkelen.
 200 Zorgprofessionals in de eerstelijnszorg hebben kennis van- en respect voor elkaars expertise.

201 Alle zorgprofessionals kunnen de vereiste patiëntgegevens inzien en onderling uitwisselen. Op wijk- en
 202 regioniveau zijn goede samenwerkingsafspraken gemaakt met het sociaal domein, de tweedelijnszorg
 203 en de langdurige zorg. Bij een vraag die niet past bij de eerstelijnsexpertise en -mogelijkheden, benutten
 204 zorgprofessionals de netwerken met het sociaal domein, tweedelijnszorg en langdurige zorg om toe te
 205 leiden of te verwijzen naar passende zorg of ondersteuning.

206

207 ---

208 ** De partijen in de eerstelijnszorg sluiten zich aan bij de uitwerking van passende zorg¹⁷ binnen het IZA-*
 209 *thema passende zorg. Passende zorg is het leidend beginsel voor de eerstelijnszorg. Het begrip*
 210 *passende zorg zelf wordt in dit discussiedocument niet verder uitgewerkt.*

¹⁶ De grootste groep zijn de kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag, ten gevolge van de vergrijzing. Daarnaast bieden eerstelijnszorgprofessionals zorg aan burgers met LVB-problematiek en aan burgers die door bijvoorbeeld sociale problematiek (tijdelijk) beperkte gezondheidsvaardigheden hebben.

¹⁷ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg>

211 **4. Reikwijdte en invulling van de eerstelijnszorg in 2030**

212 Om de missie te realiseren is een scherpe afbakening van de eerstelijnszorg in 2030 vereist. Dit vraagt
213 een nieuw "sociaal contract" tussen burger en zorgprofessional.

214 *Het gesprek over reikwijdte binnen dit visietraject is nog niet afgerond. Het bepalen ervan vraagt ook*
215 *een breed (maatschappelijk) gesprek tussen burgers, zorgprofessionals, financiers en overheden in het*
216 *vervolg van dit traject. In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal elementen van de reikwijdte van de*
217 *eerstelijnszorg aan de hand van drie vragen:*

- 218 • *wat is de eerstelijnszorg?*
- 219 • *wat kan en mag de burger verwachten?*
- 220 • *wat kan en moet de burger zelf doen?*

221

222 **Wat is de eerstelijnszorg?**

223

224 De eerstelijnszorg beantwoordt het overgrote deel van de zorgvragen monodisciplinair. In verreweg de
225 meeste gevallen kunnen burgers direct (zonder verwijzing) bij de eerste lijn terecht. Dat blijft zo in de
226 toekomst.

227

228 In aanvulling daarop werkt de eerstelijnszorg in de toekomst op wijkniveau intensief samen vanuit een
229 herkenbare 'basisopstelling' die generalistische, continue en persoonsgerichte zorg (en ondersteuning)
230 biedt. De basisopstelling bestaat minimaal uit een afvaardiging van huisartsen, wijkverpleegkundigen en
231 sociaal/maatschappelijk werkers. Dit is nodig om samenhangende zorg- en ondersteuningsvragen
232 passend en persoonsgericht te beantwoorden. Afhankelijk van de lokale context en specifieke
233 doelgroepen behoren ook andere eerstelijnszorgprofessionals (denk aan de apotheker, fysiotherapeut,
234 diëtist, Specialist Ouderengeneeskunde, Arts Verstandelijk Gehandicapten) tot de 'basisopstelling' van
235 de eerstelijnszorg. Zo borgen we samen kleinschalige zorg en ondersteuning aan de voorkant.
236 Aanbieders van eerstelijnszorg worden (aan de 'achterkant') ondersteund door een brede
237 multidisciplinaire regionale eerstelijnsorganisatie.

238

239 De eerstelijnszorg staat in open verbinding met het sociaal domein, de tweedelijnszorg en de langdurige
240 zorg. In 2030 heeft de eerstelijnszorg zich zo georganiseerd dat zij herkenbaar en aanspreekbaar is voor
241 deze aanpalende sectoren. De eerstelijnszorg is als collectief één gesprekspartner voor hen. Samen
242 maken zij niet-verblijvende afspraken over voldoende capaciteit, door-, terug- en uitstroom en -indien
243 nodig- overbruggingszorg.

244

245 **Wat kan en mag de burger verwachten?**

246 Alle burgers weten waar ze terecht kunnen en welke zorgprofessionals samen de eerstelijnszorg vormen.
247 Ze weten ook dat hierbij een beroep wordt gedaan op hun eigen verantwoordelijkheid en
248 zelfredzaamheid. Niet iedere gezondheidsvraag wordt beantwoord door de eerstelijnszorg. Niet iedere
249 gezondheidsvraag wordt op dezelfde manier beantwoord. Het is voor de burger in ieder geval duidelijk
250 of, en zo ja welke, zorgprofessional hun zorgvraag beantwoordt. Van burgers met grote
251 gezondheidsvaardigheden wordt verwacht dat zij meer zelf oppakken. Eerstelijnszorgprofessionals
252 helpen diegenen waarvan de gezondheidsvaardigheden (tijdelijk) verminderd zijn. Burgers met
253 complexe, samenhangende zorgvragen mogen rekenen op effectieve multidisciplinaire samenwerking
254 op wijkniveau. Het is voor hen (en hun naasten) duidelijk wie het eerste aanspreekpunt is.

255

256 **Wat kan en moet de burger zelf doen?**

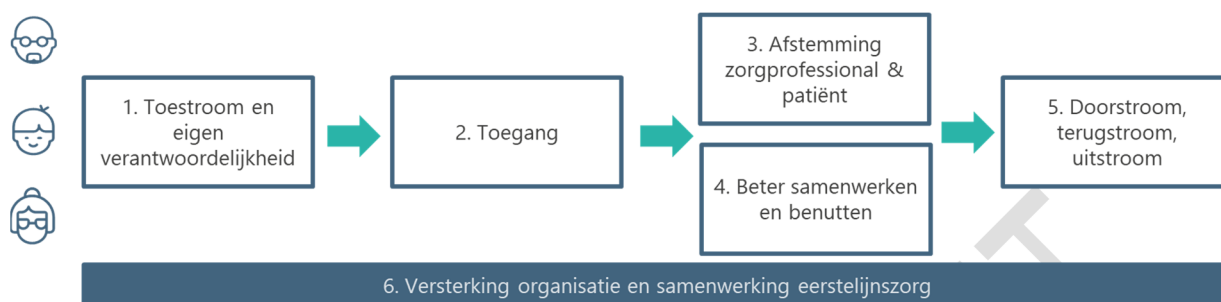
257 Burgers nemen in 2030 meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Hierbij is altijd aandacht
258 voor verschillen in gezondheidsvaardigheden; de mate waarin mensen eigen verantwoordelijkheid voor
259 hun gezondheid kunnen nemen verschilt. Burgers begrijpen voor welke vragen onder welke
260 omstandigheden zij een beroep kunnen doen op de eerstelijnszorg. Voor vragen waarbij ze niet bij de
261 eerstelijnszorg terecht kunnen, kunnen ze deelnemen aan (wijkgerichte) preventie en burgerinitiatieven.

262 Burgers kunnen daarnaast zelf aan de slag, bijvoorbeeld door informatie in te winnen via betrouwbare
263 bronnen of door thuis oefeningen te doen.

WERKDOCUMENT

264 5. Veranderopgaven voor de eerstelijnszorg

265 De missie is voor ons leidend en gaan we realiseren door tot 2030 samen te werken aan het realiseren
 266 van veranderopgaven op zes thema's. Deze zes thema's vormen samen een 'reis' door de
 267 eerstelijnszorg: van toestroom tot door- of uitstroom.



268
 269 De eerste vijf thema's lichten we toe in dit hoofdstuk. De zesde veranderopgave, het versterken van de
 270 organisatie en samenwerking, staat beschreven in een apart hoofdstuk (hoofdstuk 0).

271 De veranderopgaven definiëren we op landelijk niveau. De veranderopgaven zijn het kader voor de
 272 invulling van een regionale werkagenda. Op regionaal niveau geven partijen hier nadere invulling aan,
 273 passend binnen de regionale context en organisatie.

274 1. Toestroom en eigen verantwoordelijkheid

275 De eerste veranderopgave richt zich op alle burgers; op populatieniveau. Niet elke gezondheidsvraag is
 276 een zorgvraag en niet iedere zorgvraag behoeft een antwoord van een eerstelijnszorgprofessional. Het
 277 oplossen van sociale problematiek en het vergroten van gezondheid voorkomt mogelijk medische
 278 klachten in de toekomst.

279 In 2030 zorgen burgers en zorgprofessionals, samen met het sociaal domein, dat er geen oneigenlijke
 280 instroom naar de eerstelijnszorg is, door:

- 281 • Betere afstemming en nauwere samenwerking met het sociaal domein over juiste zorg en
 282 ondersteuning op de juiste plek. Veel vragen van burgers aan de eerstelijnszorg (en dan vooral de
 283 huisarts) zijn primair van sociale aard (eenzaamheid) of komen voort uit problematiek op het
 284 gebied van bestaanszekerheid. Dit zijn vragen die niet primair binnen de eerstelijnszorg moeten
 285 worden beantwoord. Binnen het sociaal domein zijn die mogelijkheden er wel (maatschappelijk
 286 werk, schuldhulpverlening, inkomensondersteuning, beschermd wonen). Door een sterkere
 287 verbinding tussen het sociaal domein en de eerstelijnszorg komen burgers sneller op bij de juiste
 288 hulpverlener terecht.
- 289 • Burgers te prikkelen tot meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Het sociaal domein
 290 heeft, op basis van het GALA, een belangrijke rol in gezondheidsbevordering en het vergroten van
 291 gezondheidsvaardigheden onder kwetsbare groepen in de samenleving (mensen met lage SES,
 292 etc.). Door (wijkgerichte) preventie, ondersteuning en betrouwbare informatie zorgen we ervoor
 293 dat burgers zo gezond en vitaal mogelijk zijn en zorgvragen worden voorkomen of minder zwaar
 294 worden. Hier maken partijen op regionaal niveau afspraken over.
- 295 • Op landelijk niveau te werken aan het uitdragen van realistische verwachtingen over de
 296 eerstelijnszorg in het algemeen. We maken scherp waar eerstelijnszorg voor is en voor wie, en dat

297 gezondheidsvaardigheden van de burger bepalen of, en zo ja welke (eerstelijns)zorg hij¹⁸ ontvangt.
 298 Hierbij betrekken we actief het burgerperspectief.

- 299 • Burgers te stimuleren tot meer zelfregie en zelfmanagement, bijvoorbeeld door thuis (preventieve)
 300 oefeningen te doen of door zelfhulp ter verbetering van hun beweeg- en/of eetpatronen. De
 301 burger kan veel gezondheidsvragen zelf beantwoorden, mits hij over de juiste, betrouwbare
 302 informatie beschikt. Via landelijke initiatieven kunnen betrouwbare bronnen zoals thuisarts.nl
 303 worden uitgebreid en het gebruik ervan worden gestimuleerd.
- 304 • In te zetten op het verminderen van gezondheidsverschillen. Niet iedere patiënt is even digitaal
 305 vaardig, of in staat zelf regie te voeren. Eerstelijnsprofessionals zorgen in samenwerking met het
 306 sociaal domein ervoor dat burgers met (tijdelijk) verminderde gezondheidsvaardigheden niet
 307 vastlopen. Dit doen ze met regionale afspraken en met praktische ondersteuning op wijkniveau.
 308 Elke eerstelijnszorgprofessional heeft in beeld welke mensen binnen de populatie (tijdelijk)
 309 verminderde gezondheidsvaardigheden hebben en houdt hier rekening mee bij het differentiëren
 310 van het zorgaanbod. Ook op wijk- en regioniveau heeft de eerstelijnszorg goed in beeld welke
 311 groepen binnen de betreffende populatie extra aandacht vragen. Dit is een gelijktijdig proces met
 312 het stimuleren van zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid.

313 2. Toegang

314 We zorgen ervoor dat patiënten beter worden toegeleid naar en beter worden voorbereid op
 315 (eerstelijns)zorg. Goede toegang vraagt goede voorbereiding, vraagverheldering en (digitale) triage; al
 316 dan niet ondersteund met digitale hulpmiddelen. De toegang tot de eerstelijnszorg verbeteren we door:

- 317 • Het ontsluiten van betrouwbare informatie. Het beschikken over de juiste, betrouwbare informatie
 318 helpt de burger om de beschikbaarheid van zorg inzichtelijk te maken (afstand tot een
 319 zorgprofessional, wachttijd tot behandeling, termijn waarop het raadplegen van een
 320 zorgprofessional gewenst is, etc.). Niet iedereen kan direct terecht om de vereiste zorg te
 321 ontvangen. De burger weet zo welke zorgprofessional welke vraag behandelt en hoe lang hij moet
 322 wachten op zorg. Zo ontstaan er realistische verwachtingen over welke zorg een patiënt kan krijgen.
 323 Dit proces vindt plaats op landelijk (gericht op een gedeelde infrastructuur), regionaal (gericht op
 324 het maken van onderlinge afspraken tussen zorgprofessionals) en op wijkniveau (gericht op
 325 informatievoorziening bij/door de zorgprofessional)
- 326 • (Digitale) vraagverheldering in te zetten. Vraagverheldering helpt de burger om zijn zorgvraag
 327 scherp te formuleren. Het helpt ook om te bepalen of hun gezondheidsvraag een zorgvraag is, en
 328 welke maatregelen ze zelf kunnen nemen. Het helpt zorgprofessionals bovendien om vooraf in te
 329 schatten welke zorg (van wie) vereist is. Bestaande hulpmiddelen zoals 'Moet ik naar de dokter'
 330 worden uitgebreid. *Artificial intelligence* biedt mogelijkheden tot 'lerende' systemen voor
 331 dergelijke vraagverhelderingstools. Digitale tools worden op landelijk niveau ontwikkeld. Op
 332 regionaal niveau maken partijen afspraken over welke tools wanneer worden ingezet.
 - 333 ○ Vraagverheldering wordt door iedere eerstelijnszorgprofessional toegepast. Er is geen sprake
 334 van 'één loket' of een centraal punt, maar een extra instrument om de juiste vraag op de juiste
 335 plek te beantwoorden.
 - 336 ○ Vraagverheldering en zelfmanagement zijn niet voor iedereen weggelegd. We hebben oog
 337 voor diegenen die door beperkte gezondheidsvaardigheden niet zelfstandig gebruik kunnen
 338 maken van deze middelen.
- 339 • Coördinatie op wijk- en regioniveau tussen eerstelijnszorg, sociaal domein en Wlz over passende
 340 ondersteuning. Onderling op- en afschalen helpt om snel passende hulp in te zetten.

¹⁸ Waar 'hij' staat kan ook 'zij' of 'hen' gelezen worden

341

342 **3. Samenspel tussen zorgprofessional en patiënt**

343 We zorgen voor een betere balans tussen gezondheid en ziekte in de individuele relatie tussen
 344 zorgprofessional en patiënt. Dit bereiken we door zelfredzaamheid en zorg dicht bij de patiënt.
 345 Kenmerkend voor de eerstelijnszorg is de continuïteit van zorgverlening. Patiënten komen vaak jaren
 346 achtereen bij dezelfde zorgprofessionals. Hierdoor kunnen zorgprofessionals snel de 'vraag achter de
 347 vraag' achterhalen en veranderingen in gezondheidsvaardigheden inschatten. In de toekomst moet de
 348 eerstelijnszorg deze continuïteit blijven bieden. Dat hoeft niet individueel, maar kan ook in team van
 349 (generalistische) zorgprofessionals dat samenhangende zorg biedt.

350 Daarnaast worden patiënten en zorgprofessionals door de inzet van digitale hulpmiddelen beter
 351 ondersteund. De randvoorwaarden worden op landelijk niveau vervuld; de concrete invulling vindt op
 352 wijk- of individueel niveau plaats. Concreet betekent dit dat:

- 353 • Bij complexe zorgvragen de inzet van proactieve zorgplanning gewenst is. Zo kunnen patiënt en
 354 zorgprofessional(s) gezamenlijk keuzes maken over (toekomstige) zorgvragen. Dit voorkomt de
 355 inzet van niet-passende zorg. Door vooraf de mogelijkheden te bespreken en keuzes te maken, is
 356 de patiënt bovendien beter voorbereid. Denk bij groepen met complexe zorgvragen ook aan het
 357 inzetten van casemanagement.
- 358 • Zorgprofessionals continuïteit en persoonsgerichte zorg leveren, waar nodig en mogelijk in
 359 teamverband (via de 'basisopstelling' in de wijk). Deze constructie maakt het mogelijk om tijdig
 360 veranderingen in gezondheidsvaardigheden te signaleren en de zorg hierop aan te passen.
- 361 • Er regelruimte/doorzettingsmacht is voor zorgprofessionals bij complexe situaties zodat zij direct
 362 kunnen handelen bij de patiënt. Dit kan als je goede kaders hebt vastgelegd in wijk- en regionale
 363 samenwerkingsafspraken en professionals hieraan mandaat verlenen en verantwoordelijkheid
 364 nemen.
- 365 • Samen beslissen een integraal onderdeel van eerstelijnszorg is. Patiënt en zorgprofessional
 366 escaleren en de-escaleren samen tijdig, volgens de principes van passende zorg. Een persoonlijke
 367 gezondheidsomgeving (PGO) is een essentiële randvoorwaarde hierbij. De PGO heeft toegevoegde
 368 waarde als bij samenhangende zorgvragen de gegevens van alle betrokken zorgprofessionals
 369 ontsloten zijn. In 2025 beschikken alle burgers die dat willen over een PGO. Dit biedt patiënten -
 370 waar mogelijk- eigen regie.
- 371 • Digitale en hybride zorg helpen bij effectieve zorgverlening, mits de toegevoegde waarde hiervan
 372 wetenschappelijk is bewezen. Er zijn veel mogelijkheden, waaronder *virtual reality*, AI,
 373 thuismonitoring, e-consult en beeldbellen. Digitale en hybride zorg is een effectieve manier om
 374 zorg 'dichtbij' de patiënt te bieden, mits passend bij de zorgvraag. *Aan de inzet van digitale zorg*
 375 *zijn randvoorwaarden verbonden; zie hiervoor het hoofdstuk Randvoorwaarden.*

376

377 **4. Beter samenwerken en capaciteit benutten**

378 Met goede afspraken over regiebehandelaarschap, de poortwachtersrol en taakverdeling tussen
 379 eerstelijnszorgprofessionals benutten we de beschikbare capaciteit én expertise in de eerstelijnszorg
 380 optimaal. Dit versterkt de autonomie en het werkplezier bij professionals. Goede coördinatie van de te
 381 leveren zorg leidt tot tijdig op- en afschalen en de snelle toepassing van bewezen effectieve innovaties.
 382 Hiervoor zetten we in op meerdere onderdelen:

- 383 • We borgen goede onderlinge elektronische gegevensuitwisseling. Deze randvoorwaarde wordt op
 384 landelijk niveau vervuld. We sluiten hierbij aan bij de IZA-afpraak dat in 2025 alle kerngegevens
 385 uiterlijk binnen 24 uur na registratie beschikbaar zijn voor elke zorgprofessional met een

- 386 behandelrelatie, ongeacht het tijdstip en de plek waarop de patiënt geholpen moet worden¹⁹. Dit
 387 is een essentiële randvoorwaarde om (op een veilige manier) samen te werken en capaciteit te
 388 benutten. *Zie ook het hoofdstuk Randvoorwaarden.*
- 389 • Elke eerstelijnszorgverlener weegt kritisch of de patiënt op de juiste plek is. De uitgangspunten van
 390 passende zorg staan hierin centraal. Om de personele capaciteit optimaal in te zetten is het
 391 belangrijk dat patiënten snel op de plek komen waar hun vraag het beste kan worden beantwoord.
 392 Soms is dat bij de betreffende eerstelijnszorgverlener, maar soms kan het ook in de eigen
 393 omgeving, het sociaal domein of is een doorverwijzing naar een andere (eerstelijns)zorgverlener
 394 passender. Randvoorwaarde is dat er inzicht is in de capaciteit bij andere sectoren/zorgaanbieders,
 395 dat hiermee goede samenwerkingsafspraken bestaan en dat deze ruimte hebben om waar nodig
 396 de patiënt over te nemen. De basisopstelling in de wijk en een goede regionale organisatie dragen
 397 hieraan bij.
 - 398 • In 2030 is elke eerstelijnszorgverlener (ook in de praktijk) direct toegankelijk voor burgers die
 399 daarop zijn aangewezen. Huidige belemmeringen nemen we weg. Dit draagt eraan bij dat burgers
 400 snel bij de juiste zorgverlener terechtkomen zonder onnodige tussenkomst van de huisarts. Goede
 401 publieke informatievoorziening over de eerstelijnszorg is hierbij noodzakelijk. Dit wordt
 402 meegenomen bij de doorontwikkeling van websites als Thuisarts.nl, zoals in het IZA al is
 403 afgesproken.
 - 404 • Binnen de 1-op-1 relatie kan de zorgprofessional er voor kiezen om bepaalde zorgtaken niet zelf
 405 uit te voeren, maar wel zelf de regie over de behandeling als geheel te houden. Dit kan zowel
 406 binnen de eigen praktijk (denk hierbij aan taakdelegatie naar praktijkondersteuners binnen de
 407 huisartspraktijk) als in samenhang met andere disciplines. Zorgprofessional en patiënt besluiten
 408 hier samen over. Het is voor de patiënt te allen tijde helder wie zijn regiebehandelaar is. In de
 409 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2022)²⁰, is het
 410 regiebehandelaarschap benoemd en toegelicht. Deze handreiking biedt helderheid over de
 411 toedeling van deze rol.
 - 412 ○ Per patiënt kan die rol ingevuld worden door een andere zorgprofessional. Soms is de huisarts
 413 daarvoor het beste toegerust en in andere gevallen is de wijkverpleegkundige, de
 414 fysiotherapeut of een andere zorgprofessional het beste toegerust.
 - 415 ○ Eerstelijnspartijen definiëren op landelijk niveau patiëntgroepen waarvoor het
 416 regiebehandelaarschap primair bij een andere professional dan de huisarts kan worden belegd.
 417 Zoals de Specialist Ouderengeneeskunde die de regie kan hebben over (thuiswonende)
 418 ouderen met een zeer complexe zorgvraag. Op regioniveau maken eerstelijnspartijen hierover
 419 vervolgens bindende samenwerkingsafspraken.
 - 420 ○ Zorgprofessionals zorgen ervoor dat patiënten met meervoudige zorgvragen op de hoogte
 421 zijn van de afspraken over regiebehandelaarschap en onderlinge samenwerking. De concrete
 422 invulling en informatievoorziening vindt plaats op wijkniveau.
 - 423 ○ Om het regiebehandelaarschap optimaal in te richten zijn randvoorwaarden nodig, zoals
 424 inzicht en capaciteit in aanpalende sectoren en domeinen en congruentie in aanspraken,
 425 bekostiging en de toepassing van het eigen risico.
 - 426 • Afspraken over taakherschikking beperken zich tot de eigen (monodisciplinaire) beroepsgroep.
 427 Hierover worden in deze visie geen aanvullende afspraken gemaakt. Wel constateren we dat de

¹⁹ Integraal Zorg Akkoord, pagina 92

²⁰ De handreiking is onderschreven door de KNMG, de brancheverenigingen Actiz, de Nederlandse GGZ, InEen, GGD GHOR Nederland, NFU en NVZ en de beroepsverenigingen NVAVG, KNGF, KNMP, KNMT, KNOV, NAPA, NIP, NVGzP, NVvTG, V&VN en NVBMH en door Patiënten Federatie Nederland

428 kracht van de eerstelijnszorg zit in het medisch generalisme, dus dat zeker bij de huisartsenzorg
429 verdere specialisatie en differentiatie van taken niet wenselijk is.

430 • Om de personele capaciteit optimaal te benutten, kijken we kritisch naar de organisatie van de
431 poortwachtersrol in de eerste lijn. In sommige gevallen is het beter dat een andere professional
432 dan de huisarts deze rol invult, omdat anders dubbel werk (onnodig doorverwijzen binnen de
433 eerste lijn) of onnodige administratieve lasten ontstaan. Landelijk definiëren we specifieke
434 patiëntengroepen en situaties waarvoor andere professionals dan de huisarts poortwachter richting
435 meer gespecialiseerde zorg kunnen zijn. Bijvoorbeeld mensen met specifieke klachten aan het
436 beweegapparaat waarvoor de fysio- of oefentherapeut deze rol op zich kan nemen. Op basis van
437 de landelijke afspraken worden in elke regio concrete werkafspraken gemaakt over de invulling van
438 de poortwachtersrol.

439 • We voorkomen dubbel werk binnen de eerste lijn. Waar dubbel werk plaatsvindt, moeten betere
440 afspraken worden gemaakt over de verdeling van taken tussen eerstelijnsprofessionals. Hiervoor is
441 het belangrijk dat eerstelijnsprofessionals elkaars expertise en vakgebied kennen en weten waar de
442 patiënt het beste terecht kan met een vraag. Hierbij hebben we oog voor de optimale inzet van
443 personele capaciteit en werken we volgens de principes van passende zorg. We definiëren landelijk
444 de expertises in de eerstelijnszorg die in elke regio aanwezig moeten zijn. Op basis hiervan worden
445 in elke regio concrete werkafspraken gemaakt over de taakverdeling, aansluitend bij de specifieke
446 situatie in die regio. Deze werkafspraken richten zich ook op de taakverdeling bij doorstroom
447 (binnen of uit de eerstelijnszorg) of terugstroom (van de tweede naar de eerstelijnszorg). We
448 nemen de burger mee in deze werkafspraken, zodat deze weet waar iemand zich met welke vraag
449 kan melden.

450 • Zorgpartijen zetten in op hybride zorg om aantoonbaar anders te werken en de werkdruk te
451 verlagen. Hiervoor herontwerpen partijen waar nodig de zorgpaden en -processen en zorgen voor
452 het afschalen van traditionele processen. Overheidspartijen faciliteren dit herontwerp op landelijk
453 niveau. Het herontwerp moet passen met de afspraken op regionaal niveau over
454 regiebehandelaarschap, poortwachtersrol en taakherschikking

455 • We versterken de ketensamenwerking met het sociaal domein voor specifieke doelgroepen. De
456 juiste inzet van zorg en ondersteuning leidt tot een betere balans tussen gezondheid en ziekte.
457 Denk hierbij aan ketensamenwerking voor kwetsbare zelfstandig wonende ouderen, mensen met
458 (langdurige) GGZ problematiek, zorg in het kader van de jeugdwet, etc.

459 • We vergroten het werkplezier door optimale samenwerking. Op regionaal niveau zijn heldere
460 verwachtingen en ideeën over elkaars expertise. Er is onderling vertrouwen en er wordt in een
461 prettige sfeer samengewerkt op regionaal- en wijkniveau. Dit is nodig voor de juiste balans tussen
462 professionele autonomie en samenwerking. We constateren dat de prikkels in het stelsel voor het
463 realiseren van deze veranderopgave sterker op samenwerking moeten worden ingezet en minder
464 sterk op concurrentie.

465

466 **5. Doorstroom, uitstroom en terugstroom**

467 De focus op gezondheid en kwaliteit van leven vraagt om een bredere blik en dus meer geïntegreerd
468 werken. Niet alleen binnen de eerstelijnszorg zelf, maar juist ook met partijen actief in het sociaal
469 domein, de tweedelijnszorg en langdurige zorg. Dit betekent concreet dat:

470 • Indien de gewenste zorg niet beschikbaar is (o.a. bij wachtlijsten), er in elke regio afspraken over
471 overbruggingszorg worden gemaakt, om niet-passende aanspraak op eerstelijnszorg te
472 voorkomen.

- 473 • Bij domeinoverstijgende samenwerking de eerstelijnszorg als één collectief opereert richting de
474 aanpalende sectoren. De eerstelijnszorg komt in elke regio met één gezamenlijk voorstel om de
475 capaciteit over de sectoren heen optimaal in te zetten; ook ten aanzien van substitutievoorstellen
476 van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg.
- 477 • Op regio- en wijkniveau partijen afspraken maken over organisatie, samenwerking en
478 zorgcoördinatie. *Zie hiervoor hoofdstuk 6*
- 479
480
481
482
483
484

WERKDOCUMENT

485 **6. Versterking van organisatie en samenwerking van de eerstelijnszorg**

486 Het versterken van de organisatie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg en de verbinding tussen
 487 de eerstelijnszorg en het sociaal domein is essentieel om onze missie te realiseren. Alleen gezamenlijk
 488 kunnen we de toegankelijkheid en kwaliteit van de eerste lijn overal borgen. De uitvoeringskracht van
 489 de eerstelijnszorg als geheel moet omhoog; in de regio- en in de wijk. We streven hierbij naar
 490 kleinschalige levering van zorg en ondersteuning aan de voorkant en grootschalig(er) ondersteuning
 491 aan de achterkant. We verwachten van alle beroepsgroepen en zorgaanbieders die actief zijn in de
 492 eerstelijnszorg dat zij actief deelnemen aan regionale- en wijksamenwerkingsverbanden om zo de
 493 krachten te bundelen. Deze actieve deelname levert hun ook concrete resultaten op. Zeggenschap, maar
 494 ook goede ondersteuning, betere onderlinge afstemming en samenwerking, heldere afspraken met
 495 aanpalende sectoren en -daaruit volgend- meer werkplezier. In het IZA noemen we dit 'shared
 496 governance'; het creëren van zeggenschap van zorgprofessionals over strategie, beleid en uitvoering
 497 van de zorg.

498 In dit hoofdstuk staan de landelijke doelstellingen en kaders beschreven, en de impact daarvan op regio-
 499 en wijkniveau. Hierbij leren we van goede voorbeelden in het land. Op verschillende plekken wordt
 500 namelijk al gewerkt aan multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijnszorg (zie Appendix 2).

501 **6.1 Landelijke doelstellingen (integrale) organisatie en samenwerking**

502 Op landelijk niveau stellen we eisen aan de minimale vorm van organisatie en samenwerking in de regio
 503 en in de wijk. De belangrijkste randvoorwaarde is dat de niet-vrijblijvende samenwerking leidt tot
 504 passende zorg voor iedereen die daarop is aangewezen. We leggen geen landelijke blauwdruk op voor
 505 de bijbehorende organisatievorm. Zo voorkomen we onnodige bureaucratie.

506 Concreet betekent dit dat:

- 507 • In iedere wijk bij samenhangende zorgvragen minimaal wordt samengewerkt in een
 508 "basisopstelling" van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk/sociaal werkers. Deze
 509 basisopstelling is herkenbaar, toegankelijk en aanspreekbaar voor alle inwoners van de wijk en levert
 510 (kleinschalige) zorg en ondersteuning. In deze wijksamenwerking ligt de nadruk sterk op
 511 inhoudelijke samenwerking rondom de burger/patiënt. De basisopstelling werkt waar nodig nauw
 512 samen met andere aanbieders/professionals.

513 Faciliteren en ontzorgen wordt op regionaal niveau geregeld (grootschalige(r) backoffice).

- 514 • In een regionaal plan duidelijk omschreven staat hoe veranderopgaven worden ingevuld en wie de
 515 verantwoordelijkheid heeft. Dit betreft een ontwerpvraagstuk (hoe werken partijen en de wijk en
 516 regionaal samen?) en een verandervraagstuk (hoe organiseren partijen zichzelf en hoe mandateren
 517 zij zichzelf ten opzichte van de anderen in het netwerk?). Het vastleggen van deze
 518 verantwoordelijkheid en mandatering is nodig om multidisciplinaire samenwerking van de grond te
 519 krijgen. Iedere regio heeft in 2026 dergelijke niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken t.a.v. het
 520 ondersteunen en faciliteren van eerstelijnszorgprofessionals in de regio en samenwerking met
 521 aanpalende sectoren.

- 522 • Op landelijk niveau alle randvoorwaarden om op regionaal en wijkniveau samen te werken, zijn
 523 vervuld. Bekostiging en organisatie moeten hand-in-hand gaan. Het BACO-advies²¹ van de NZa
 524 biedt hier waardevolle aanknopingspunten voor.

²¹ NZa advies over de Bekostiging Afstemming en Coördinatie kwetsbare Ouderen, kortweg 'BACO', waarin sterk nadruk ligt op niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken op regionaal- en wijkniveau. De reikwijdte van dit advies is breder dan alleen kwetsbare ouderen.

525 **6.2 Organisatie en samenwerking op regionaal niveau**

526 Voor organisatie en samenwerking op regionaal niveau vormen regiobeelden en regioplannen de basis
527 voor gezamenlijke, regionale samenwerkingsafspraken. Er zijn immers grote verschillen tussen regio's
528 ten aanzien van zorgvraag, beschikbaarheid van voldoende personeel en de uitvoeringskracht van de
529 eerstelijnszorg als geheel.

530 Iedere regio heeft een opgave in termen van scope van de samenwerking, minimale taken en
531 verantwoordelijkheden, samenwerkingsafspraken en te behalen resultaten. In elke regio is een regionale
532 multidisciplinaire eerstelijnsorganisatie met een brede vertegenwoordiging vanuit de eerstelijnspartijen.
533 Deze (nieuwe) organisatie neemt namens de gehele eerstelijnszorg in een regio de verantwoordelijkheid
534 voor het realiseren van de veranderopgaven. De organisatie heeft daarvoor middelen en capaciteit
535 beschikbaar. In principe is elke eerstelijnszorgaanbieder of -professional aangesloten bij de regionale
536 organisatie. Dit mag als voorwaarde gevraagd worden voor het leveren van goede zorg. Individuele
537 aanbieders houden ruimte en vrijheid bij de vormgeving van de eigen praktijk/organisatie. De regio-
538 organisatie heeft primair een ondersteunende, faciliterende rol voor de eerstelijnszorgprofessionals
539 (inclusief de 'basisopstelling') op wijkniveau in de betreffende regio, bijvoorbeeld op het gebied van ICT,
540 HR-zaken en inkoop ('de backoffice'). De regionale organisatie krijgt ook verantwoordelijkheden voor
541 het toegankelijk/beschikbaar houden van de eerstelijnszorg in de regio. De organisatie is gemandateerd
542 om namens de eerstelijnszorg regionale afspraken te maken met andere sectoren en domeinen over
543 o.a. samenwerking en coördinatie van zorg en vormt zo een sterk aanspreekpunt en gelijkwaardige
544 gesprekspartner voor andere stakeholders in de regio. De organisatie heeft een rol bij de verdeling van
545 schaarse personele capaciteit in de regio. Een 'blauwdruk' voor een regionale eerstelijnsorganisatie komt
546 er niet. Zorgprofessionals én burgers hebben een (geformaliseerde, gemandateerde) stem in de
547 besluitvorming van de regio-organisatie. Bijvoorbeeld doordat zij lid zijn van het bestuur en/of van een
548 coöperatie.

549 Aanvullende informatie m.b.t. de opdracht van de regio-organisatie staat in Appendix 3 van dit
550 visiedocument.

551 Bij het verstevigen van de organisatie en samenwerking spelen twee belemmerende factoren:

- 552 • Er zijn anno 2023 verschillen in organisatiegraad en uitvoeringskracht tussen beroepsgroepen. Het
553 organiseren van regionaal gemandateerde afvaardiging en aanspreekpunten, zal voor sommige
554 beroepsgroepen extra tijd en energie vragen. Daarnaast geldt dat afspraken met alleen de grootste
555 zorgaanbieders kleine aanbieders in de regio uitsluit, met mogelijke inperking van de keuzevrijheid
556 van de burger. Ook beperken intensieve samenwerking in de wijk en het toewerken naar één
557 organisatie op regioniveau mogelijk de keuzevrijheid van zorg in de eerste lijn. Succesvolle regionale
558 samenwerking kenmerkt zich door actieve betrokkenheid van zorgprofessionals, maar niet alle
559 zorgprofessionals in een regio kunnen aan de regionale tafel zitten. Een tussenstap (starten met een
560 deel van de beroepsgroepen die wel snel tot gemandateerde afvaardiging kunnen komen) zorgt dat
561 er sneller gestart kan worden. Dit mag niet ten koste gaan van het draagvlak voor regionale
562 samenwerking.
- 563 • Schaalgrootte maakt regionale afspraken maken makkelijker, maar kent ook nadelen. Versterking
564 op regioniveau heeft tot doel de zorgprofessionals op wijkniveau te ondersteunen, en hen daarmee
565 zoveel mogelijk te ontzorgen. Mandaat en draagvlak onder zorgprofessionals is cruciaal voor het
566 slagen van deze samenwerking. Regionale samenwerking betekent ook enig verlies van autonomie.
567 We gaan er vanuit dat de toegevoegde waarde van regionale samenwerking voor de
568 zorgprofessional hiertegen opweegt. Er is veel te zeggen over de definitie, (geografische) grootte
569 en afbakening van een regio. Duidelijk is dat deze niet vooraf te vastomlijnd moet zijn, maar vooral

570 functioneel moet zijn, aansluiten bij bestaande structuren, welke minimaal én maximaal ongeveer
 571 ter grootte van het werkgebied van de gemiddelde huidige regionale huisartsen organisaties. Voor
 572 de veranderopgave is het nog wel een grote uitdaging om daar te komen, omdat bijvoorbeeld het
 573 sociaal domein op dit moment andere regio's (en groottes) kent.

574

575 **6.3 Organisatie en samenwerking op wijkniveau**

576 Goede samenwerking en het bieden van samenhangende zorg op wijkniveau²² is essentieel bij patiënten
 577 met meerdere, samenhangende gezondheidsproblemen.

578 Voor de organisatie en samenwerking op wijkniveau worden wijksamenwerkingsverbanden ingericht.
 579 Deze zijn toegankelijk, herkenbaar en aanspreekbaar voor de populatie waarvoor zij de zorg organiseren
 580 en voor samenwerkingspartners. Generalisme, continuïteit (en daarmee herkenbaarheid voor burgers)
 581 en samenwerking staan in deze verbanden centraal. De wijksamenwerkingsverbanden kennen in iedere
 582 wijk een vaste kern ('basisopstelling') die regulier samenwerkt op wijkniveau. Deze vaste kern bestaat uit
 583 een gemandateerde afvaardiging van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk/sociaal
 584 werkers. De basisopstelling is niet in beton gegoten. Afhankelijk van de lokale situatie en rondom
 585 specifieke doelgroepen kan de basisopstelling worden uitgebreid met bijvoorbeeld apothekers,
 586 paramedici of specialisten ouderengeneeskunde. De basisopstelling kan (bij aanvang) georganiseerd
 587 worden als een gecoördineerd netwerk (wijksamenwerkingsverband), een virtueel loket. De
 588 basisopstelling werkt samen met een grote diversiteit aan andere professionals/partijen. Elke
 589 eerstelijnsprofessional in de wijk committeert zich aan de (samenwerkings)afspraken die op wijk- en
 590 regioniveau gelden. Dit houdt in principe ook in dat er geen ruimte meer is voor 'losse' zorgpraktijken
 591 in een wijk of regio die zich niet willen verbinden aan de regionale afspraken. NB: het merendeel van de
 592 zorgvragen in de eerste lijn kan direct en monodisciplinair worden beantwoord; voor die situaties gaat
 593 een burger met een zorgvraag dus niet langs de 'basisopstelling' maar direct naar de betreffende
 594 zorgverlener.

595 Daarnaast wordt in dit verband concreet invulling gegeven aan de regionale afspraken rondom de
 596 veranderopgaven om toestroom en toegang te borgen en gezondheidsverschillen te verkleinen.
 597 Hiervoor werken zorgprofessionals in de wijk samen met burgerinitiatieven, informele zorg, het sociaal
 598 domein en organisaties die zich toeleggen op universele preventie. De zorgprofessionals in de wijk zijn
 599 verantwoordelijk voor geïndiceerde preventie en eerstelijnszorg; in de individuele relatie met de patiënt
 600 en als collectief.

601 De intensiteit van de samenwerking en de mate waarin de samenwerking is geformaliseerd is afhankelijk
 602 van de lokale situatie en de opgaven waar de partijen samen voor staan. Er moet daarom ruimte zijn om
 603 het met maatwerk te organiseren. Iedere wijk kent een vorm van samenwerking en onderlinge
 604 verbondenheid tussen zorgprofessionals om samen de genoemde opgaven te realiseren. In welke mate
 605 een burger in 2030 bij een eerstelijnszorgorganisatie kan worden ingeschreven en/of bij een
 606 huisartsenpraktijk wordt nog nader uitgewerkt.

607 De opgave voor wijksamenwerkingsverbanden in termen van scope van de samenwerking, minimale
 608 taken en verantwoordelijkheden, samenwerkingsafspraken en te behalen resultaten staat in Appendix 4.

609 Bij het opzetten van een wijksamenwerkingsverband worden zorgprofessionals actief ondersteund en
 610 gefaciliteerd op regionaal niveau.

611

²² Voor de term 'wijk' kan, afhankelijk van de lokale situatie, ook buurt, dorp(s)kern of streek worden gelezen. Zie Appendix 1 met definities

612 **7. Randvoorwaarden**

613 De leefwereld is het belangrijkste, de systeemwereld is hoe we het daarachter organiseren (o.a.
614 aanspraak, bekostiging, financiële kaders, gegevensuitwisseling, wet- en regelgeving) en staat ten
615 dienste van de leefwereld. Het realiseren van de visie is alleen mogelijk als is voldaan aan
616 randvoorwaarden in de systeemwereld.

617 **7.1 Bekostiging**

618 De randvoorwaarde 'bekostiging' is sterk afhankelijk van de keuzes die worden gemaakt over de
619 organisatie van de eerstelijnszorg op het niveau van de wijk en regio. Voor het versterken van de
620 organisatie van de eerstelijnszorg is het van belang dat partijen actief in deze verbanden daarvoor
621 gefaciliteerd worden. Hierbij maken we onderscheid naar bekostiging op patiëntniveau (MDO, indirecte,
622 patiëntgebonden tijd) en organisatieniveau (niet-patiëntgebonden tijd).

623 Er is één 'plek' op patiëntniveau en drie 'plekken' op organisatieniveau waar op landelijk niveau
624 bekostiging voor samenwerking in de eerstelijnszorg geregeld kan worden:

625 *Patiëntniveau:*

- 626 • Tijd voor zorgprofessionals uit de eerstelijnszorg om deel te nemen aan samenwerking en
627 multidisciplinair overleg op het niveau van de wijk, in lijn met de regioplannen. Dat is een
628 bekostigingstitel voor zorgprofessionals, waarmee hun inzet voor samenwerking in
629 eerstelijnszorgverband wordt bekostigd, los van patiëntgebonden tijd.

630 *Organisatieniveau:*

- 631 • Bekostiging van wijksamenwerkingsverbanden. De landelijke bekostiging voorziet in een betaaltitel
632 voor versterking van de samenwerking tussen zorgprofessionals in de wijk en de samenwerking met
633 het sociaal domein (en regie/coördinatiefunctie voor specifieke groepen in de wijk).
- 634 • Bekostiging van regionale organisatie en ondersteuning, in lijn met het BACO-advies van de NZa.
635 Bekostiging op organisatieniveau, op basis van niet-vrijblijvende regionale afspraken over de
636 organisatie van zorg.
- 637 • Bekostiging van de benodigde inzet voor organisatie en samenwerking op regionaal niveau; via
638 regionale eerstelijnsorganisatie of gemandateerde samenwerking (zie C).

639 Er zijn niet alleen afspraken over de vorm van bekostiging vereist, maar ook over de manier van inkopen.

640 **7.2 Elektronische gegevensuitwisseling**

641 Elektronische gegevensuitwisseling is een belangrijke randvoorwaarde voor effectieve samenwerking
642 binnen de eerstelijnszorg én met aanpalende sectoren. Dit onderwerp wordt tegelijkertijd op meerdere
643 (IZA-)tafels besproken:

- 644 • Elektronische gegevensuitwisseling is een belangrijk onderdeel van het IZA (onderdeel I:
645 Digitalisering en gegevensuitwisseling). Daarin is afgesproken dat elektronische
646 gegevensuitwisseling de standaard is in de zorg. Alle zorgprofessionals en burgers kunnen
647 beschikken over de juiste informatie op de juiste plek op het juiste moment zodat passende zorg
648 op een veilige manier gegeven kan worden.
- 649 • Daarnaast is de nationale visie en strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel bijna definitief. In
650 die visie staat databeschikbaarheid centraal; het beschikbaar, bereikbaar en bruikbaar hebben van
651 vastgelegde gezondheidsdata, met als doel deze in te zetten voor preventie, zorg en welzijn.

- 652 • Tot slot ligt het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) voor
653 behandeling in de Eerste Kamer.

654 Verdere uitwerking van dit onderwerp in dit discussiedocument voert derhalve te ver. Wel is afstemming
655 met, en aansluiten van de brede eerstelijnszorg op bovenstaande ontwikkelingen vereist om
656 elektronische gegevensuitwisseling in de eerstelijnszorg ook daadwerkelijk te realiseren.

657 **7.3 Wet- en regelgeving**

658 De randvoorwaarde 'wet- en regelgeving' binnen dit visietraject kent twee verschillende invalshoeken:

- 659 • De op dit moment ongelijke aanspraak vanuit de Zvw-basisverzekering tussen de verschillende
660 eerstelijnsdisciplines. En daarmee samenhangend de verschillen in eigen betalingen of eigen risico
661 die gelden voor verschillende vormen van eerstelijnszorg.
- 662 • De sturingsprincipes van de Zvw, die niet altijd aansluiten op de principes zoals beschreven in dit
663 discussiedocument (bijvoorbeeld rondom concurrentie en samenwerking). Omgekeerd heeft het
664 realiseren van de visie mogelijk effect op de basisprincipes in de Zvw (zoals keuzevrijheid voor de
665 burger/patiënt). Dit behoeft verdere uitwerking die deels verder gaat dan de toekomst van de
666 eerstelijnszorg.

667

668 **7.4 Overige randvoorwaarden**

669 Aanvullend op bovenstaande drie randvoorwaarden, zijn de volgende punten genoemd, waarover op
670 landelijk niveau afspraken gemaakt moeten worden:

- 671 • Arbeidsmarktprogramma's, t.b.v. vergroten van aantrekkelijkheid en waar nodig vergroten van
672 opleidingscapaciteit
- 673 • Programma's ter verlaging van de regeldruk en administratieve lasten
- 674 • Ontwikkeling van professionele richtlijnen (mono- en multidisciplinair) en samenwerkingsafspraken
675 (zoals de LESA's)
- 676 • Bundelen en verspreiden van kennis ('best practices') op het niveau van de eerstelijnszorg en naar
677 beroepsgroep, inclusief benchmarking tussen regio's
- 678 • (Door)ontwikkelen van betrouwbare tools t.a.v. informatievoorziening en zelfmanagement
- 679 • Publieksinformatie t.a.v. 'de (eerstelijns)zorg van de toekomst'
- 680 • Monitoringsafspraken over wederzijdse afhankelijkheden tussen IZA-thema's²³ en andere integrale
681 akkoorden (meer specifiek WOZO en GALA)

682

²³ Zie Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.

683 **Appendix 1 Begrippenlijst**

Begrip	Definities
Burger	Een lid van de bevolking; een inwoner
Gezondheidsvaardigheden	Cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid
Langdurige zorg	In deze context alle zorg binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) die intramuraal geleverd wordt. Hieronder valt o.a. de intramurale verpleeghuiszorg en -gehandicaptenzorg
Netwerkgzorg	Een gecoördineerde manier van samenwerken door zorgprofessionals vanuit verschillende sectoren
Patiënt	Een burger met een medische, paramedische en/of verpleegkundige zorgvraag
Persoonsgerichte zorg	Zorg afgestemd op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren van de burger, waarbij niet de zorgvraag, maar de persoon centraal staat
Regiebehandelaarschap	De verantwoordelijkheid voor continuïteit, samenhang, informatie-uitwisseling, voldoende overleg en daar waar nodig aanpassing van de zorgverlening van zorg die door meerdere zorgprofessionals in samenhang wordt geboden. De regiebehandelaar zorgt ook één aanspreekpunt voor de patiënt en diens naaste(n)
Regio	Een aaneengesloten geografisch gebied. In de regiobeelden en regioplannen van IZA wordt hiervoor de indeling naar zorgkantoorregio's gebruikt. In dit document kan 'regio' ook verwijzen naar een subregio binnen een zorgkantoorregio
Taakherschikking	Het structureel herverdelen van taken en bijbehorende verantwoordelijkheden van de ene zorgprofessional naar een andere zorgprofessional
Triage	Het beoordelen van de urgentie van de zorgvraag en vervolgens de wijze waarop de zorgvraag het beste kan worden beantwoord en door wie die patiënt gezien moet worden
Tweedelijnszorg	In deze context alle zorg binnen de Zorgverzekeringswet waarvoor een verwijzing van de huisarts vereist. Hierbinnen vallen onder andere medische specialistische zorg en de specialistische geestelijke gezondheidszorg
Vraagverheldering	Het duidelijk maken van de exacte vraag, inclusief eerste inschatting welke mix van zelfzorg, informele zorg, medische zorg en ondersteuning vereist is
Wijk	Voor de term 'wijk' kan, afhankelijk van de lokale situatie, ook buurt, dorp(s)kern of streek worden gelezen
Zelfredzaamheid	Het vermogen van burgers om zichzelf te redden op alle levensterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg.

685 **Appendix 2** Stand van zaken IZA tafels per 16 maart 2023 (o.b.v. kamerbrief
686 **VWS)**

IZA-tafel	Raakvlak visie eerstelijnszorg	Stand van zaken 16.3
Verbeteren en verbreden toets basispakket	<ul style="list-style-type: none"> Verwachtingsmanagement richting burger 	<ul style="list-style-type: none"> Voorjaar 2023 volgt stand van zaken
Regionale zorgcoördinatie	<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in capaciteit per regio Multidisciplinaire triage 	<ul style="list-style-type: none"> Maart 2023 advies over zorgcoördinatie Tweede helft 2023 in de ROAZ-plannen
Beoordelingskader impactvolle transformaties	<ul style="list-style-type: none"> <i>Voorlopig geen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Eerste kwartaal 2023 evaluatie beoordelingskader
Samenwerking sociaal domein, eerstelijnszorg en GGZ	<ul style="list-style-type: none"> Samenwerkingsafspraken GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> Handreiking cruciale GGZ eind december Juli 2023 landelijke bundeling cruciaal GGZ aanbod per regio
Werkagenda gemeenten: Inzet voorkomen van zorg	<ul style="list-style-type: none"> Samenwerking en randvoorwaarden sociaal domein 	<ul style="list-style-type: none"> Komende periode VNG en VWS afspraken over financiële middelen gemeenten
Arbeidsmarktsituatie & ontzorgen	<ul style="list-style-type: none"> Capaciteit beter benutten Werkplezier 	<ul style="list-style-type: none"> Programma vermindering administratieve tijdsbesteding Investeringsakkoord Opleiden wijkverpleging Uitstroom ZZP-schap beperken
Regionale samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> Organisatie op regio-niveau 	<ul style="list-style-type: none"> Criteria regiobeelden en plannen zijn vastgesteld Regiobeelden worden opgesteld. Verkenning ZonMW en landelijkse partijen om DSV's stappen te laten zetten.
Gegevensuitwisseling en digitalisering	<ul style="list-style-type: none"> Veranderopgaven Randvoorwaarden 	<ul style="list-style-type: none"> April 2023 wordt nationale visie en strategie korte termijn gedeeld met kamer
Contractering	<ul style="list-style-type: none"> Randvoorwaarden 	<ul style="list-style-type: none"> Begin 2023 reflectie op huidige contracteerproces Komende jaren verbetering werkwijze contractering.

687

688 **Appendix 3 Opdracht op regionaal niveau**

689 Op regionaal niveau valt de denken aan de volgende opgave voor de samenwerkende partijen in de
690 eerstelijnszorg. Deze opgave zal in het nog op te stellen plan van aanpak verder worden geconcretiseerd.

691

692 • Maak goede, niet vrijblijvende (samenwerkings-)afspraken over:

693 ○ het borgen en coördineren van voldoende capaciteit in de eerstelijnszorg en met
694 aanpalende sectoren (sociaal domein, tweedelijnszorg en langdurige zorg), op basis van
695 regiobeelden en regioplannen. Doel is dat iedere wijk voldoende (eerstelijnszorg)capaciteit
696 heeft om zorg te leveren aan de meest kwetsbare burgers (minimaal op basis van de IZA-
697 doelgroepen). Waar nodig wordt er (tijdelijk) capaciteit uitgewisseld tussen wijken om aan
698 de zorgvraag te kunnen voldoen. In deze keuzes worden ook overwegingen t.a.v. het
699 verplaatsen van tweede- naar de eerstelijnszorg meegenomen. Zoek samen de best
700 passende oplossing.

701 ○ multidisciplinaire programma's (kwetsbare ouderen, ggz, jeugd, etc.) met aanpalende
702 sectoren (sociaal domein, tweedelijnszorg en langdurige zorg)

703 ○ taakverdeling, binnen landelijke afspraken

704 ○ inzet van beroepsgroepen die niet op regionaal niveau zijn georganiseerd (waaronder
705 specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten). Waar nodig worden
706 deze afspraken bovenregionaal gemaakt.

707 • Bepaal hierbij vooraf welke beroepsgroepen minimaal gemandateerd vertegenwoordigd moeten
708 zijn op regionaal niveau om te kunnen starten. Op een later moment gemandateerd aansluiten is
709 altijd mogelijk.

710 • Het regionaal samenwerkingsverband moet minimaal het volgende realiseren in de regio:

711 ○ stimuleren van burgerinitiatieven en buurtnetwerken en zo het bevorderen van de eigen
712 verantwoordelijkheid van burgers

713 ○ actief delen van knelpunten én oplossingen uit de wijk, om op regionaal effectief tot
714 werkende afspraken te komen

715 ○ actief ophalen van onderwerpen waar zorgprofessionals op regionaal niveau op
716 ondersteund willen worden, om hun werkplezier te verhogen.

717 ○ actieve, periodieke monitoring van de gemaakte afspraken binnen de eerstelijnszorg en met
718 aanpalende sectoren

719 ○ faciliteren en ontzorgen van zorgprofessionals op overkoepelende thema's, zoals HR
720 (arbeidsmarkt, capaciteit, scholing) en ICT (e-health, databeheer, elektronische
721 gegevensuitwisseling; op basis van landelijke richtlijnen).

722 ○ heldere, regionale afspraken over gedeelde verantwoordelijkheid voor het realiseren van
723 bovenstaande resultaten: wie gaat wat doen en wie is waar verantwoordelijk voor?

724 • De regie voor het realiseren van deze opdracht ligt op regionaal niveau.

725

726 *Bovenstaand zijn de minimale afspraken en resultaten. Het staat regionale samenwerkingsverbanden vrij*
727 *om meer te doen.*

728 **Appendix 4 Opdracht op wijkniveau**

729 Op wijkniveau valt te denken aan de volgende opgave voor de samenwerkende partijen in de
730 eerstelijnszorg, waarbij de wijk is gecommitteerd aan de regionale afspraken. Deze opgave zal in het
731 nog op te stellen plan van aanpak verder worden geconcretiseerd.

732

- 733 • Maak goede, niet-vrijblijvende (samenwerkings-)afspraken in de wijk over:
- 734 ○ welke disciplines op welke wijze samenwerken binnen de basisopstelling in de wijk (in
735 algemene zin en naar de verschillende doelgroepen)
 - 736 ○ hoe de eerstelijnszorg als geheel voldoende capaciteit beschikbaar heeft in de wijk voor de
737 meest kwetsbare burgers (minimaal op basis van de IZA-doelgroepen). Dit zijn concrete
738 werkafspraken op basis van de regionale afspraken.
 - 739 ○ complementair inzetten van beschikbare kennis en kunde (passend escaleren en dé-
740 escaleren van eerstelijnszorg)
 - 741 ○ invulling van de regionale afspraken over taakverdeling
 - 742 ○ over toeleiding van zorgvragen die specialistische expertise²⁴ vereisen (over de inzet van
743 deze kennis zijn (boven)regionale samenwerkingsafspraken gemaakt)
 - 744 ○ samenwerking met het sociaal domein om de gezamenlijke slagkracht in de wijk te
745 vergroten en bestaande netwerken beter te benutten is het sociaal domein
746 vertegenwoordigd in de basisopstelling.
- 747
- 748 • Het wijksamenwerkingsverband heeft de volgende minimale opdracht:
- 749 ○ Neem kennis van de regionale kaders en mogelijkheden en werk daarbinnen
 - 750 ○ Deel onderling kennis, capaciteit en informatie over zorg en gezondheid over de burgers
751 op wijkniveau t.b.v. wijkmanagement
 - 752 ○ Verzamel op gestructureerde en efficiënte wijze knelpunten die op regionaal niveau
753 beslecht moet worden

754

755 *Bovenstaand zijn de minimale afspraken en resultaten. Het staat wijksamenwerkingsverbanden vrij om*
756 *meer te doen. Dit is aan regionale samenwerkingsverband en de zorgprofessionals die in de wijk actief*
757 *zijn.*

758

²⁴ Bijvoorbeeld de inzet van specialisten ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten