

# Regioplan Friesland

Aanvraag O&I financiering

Dokterszorg Friesland in afstemming met Friese Huisartsen Vereniging



Versie V5 definitief

December 2021

## INHOUDSOPGAVE

### INHOUDSOPGAVE

---

<b>INLEIDING/LEESWIJZER</b>	<b>1</b>
<b>1. FRIESLAND, ZORGVRAAG EN ARBEIDSMARKT</b>	<b>2</b>
1.1. POPULATIEKENMERKEN EN ZORGVRAAG	2
1.2. POPULATIEKENMERKEN, ARBEIDSMARKT VOOR ZORGPERSONEEL	4
A) Huisartsen	4
B) Medewerkers in de huisartsenpraktijk	5
1.2.1. MOGELIJKE OPLOSSINGEN VOOR CAPACITEITSPROBLEMEN.	5
1.3. SAMENVATTENDE CONCLUSIE	6
<b>2. HUISARTSENZORG FRIESLAND NU EN AMBITIE</b>	<b>7</b>
2.1. HUISARTSENORGANISATIES	7
2.2. REGIO-ORGANISATIE DOKTERSZORG	8
2.3. VISIE EN AMBITIE HUISARTSENZORG	9
2.4. VAN PLANNEN NAAR UITVOERING (EXECUTIE)	10
2.4.1. REGIOBEELD(EN) EN REGIOPANNEN	10
2.4.2. SAMENHANG AANBRENGEN	11
2.4.3. PROGRAMMATISCHE AANPAK	12
<b>3. PROGRAMMA (1): VERSTERKEN ORGANISATIE HUISARTSENZORG FRIESLAND</b>	<b>14</b>
3.1. ORGANISATIE HUISARTSENZORG FRIESLAND (DE BASIS)	14
3.2. ORGANISATIE EN ONDERSTEUNING OP PROVINCIE- EN REGIONIVEAU	15
3.3. ORGANISATIE EN ONDERSTEUNING OP PRAKTIJK- EN WIJKNIVEAU	17
3.4. KENNISNETWERK EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING	19
3.5. FINANCIERING ONDERDELEN PROGRAMMA 1 VERSTERKEN ORGANISATIE HUISARTSENZORG.	19
<b>4. PROGRAMMA (2): ZORGPROGRAMMA'S VOOR CHRONISCHE EN INTEGRALE ZORG VOOR OUDEREN EN KWETSBARE GROEPEN</b>	<b>20</b>
4.1. CONTRACTERING VAN KETENZORGPROGRAMMA'S (ZORGDEEL EN O&I)	20
4.2. INTEGRALE ZORG VOOR KWETSBARE OUDEREN EN ANDERE GROEPEN	20
4.2.1. INTEGRAAL ZORGPAD OUDEREN	20
4.3. ZORGPADEN VOOR SPECIFIEKE CHRONISCHE PATIËNTEN	21
4.3.1. ATRIUMFIBRILLEREN	21
4.3.2. GEZONDE NIEREN FRIESLAND	22
4.4. FINANCIERING ONDERDELEN PROGRAMMA 2 CHRONISCHE EN INTEGRALE ZORG	22

<b>5. PROGRAMMA (3): JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK</b>	<b>23</b>
5.1. POSITIEVE GEZONDHEID/ PERSOONSGERICHTE ZORG	23
5.2. MEEKIJK EN MEEDENK CONSULTEN MET MSB/ZIEKENHUIS (REGIONIVEAU)	24
5.3. GECOMBINEERDE LEEFSTIJL INTERVENTIE (GLI)	24
5.4. ZORGVERNIEUWING MET OOK ANDERE (ZORG)AANBIEDERS EN GEMEENTES	24
5.5. FINANCIERING ONDERDELEN PROGRAMMA 3: JZOJP	25
<b>6. PROGRAMMA (4): DIGITALISERING</b>	<b>26</b>
6.1. MASTERPLAN EN PROGRAMMA-ORGANISATIE DIGITALISERING/ICT HUISARTSENZORG	26
6.2. IT-MASTERPLAN AMBITIE	26
6.3. VERSTERKEN REGIONALE INFRASTRUCTUUR	27
6.4. HUIS OP ORDE	28
6.5. INTEGREREN (DE MARATHONLOPER)	29
6.6. INNOVATIE (SPRINTER)	30
6.7. FINANCIERING ONDERDELEN PROGRAMMA 4: DIGITALISERING	31
<b>7. PROGRAMMA (5): CONTINUÏTEIT HUISARTSENZORG</b>	<b>32</b>
7.1. PLATFORM 11 HUISARTSEN	32
7.2. STAGEBEGELEIDING IN DAGPRAKTIJK EN ANW	32
7.3. TRANSITIEMANAGEMENT	33
7.4. PRAKTIJKMANAGEMENT VOOR KLEINE PRAKTIJKEN	33
7.5. PRAKTIJK OP ORDE: EFFICIËNTE PRAKTIJKVOERING EN ACCREDITATIE	33
7.6. FINANCIERING ONDERDELEN PROGRAMMA 5: CONTINUÏTEIT	34
<b>8. FINANCIËN/ TARIEVENOVERZICHT</b>	<b>35</b>
<b>BIJLAGE 1. PROCES EN FORMAT INITIATIEVEN ZORGVERNIEUWING VOOR KERNTEAMS/HAGRO/REGIO IN FRIESLAND.</b>	<b>36</b>
<b>FORMULIER INDIENEN VOORSTEL VOOR FINANCIERING ZORGVERNIEUWING</b>	<b>37</b>
<b>BIJLAGE 2. VISIE EN INKOOPBELEID ZILVEREN KRUIS</b>	<b>38</b>

## Inleiding/Leeswijzer

De huisartsenzorg staat voor grote uitdagingen. Om de zorg in de toekomst beschikbaar, bereikbaar en betaalbaar te houden is er een transitie gestart: transitie van zorg van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn en van 1<sup>e</sup> lijn naar en met sociaal domein en nulde lijn. Lokale en regionale samenwerking in zorgnetwerken zijn essentieel om deze opgave tot realiteit te maken. Een sterk georganiseerde huisartsenzorg is hierbij cruciaal.

Huisartsenzorg neemt een unieke plaats in. Nergens in de wereld is *primary care* zo generalistisch en dichtbij de inwoners georganiseerd. De rol en inzet van huisartsenzorg is van groot belang voor het functioneren van de totale gezondheidszorg in Nederland. De huisartsenzorg staat wel onder druk. Voor het behoud en verder ontwikkelen van de rol en inzet huisartsenzorg is het van belang de organisatiegraad te versterken.

Het rapport Substantieel potentieel (SIMR, Utrecht, 25 juni 2021) geeft een goede indruk van de mogelijkheden en resultaten die dit oplevert. De O&I financiering biedt een kans om de organisatie mogelijk te maken.

De integratie van de inkoopafdeling van verzekeraar De Friesland met Zilveren Kruis heeft tot een nieuwe dynamiek geleid. Ook in Friesland krijgen de huisartsen de gelegenheid om via de betaaltitels van Organisatie & Infrastructuur hun organisatiegraad te versterken. Dit document gaat dus niet over directe patiëntenzorg, wel over het realiseren van de juiste voorwaarden en condities om die te organiseren. Uiteindelijk moet dat er voor zorgen dat die patiëntenzorg – ook in de toekomst - beter, toegankelijker en betaalbaarder is voor de inwoners van Friesland.

In dit document beschrijven we hoe we dat willen bereiken. Het document dient dan ook beschouwd te worden als het voor de contractering gewenste 'regioplan'. Het is een coproductie van het bestuur van de Friese Huisartsen Vereniging en Dokterszorg Friesland.

In Friesland is in de loop van de tijd een huisartsenlandschap ontstaan dat op diverse niveaus vertegenwoordiging kent. Alle (contracterende) huisartsenorganisaties hebben medio 2020 naar elkaar uitgesproken dat de bundeling van hun gezamenlijke inspanningen tot een betere uitkomst voor patiënten en huisartsen(praktijken) zal leiden.

Dit document beschrijft allereerst op welke manier wij willen gaan werken aan een samenhangende structuur van huisartsenvertegenwoordiging, met een logische verbinding tussen praktijk, wijk, regio en provincieniveau<sup>1</sup>. De financiering komt vooral uit de groeirimte van de O&I financiering Friesland.

Ten tweede behandelt dit document 4 thematische programma's. Gebaseerd op de visie van FHV/ZK/DZ en de diverse regiobeelden/plannen en initiatieven in de provincie. Met deze programma's wil Dokterszorg als regio-organisatie invulling geven aan de ondersteuning van de huisartsen bij hun zorgopgave van nu en in de toekomst.

De hoofdstukken behandelen onderwerpen/projecten die we met de beschikbare O&I betaaltitels willen financieren. Maar we willen ook de financieringsmogelijkheden van andere beschikbare prestaties gebruiken (o.a. S3, toekomstbestendige huisartsenzorg). Elk hoofdstuk sluit daarom af met een overzicht van de financieringsbronnen.

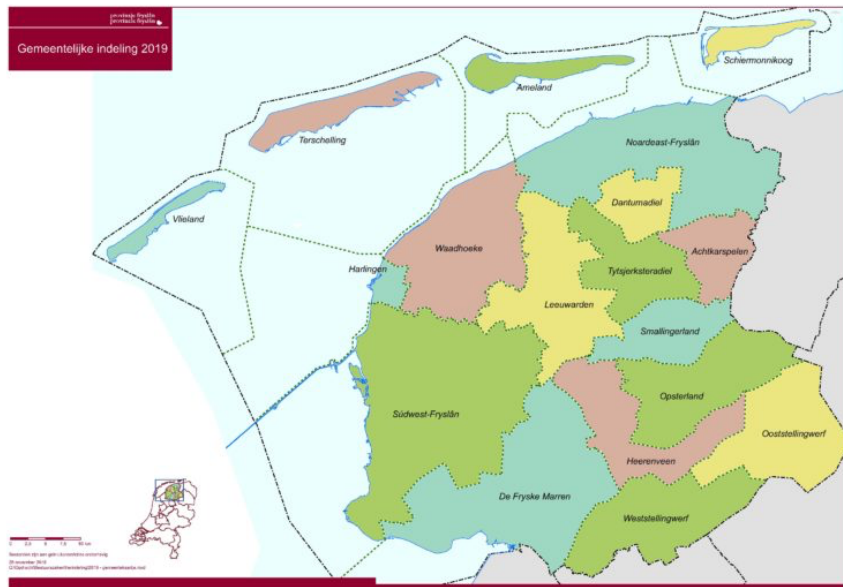
Dit document laat de samenhang tussen de verschillende initiatieven en projecten zien.

---

<sup>1</sup> De Friesland/Zilveren Kruis benoemt in zijn inkoopbeleid de provincie Friesland als 1 regio. In Friesland zijn rond de ziekenhuislocaties regionale samenwerkingsverbanden ontstaan. Deze worden ook aangeduid als regio. Binnen deze geografische gebieden zijn zorgaanbieders actief die zich 'regionale aanbieder' noemen. Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de benamingen in het zorgveld worden ook in dit document de geografische gebieden rond de ziekenhuislocaties met 'regio' aangeduid. En de zorginkoopregio Friesland dus met Provincie.

## 1. Friesland, zorgvraag en arbeidsmarkt

De provincie Friesland kent ongeveer 650.000 inwoners op 5.748 m2 grondgebied, waarvan 41% bestaat uit water (bron: Wikipedia). Er zijn 18 gemeentes inclusief 4 Waddeneilanden.



Binnen de provincie zijn 5 regio's te onderscheiden die zich langs de verzorgingsgebieden van de ziekenhuislocatie laten ordenen:<sup>2</sup> De regio's kennen geen afgebakende grenzen, zij overlappen elkaar wat gemeentes betreft.

Regio		Gemeenten
Noordoost	Dokkum e.o.	Noardeast-Fryslân (voorheen Ferweradiel, Dongeradeel en Kollumerland), Ameland, Schiermonnikoog, Dantumadiel, en Tytsjerkstradiel.
Noordwest	Leeuwarden e.o.	Waadhoeke (voorheen Franekeradeel, Menameradiel, het Bildt) Leeuwarden, Harlingen, Vlieland en Terschelling
Zuidwest	Sneek e.o.	Sudwest-Fryslân,
Zuid	Heerenveen e.o.	Heerenveen, De Fryske Marren, Weststellingwerf
Zuidoost	Drachten e.o.	Achtkarspelen, Smallingerland, Opsterland, Ooststellingwerf.

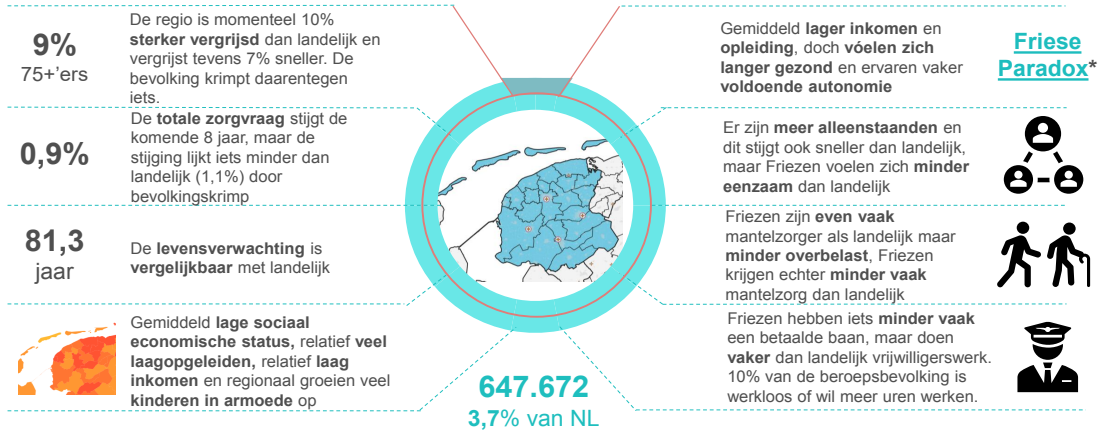
### 1.1. Populatiekenmerken en zorgvraag

Op provinciaal niveau is een regiobeeld opgesteld door DFZ (<https://www.defriesland.nl/zorgaanbieder/visie/regiobeeldfriesland>), juli 2021. Hieronder een paar elementen uit het regiobeeld.

<sup>2</sup> Bron: regiobeelden De Friesland/ Ros Friesland

## Populatie en ervaren gezondheid

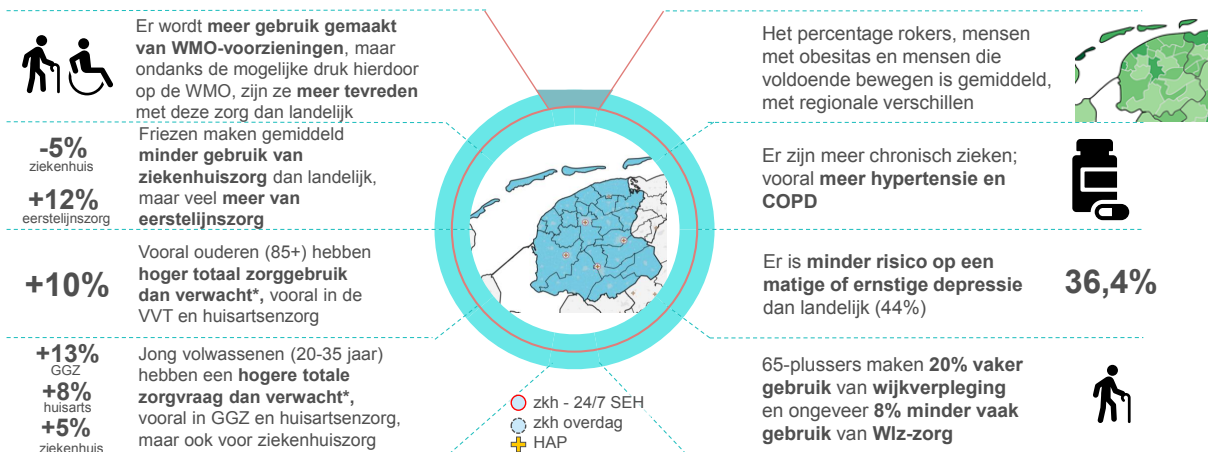
### Friesland ten opzichte van Nederland



\* Fries Sociaal Planbureau beschreef dit fenomeen en doet hier onderzoek naar. Klik voor meer informatie.  
Regiobeeld Friesland (samenvatting)

## Zorggebruik en leefstijl

### Friesland ten opzichte van Nederland



\*Verwacht is het landelijk gemiddelde gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht = Vergeleken met groep zelfde leeftijd en geslacht  
Regiobeeld Friesland (samenvatting)

## 1.2. Populatiekenmerken, Arbeidsmarkt voor zorgpersoneel

Diverse onderzoeken tonen aan dat de krapte op de arbeidsmarkt een groeiend probleem is. Dat is een landelijke uitdaging en zeker ook in de provincie Friesland.

### A) Huisartsen

Onderzoek uit 2018 (LHV, Balans in vraag en aanbod Huisartsenzorg, LHV, 2018) toont aan dat de problemen urgent zijn. LHV concludeert uit onderzoek dat “in 2023 én in 2028 voorzien we maar liefst in 22 regio’s een tekort aan huisartsenzorg.” Een van die regio’s is Friesland.

De tekorten aan huisartsenzorg komen in allerlei vormen voor:

- Openstaande vacatures voor huisartsen.
- Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken.
- Moeite om praktijkopvolging of -uitbreiding te vinden.
- Afname in de bezettingsgraad van opleidingsplekken.
- Het niet verkocht krijgen van ANW-diensten.

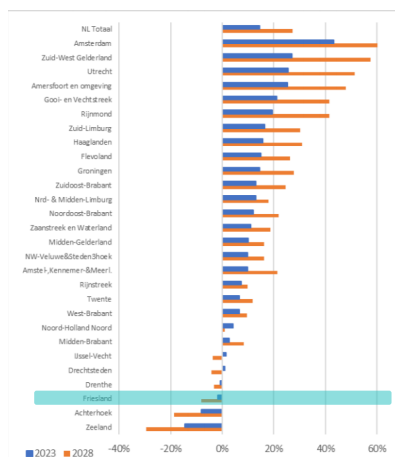
Voor het vinden van associés of praktijkopvolgers lag het percentage in Friesland flink hoger dan gemiddeld in Nederland (factsheet Nivels: Arbeidsmarkt huisartsenzorg regio Friesland, 2019/2020, december 2020).

Ook het regiobeeld van De Friesland laat zien dat voor het toekomstbeeld zorgelijk is.

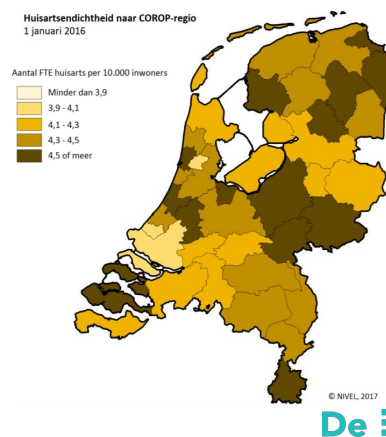
### Huisartsenzorg

**Momenteel is de huisartsendichtheid in Friesland bovengemiddeld, maar is Friesland één van de weinige regio’s waar de netto-instroom van huisartsen negatief is**

**Prognose 2023 en 2028 netto instroom huisartsen**  
[saldo van in- en uitstroom, 2018]



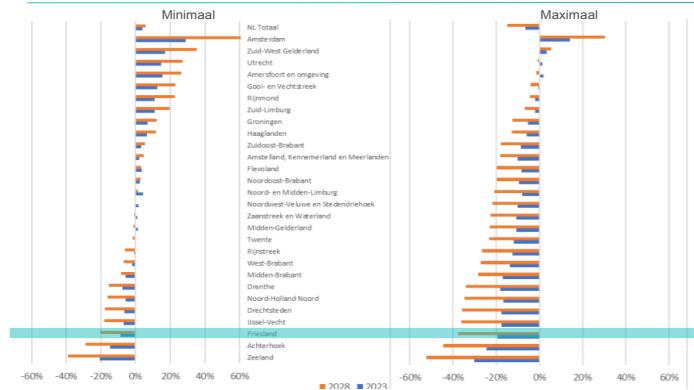
**Huisartsendichtheid per regio**  
[Aantal FTE huisarts per 10.000 inwoners, 2016]



\*Bron: Nivel (2018). Rapport balans in vraag en aanbod huisartsenzorg

## In Friesland zal in 2023 al 10-20% meer vraag naar huisartsenzorg zijn, dan er aanbod van huisartsenzorg is, in 2028 stijgt dat verschil naar 20-38%

Prognose 2023 en 2028 verhouding zorgaanbod-zorgvraag huisartsenzorg [% verschil tov. zorgvraag, 2018]



In de tabel hiernaast is de prognose balans vraag-aanbod te zien voor 2023 (blauw) en 2028 (oranje) per zorgkantoorregio. Deze is berekend aan de hand van een minimum en maximum-waarde, oftewel, in het minst erge geval en in het ergste geval. Ten opzichte van nu zal er in Friesland sprake zijn van een negatieve balans en kan er dus niet worden voldaan aan de zorgvraag. Er wordt een te kort van 10-20% in 2023 en 20-38% in 2028 verwacht

Gezien de arbeidsmarktproblematiek rondom huisartsen, zal er bovengemiddeld aandacht moeten worden besteed aan:

1. Werving en behouden (Vroege blootstelling, inzetten op artsen die roots hebben in het gebied en samenwerkingsverbanden om vooroordelen werken 'in isolatie weg te nemen)
2. Taakherschikking als aantrekkelijk organisatie-model (Praktijken aanbieden waarin dit al is doorgevoerd)
3. Mobiliseren huisartsen
4. Technische innovaties die het huisartsenwerk in rurale gebieden aantrekkelijk en efficiënt maken (Bosmans, Boerma & Groenewegen, 2018)

Huidige interventies die ingezet zijn in Friesland binnen de hierboven genoemde acties, zijn:

1. LHV heeft samen met VWS de Rebel groep ingeschakeld om urgentste regio's aan te pakken. Friesland is 1 van de 4 meest urgente.
2. Dokterszorg: Ondersteuning en ontzorgen voor en van huisartsen in de vorm van moderne diensten en producten, zodat zij hun praktijk toekomstgericht kunnen behouden én ontwikkelen, en zich zo veel mogelijk kunnen richten op hun medische professie
3. De Friesland Zorgverzekeraar biedt startende en stoppende huisartsen in Friesland ondersteuning door inzet transitimanagers en het koppelen van startende en ervaren huisartsen in de regio t.b.v. mentoring Visievorming FHV
- 4.

\*Bron: Nivel (2018). Rapport balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. 2020:opdracht LHV/VWS: ondersteuning regionale aanpak huisartsentekort

### B) Medewerkers in de huisartsenpraktijk

In de huidige situatie ervaren de meeste huisartsenpraktijken (nog!) geen urgent probleem bij de invulling van vacatures van ondersteunend personeel. Daarentegen zijn de tekorten al wel degelijk zichtbaar bij Dokterswacht. Het is bijzonder moeilijk om voor de avond-, nacht en weekenddiensten doktersassistenten aan te trekken.

Om een indruk te krijgen van het tekort over een langere tijdshorizon, biedt een analyse door Zorgplein Noord uitkomst. Zij stellen: "Hoewel het aantal medewerkers in zorg en welzijn in onze regio tot en met 2030 naar verwachting blijft toenemen, is het onvoldoende om de grotere zorgvraag op te vangen. Hierdoor loopt het personeelstekort in het Noorden op tot ca. 20.000 medewerkers in 2030. (...) Die tekorten worden veroorzaakt door ontgroening en vergrijzing in de drie noordelijke provincies. De potentiële beroepsbevolking neemt de komende jaren af, terwijl de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder sterk toeneemt. Juist bij deze leeftijdsgroep is de zorgvraag groot. (bron: Zorgplein Noord: arbeidsmarkt zorg en welzijn 2020 Groningen, Friesland en Drenthe;

<https://werkgevers.zorgpleinnoord.nl/kennisbank/arbeidsmarkt-zorg-en-welzijn-2020-in-groningen-friesland-en-drenthe> )

Verontrustend is ook dat de instroom van bij de opleiding voor doktersassistenten in 2019 met 10% is gedaald. (Bron: Zorgplein Noord: factsheet Provincie Friesland).

#### 1.2.1. Mogelijke oplossingen voor capaciteitsproblemen.

Gegeven de voorgaande knelpunten op de arbeidsmarkt en drukte in de praktijk, treffen huisartsenpraktijken in de regio Friesland verschillende maatregelen om zich op (verdere) capaciteitsproblemen voor te bereiden.

In 2019/2020 namen de meeste praktijken in Nederland drie typen maatregelen: het optimaliseren van de personeels-/functiemix, het toepassen van e-health en extra opleiden van personeel.



Het Nivel laat zien dat er wat dit betreft slechts kleine verschillen zijn tussen Friesland en Nederland. Het percentage praktijken in Friesland dat aangaf het optimaliseren van de personeels-functiemix als oplossingsrichting in te zetten, was met 73% zelfs iets hoger dan gemiddeld in Nederland. Het opleiden van extra personeel werd door iets minder praktijken in Friesland toegepast dan gemiddeld in Nederland.

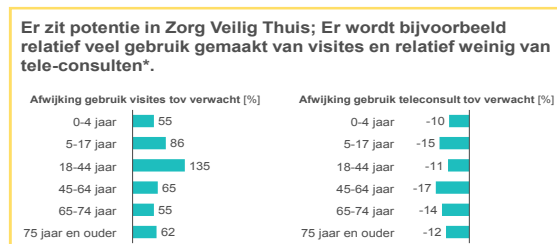
Dat sluit aan bij de ervaring van het ROC Friesland dat aangeeft dat het steeds moeilijker wordt om stageplekken voor MBO-studenten te vinden. Een mogelijke verklaring hiervoor is de hoge(re) werkdruk die door praktijkeigenaren wordt ervaren, waardoor zij geen tijd meer zien voor het opleiden van personeel. Op deze manier blijft dus een negatieve spiraal bestaan.

### 1.3. Samenvattende conclusie

Friesland vergrijsd en ontgroent. De zorgvraag stijgt; het aantal patiënten met multi-morbiditeit en chronische ziekten neemt toe. Het arbeidsmarktprobleem neemt toe: voor zowel huisartsen als ondersteunend personeel. De huisartsenzorg staat onder druk door de stijgende zorgvraag, verplaatsing van zorg, de stijgende complexiteit van de zorgvraag en de afnemende huisartsencapaciteit (regiobeeld De Friesland, juli 2021). Het regiobeeld van De Friesland concludeert dat vernieuwing van de huisartsenzorg nodig is.

#### Huisartsenzorg

### Vernieuwing van de huisartsenzorg is nodig om de stijgende zorgvraag en de negatieve instroom van huisartsen op te kunnen vangen; Er wordt momenteel samengewerkt om hier visie over te vormen om dit probleem aan te pakken



Regiobeeld Friesland (conclusies)

\* Verwacht is gecorrigeerd voor populatiekenmerken

## 2. Huisartsenzorg Friesland nu en ambitie

### 2.1. Huisartsenorganisaties



Er zijn ongeveer 200 huisartsenpraktijken. De provinciale Friese Huisartsen Vereniging (FHV, tevens Kring LHV) vertegenwoordigt 467 leden, waarvan 52% praktijkhouders, de andere leden zijn (voormalig) praktijkhouders, HIDHA's en waarnemers.

Naast de FHV verenigt de Stichting Apotheekhoudend Huisartsen Friesland de apotheekhoudende praktijkhouders in Friesland.

De FHV is enig aandeelhouder van de provinciale ondersteuningsorganisatie Dokterszorg Friesland. Zie verder in paragraaf 2.2.

In Friesland zijn drie zgn. Zorggroepen voor multidisciplinaire ketenzorg: Catena (ong. 35 praktijken), Dokterscoop (ong. 20 praktijken), Ketenzorg Friesland (ong. 140 praktijken, onderdeel van Dokterszorg Friesland). Zij organiseren de zorgprogramma's op het gebied van Diabetes Mellitus II, Cardio Vasculair Risico (Management), Astma en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Naast de provinciale organisaties zijn er 5 Regionale huisartsen coöperaties. Deze coöperaties zijn het regionale aanspreekpunt voor bijvoorbeeld de gemeenten, ziekenhuis, thuiszorgorganisaties, fysiotherapeuten en de zorgverzekeraar.

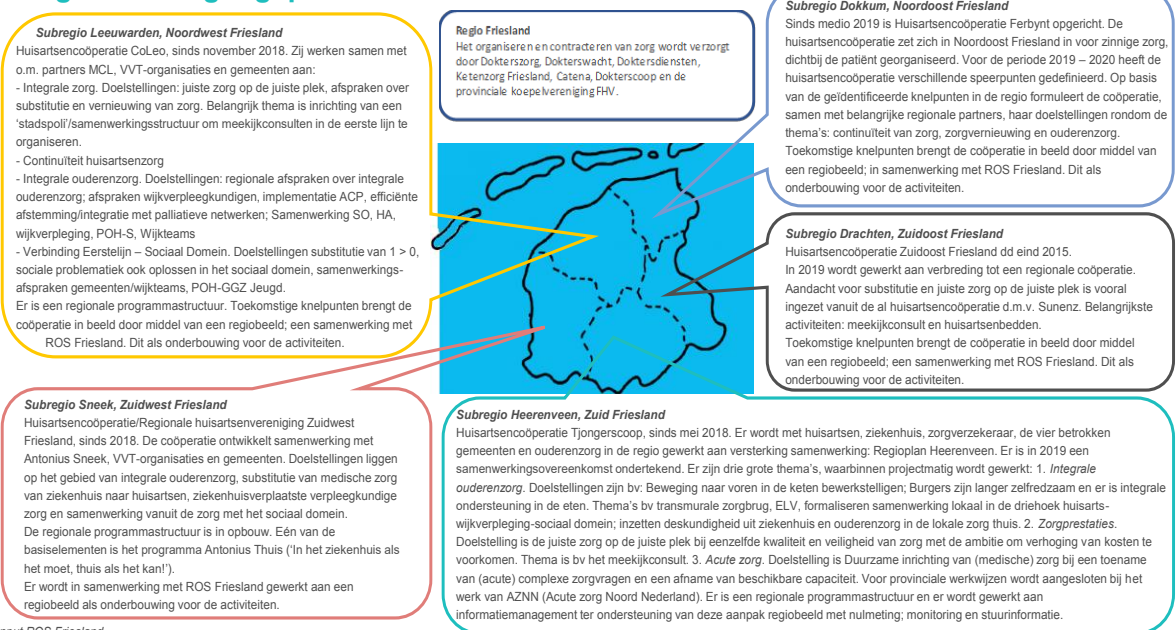
Op regionaal niveau is op een aantal plekken een geformaliseerd juridisch samenwerkingsverband tussen huisartsen en andere regionale partners. Regio Heerenveen kan als koploper worden beschouwd met een structurele inrichting van een zogenaamde regiotafel met deelname van zorg en gemeenten. In deze regio is Tjongerzorg de gezamenlijke coöperatie van de huisartsen coöperatie Tjongerscoop en het Medisch Specialistisch Bedrijf Tjongerschans voor afspraken en organisatie van de 1,5 lijnszorg in de regio. In de regio Zuidoost /Drachten is Sûnenz het 1,5lijns-samenwerkingsverband tussen VVT-organisatie

ZuidOostZorg, ziekenhuis/MSB Nij Smellinghe en de regionale huisartsen coöperatie. Ook in Leeuwardenstad is inmiddels een formeel regionaal zorgnetwerk ingericht met o.a. MCL, VVT, gemeente.

In Friesland is één Gezondheidscentrum Eerstelij (GEZ) in Leeuwarden in de wijk Camminghaburen.

ROS Friesland ondersteunt bij multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.

## Huisartsen hebben zich per ziekenhuisregio verenigd in een aanspreekbare huisartsencoöperatie. In alle regio's behoren JZOJP, substitutie en integrale zorg tot de uitgangspunten en te bewerken thema's



Bron: Input ROS Friesland

### Beschouwing

Op het eerst gezicht lijkt het een versnipperd landschap met veel vertegenwoordigende organisaties. Nader beschouwd biedt het landschap juist een vertegenwoordiging op alle niveaus. Zowel op praktijk, wijk, regio en provinciaal niveau zijn huisartsen vertegenwoordigd in diverse organisatievormen. Sommige van die organisaties zijn (of worden) zelfs opgenomen in netwerkstructuren met deelname van andere zorgaanbieders (bijv. Heerenveen).

Samen met FHV/LHV zien we de unieke kans om dit landschap te versterken door de verschillende niveaus in beleid en menskracht met elkaar te verbinden.

### 2.2. Regio-organisatie Dokterszorg

Dokterszorg Friesland ondersteunt huisartsen in Friesland, zodat zij onbelemmerd en professioneel hun vak kunnen uitoefenen. De holding Dokterszorg Friesland is opgericht in 2012 en ontstaan vanuit Dokterswacht Friesland (opgericht in 2002). De afgelopen jaren is Dokterszorg gegroeid en geprofessionaliseerd tot een brede en veelzijdige dienstverleningsorganisatie voor Friese huisartsen.

### Missie

Dokterszorg Friesland werkt vanuit de drijfveer 'hart voor huisartsenzorg'. Samen met huisartsen en (keten)partners ontwikkelt Dokterszorg moderne diensten en producten die huisartsen ondersteunen.

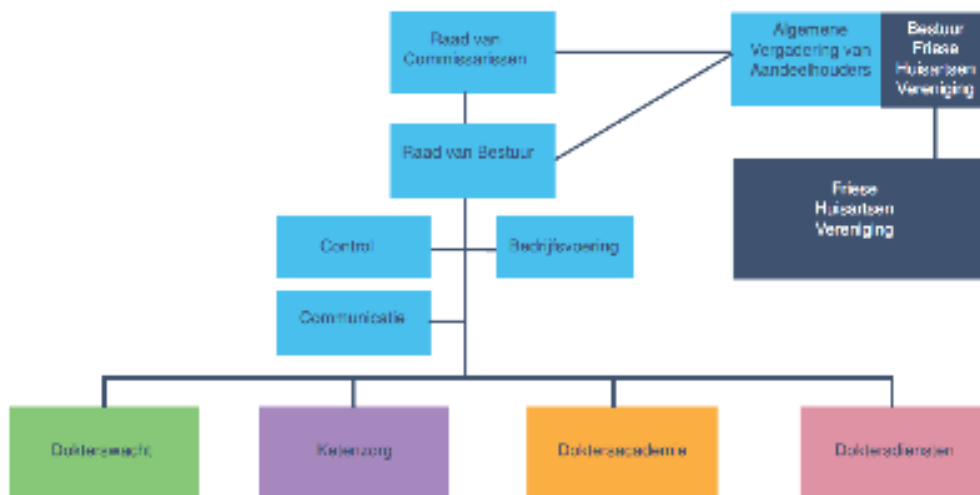
Door te zorgen voor actuele kennis en advies kan de huisarts zijn praktijk toekomstgericht beheren en ontwikkelen.

### Visie

Dokterszorg Friesland ziet en begrijpt de steeds grotere druk op de huisartsen in Friesland. De huisarts is niet alleen professional, maar steeds meer allround manager van zijn eigen praktijk en personeel en zorgnetwerk. Bovendien neemt de vergrijzing onder huisartsen toe, net als de taken in de eerste lijn. Daarnaast is er sprake van een geringe toestroom van jonge huisartsen die zich in Friesland willen vestigen. Dokterszorg ondersteunt huisartsen in Friesland, zodat zij zich zo goed mogelijk kunnen richten op hun medische professie.

### Kernwaarden

Dokterszorg Friesland positioneert zich vanuit vier kernwaarden: solide, explorerend, toegewijd en oplossingsgericht. Dokterszorg is een betrouwbare en degelijke organisatie (solide) die vooroploopt en meedenkt om huisartsen te ondersteunen (explorerend). Dit doet zij vanuit de overtuiging dat hoogwaardige zorg niet bestaat zonder toewijding (toegewijd) en dat voor ieder probleem een oplossing bestaat (oplossingsgericht).



### 2.3. Visie en ambitie huisartsenzorg

In het vorige hoofdstuk is al geconcludeerd dat de huisartsenzorg in Friesland voor een stevige uitdaging staat. Dit vraagt een gezamenlijke aanpak van huisartsen en verzekeraar(s). In gezamenlijkheid zijn door FHV, Zilveren Kruis en Dokterzorg in 2020 de centrale thema's voor de huisartsenzorg benoemd.

*“Wij zijn als Friese Huisartsen en Zilveren Kruis gezamenlijk verantwoordelijk voor laagdrempelige zorg en advies op maat voor de Friese patiënt. Om dit mogelijk te maken versterken wij de regierol van huisartsen en borgen wij de continuïteit van de huisartsenzorg. Daarbij houden wij de beheersing van zorgkosten scherp in beeld en kijken we waar welke zorg het beste hoort. Samen zorgen we voor een toekomstbestendige huisartsenzorg en zetten we “lok op 1”! (Bron: visie FHV, Zilveren Kruis, DZ).*

De Friese Huisartsen en Zilveren Kruis zien verschillende ontwikkelingen en zijn zich bewust van het feit dat ze dit niet alleen kunnen en samen moeten oplossen. Zes opgaven zijn geïdentificeerd waar ze gezamenlijk mee aan de slag gaan, deze zijn uitgewerkt op de volgende pagina's.

- Continuïteit huisartsenzorg
- Versterken van de organisatie en structuur van huisartsenzorg
- Ombuigen zorgvraag van met name kwetsbare groepen
- Continuïteit van goede zorg voor ouderen
- Versterken van de samenwerking over de lijnen heen
- Investeren in het ICT-landschap van de huisartsenzorg

(Bron: visie FHV, Zilveren Kruis, Dokterszorg Friesland).

Van elke van deze opgave is een actieplan opgesteld. De acties komen (zoveel mogelijk) terug in dit O&I plan.

## 2.4. Van plannen naar uitvoering (executie)

Idealiter komt uitvoering voort uit beleidskeuzes die gemaakt zijn op basis van een analyse. In de landelijke documentatie (LHV, INEEN, ZN) wordt dit schematisch weergegeven door:



(bron: Hechte huisartsenzorg)

### 2.4.1. Regiobeeld(en) en Regioplannen

Door ZK/DF is een in augustus 2021 een aangepast regiobeeld gepubliceerd; <https://www.defriesland.nl/zorgaanbieder/visie/regiobeeldfriesland>. Dat regiobeeld geeft op het niveau van de provincie Friesland inzicht in:

- Demografie en bevolkingsopbouw
- Gezondheidskenmerken van de populatie
- Zorgaanbod
- Zorgvraag
- Zorggebruik en Zorgkosten

Regio		Gemeenten	Regiobeeld	Regioplan
Noordoost	Dokkum e.o.	Noardeast-Fryslân (voorheen Ferweradiel, Dongeradeel en Kollumerland), Ameland, Schiermonnikoog, Dantumadiel, en Tytsjerkstradiel.	x	
Noordwest	Leeuwarden e.o.	Waadhoeke (voorheen Franekeradeel, Menameradiel, het Bildt) Leeuwarden, Harlingen, Vlieland en Terschelling	x	
Zuidwest	Sneek e.o.	Sudwest-Fryslan,	x	
Zuid	Heerenveen e.o.	Heerenveen, De Fryske Marren, Weststellingwerf		x
Zuidoost	Drachten e.o.	Achtkarspelen, Smallingerland, Opsterland, Ooststellingwerf.		

ROS Friesland heeft samen met De Friesland zorgverzekeraar en met verschillende partijen voor een aantal regio's zogenaamde regiobeelden opgesteld. Deze zijn te vinden op

[www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl](http://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl). Daar is ook het regioplan voor de Ouderenzorg van de regio Zuid (Heerenveen) te vinden. Deze regio heeft als enige een integraal regioplan opgesteld.

Met uitzondering van de regio Heerenveen is er voor de andere regio's (nog) geen regioplan opgesteld.

#### *Regioplan Heerenveen*

Al in 2015 is de gezamenlijke visie op zorg in de regio verwoord in het Regioplan Integrale Zorg Heerenveen e.o.: *“Zorgpartners uit de regio Heerenveen en omstreken werken vanuit een gezamenlijke visie naar de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Door samenhang te creëren wordt gestreefd naar zorg waarbij de patiënt centraal staat en passende zorg ontvangt, dichtbij wanneer het kan, verder weg wanneer het moet.”*

In dit Regioplan staat de burger/cliënt/patiënt centraal en wordt ernaar gestreefd de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Inmiddels zijn onderlinge relaties versterkt en is de samenwerking inhoudelijk verder uitgewerkt en geformaliseerd. Ook op het gebied van ouderenzorg zijn partijen bij elkaar gebracht. Er is een multidisciplinaire organisatie ingericht die uitvoering geeft aan dit regioplan Heerenveen. Dit regioplan is opvraagbaar via Dokterszorg Friesland.

#### *Thema ouderenzorg*

Tweede helft van 2021 gaan ROS Friesland, De Friesland, Het Fries sociaal planbureau (FSP) en Data Fryslân werken aan een lab rondom ouderenzorg (Fries Venster Thuiswonende Ouderen). Het venster moet de uitdagingen rondom ouderenzorg beter in beeld brengen en vormt de basis voor de verdere dialoog over domein overstijgende toekomstbestendige ouderenzorg. De FHV en Dokterszorg zijn uitgenodigd.

#### 2.4.2. Samenhang aanbrenge

Voor Friesland geldt dat er nog geen onderlinge samenhang is tussen het provinciale regiobeeld en de regiobeelden en plannen (in wording). Voor optimale richting, prioriteitstelling en besteding financiële middelen is het wenselijk dat deze op elkaar worden afgestemd.

Samen met de andere partijen (zorg, gemeente, onderwijs e.d.) willen we komen tot een samenhangend geheel van regiobeelden en plannen; zowel op regionaal en provinciaal niveau. Wij zien een belangrijke rol voor de ROS om dat proces in te zetten en te begeleiden (naar analogie van Venster Ouderen).

Wij stellen ons daarbij voor dat we samen met de ROS en DF/ZK het initiatief nemen (en ondersteunen) om de komende jaren regiotafels met belangrijkste stakeholders te organiseren – daar waar deze nog niet georganiseerd zijn. Het is essentieel dat er zorg en niet-zorgpartijen (gemeenten) deelnemen. De regiotafels moeten leiden tot een (ge)actualiseert regiobeeld en regioplan dat de (meerjaren)agenda bevat. Huisartsen en regio-organisatie Dokterszorg zullen vanuit huisartsenperspectief aan deze regiotafels deelnemen.

Vervolgens zal een actieplan per stakeholder moeten volgen. Ieder kent immers zijn eigen uitvoerings-, financiering en contracteringsmogelijkheden. De acties voor huisartsenzorg vinden hun weerslag in het (meerjarenplan) van de FHV en wordt telkens geactualiseerd in het O&I (regio)plan Huisartsenzorg Friesland dat door Dokterszorg wordt opgesteld.

Deze plannen bieden de basis voor contractering van de S1, S2 en S3 (en elementen voor de ANW) contracten met DF/ZK.

Vanuit de betaaltitels 'regiomanagement' zal deelname en ontwikkeling voor de huisartsenzorg bemenst en bekostigd worden (zie verder 'regiomanagement').

### 2.4.3. Programmatische aanpak

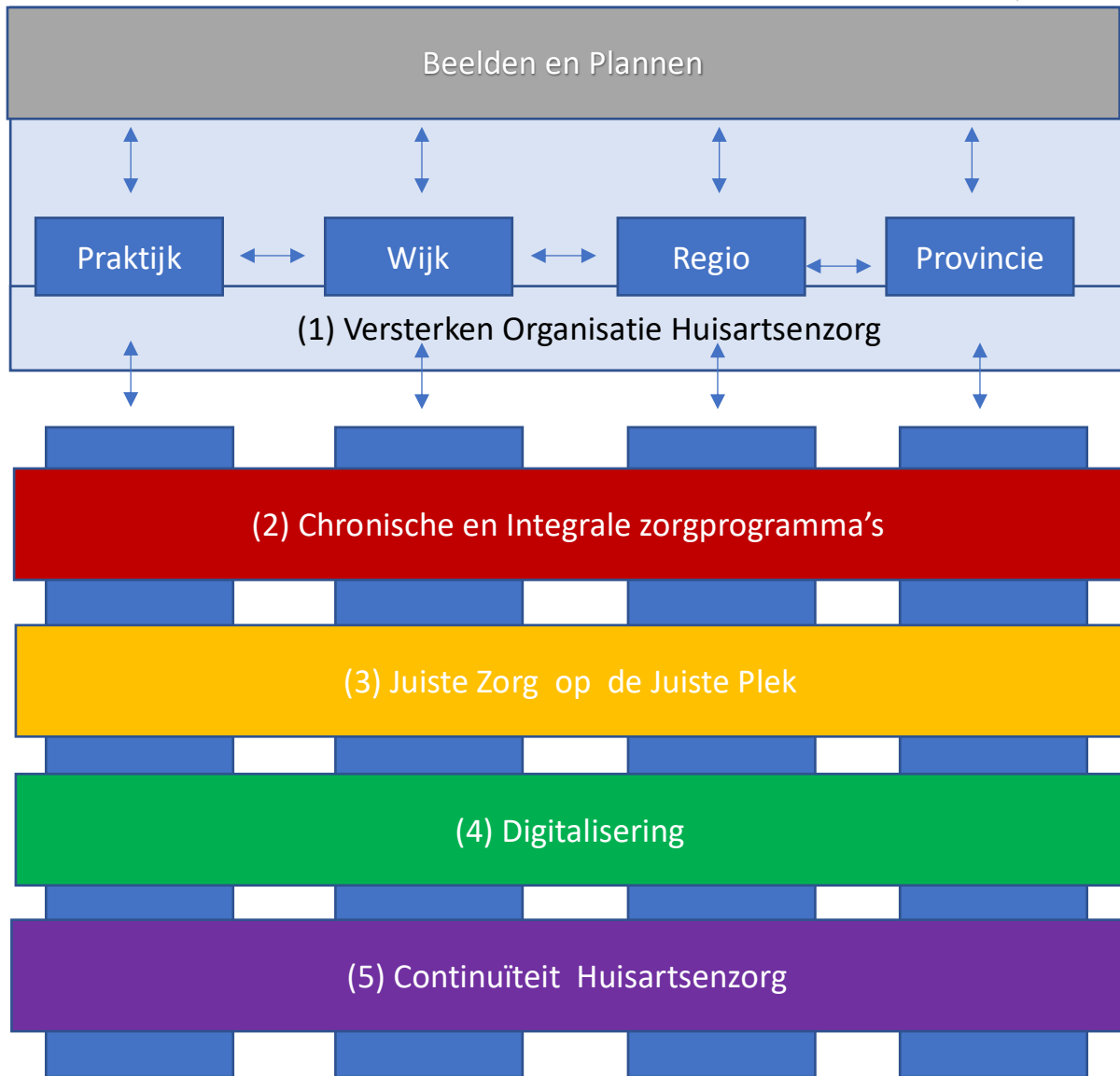
Het continuüm beeld->plan->contract->uitvoering moet in Friesland dus nog verder ontwikkeld moet worden. Op basis van de demografische ontwikkelingen, speerpunten uit de visie/ambitie DFZK en de belangrijkste hoofdlijnen uit de regioplannen wil Dokterszorg een breed palet van dienstverlening en ondersteuning bieden.

We kiezen voor een programmatische aanpak. Dat geeft de mogelijkheid om huidige en toekomstige projecten/ acties in onderlinge samenhang tot uitvoering te brengen.

We zullen 1 overkoepelend programma gaan inrichten dat zich specifiek richt op de versterking van de organisatie(graad) van de huisartsenzorg. Dit biedt als het ware de basis voor de uitvoering en ondersteuning van de inhoudelijke projecten/activiteiten.

Daarvoor onderscheiden we 4 inhoudelijke programma's. Elk programma bestaat uit meerdere projecten, tijdelijke pilot of structurele activiteiten. Deze worden uitgevoerd ofwel in de huisartsenpraktijk, met andere zorgaanbieders op 'wijkniveau', regioniveau of op het niveau van de provincie Friesland. Binnen een programma maken we gebruik van meerdere financieringsbronnen (O&I, S3, subsidies, eigen bijdragen e.d.).

Binnen de inhoudelijk programma's stimuleren we de integrale benadering met de aandacht voor 'gezondheid en gedrag' in plaats van 'ziekte en zorg'. Waar nu nog sterk de focus ligt op de aandoening is in de integrale benadering meer oog voor de totale gezondheid van de individuele patiënt. De multidisciplinaire samenwerking (wijk, regio, provincie) met andere zorgaanbieders is daarbij belangrijk en wordt ondersteund door digitale toepassingen en inzet van e-health.





### 3. Programma (1): Versterken organisatie Huisartsenzorg Friesland<sup>3</sup>

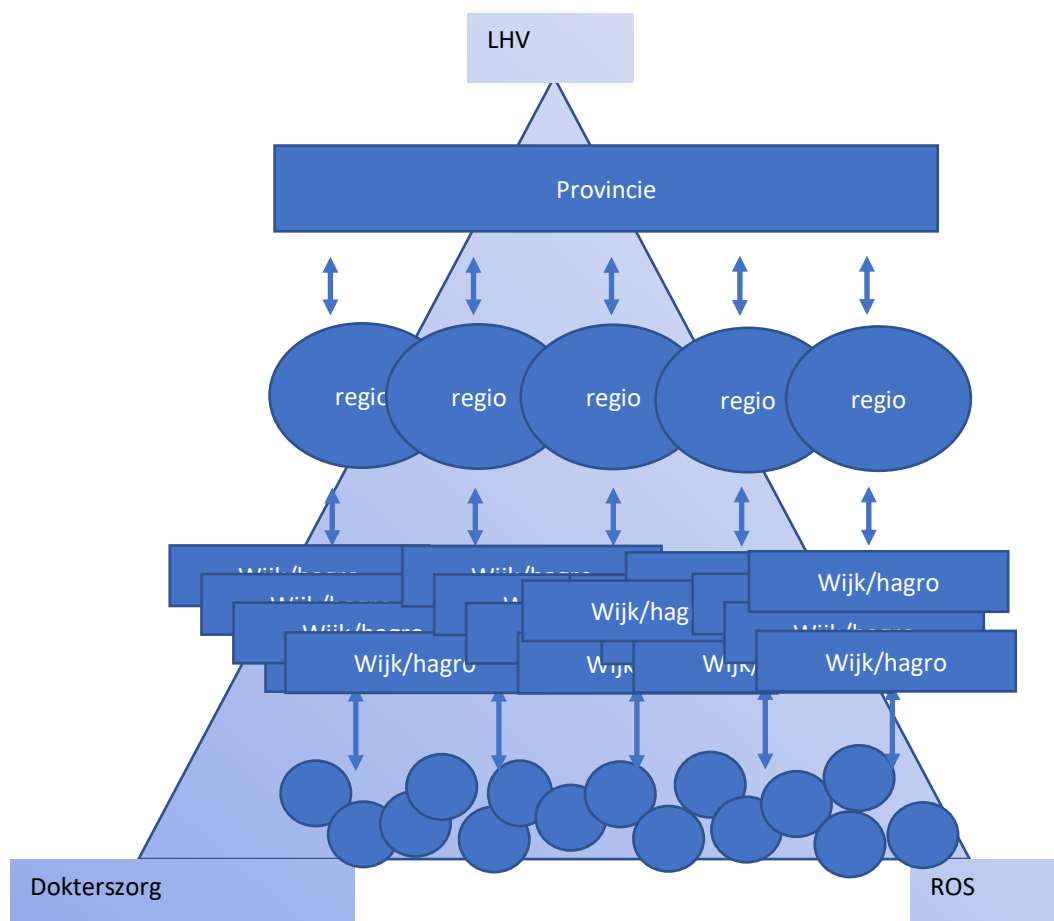
Huisartsenzorg is netwerkzorg pur sang. Alleen door intensieve samenwerking zijn huidige en toekomstige zorgvraagstukken daadwerkelijk te beantwoorden.

Wij zien de huisarts(praktijk) als spil in het lokale, regionale en provinciale netwerk.

Bij initiatieven, planvorming en uitvoering is de inbreng en deelname van huisartsen (op alle vertegenwoordigende niveaus) cruciaal. Een goede ondersteunende structuur stimuleert deze deelname en inbreng. Dokterszorg ondersteunt en helpt huisartsen bij het stimuleren van initiatieven, formuleren van plannen en de executie daarvan. Dat doet Dokterszorg samen met (het regiobureau van) de LHV en de ROS.

#### 3.1. Organisatie Huisartsenzorg Friesland (de basis)

Eerder stelden we al dat de huisartsen op alle (bestuurlijke) niveaus vertegenwoordigd zijn. Om effectiviteit en executiekracht te vergroten, willen we zorgen voor samenhang en samenwerking tussen de huisartsenorganisaties die leidt tot provinciale/regionale coördinatie en afstemming en regionale uitvoering.



<sup>3</sup> Dit programma geeft inhoud aan hetgeen in het visiedocument van FHV/ZK/DZ is beschreven met dezelfde titel. Met het wijkgericht werken geven we inhoud aan 'het versterken van de samenwerking over de lijnen heen' (ambitie 4, visiedocument).

- Participatie van en door huisartsen

Wij willen toewerken naar een herkenbare organisatie van Friese huisartsen met vertegenwoordiging en betrokkenheid van huisartsen op alle niveaus. Het is dus noodzakelijk dat op alle niveaus huisartsen participeren in beleid/innovatie ontwikkeling en in de uitvoering. Met het portefeuillehouderschap binnen het FHV-bestuur hebben we hier al goede ervaringen mee. Een vergelijkbare participatie willen we op alle niveaus laten terugkomen. Dat betekent dus ook dat de betreffende huisartsen daarvoor tijd moeten krijgen en vrijmaken.

- Vier niveaus

In de betaaltitels O&I zijn 3 niveaus te onderscheiden; praktijk-, wijk- en regioniveau. In Friesland voegen we daar een vierde niveau aan toe; het provinciale niveau. Dat sluit namelijk maximaal aan bij de reeds aanwezige organisaties en bij de terminologie van de stakeholders in het veld.

We zorgen voor de juiste en slimme besteding van het geld dat voor de huisartsenzorg beschikbaar is (S1, S2, S3 en ANW). Financiële afspraken maken we het liefste op provinciaal niveau, tenzij dat niet kan/mag. In de regio's ligt de uitvoeringskracht van goede huisartsenzorg. Initiatieven en executie ligt primair in de praktijken en wijken; daar ligt de kracht van het netwerkgericht samenwerken. De regio en provincie kunnen ondersteunen, stimuleren en daar waar nodig initiëren.

Door onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling maken we optimaal gebruik van beschikbare kennis en voorkomen we 'opnieuw het wiel uitvinden'.

- Ondersteuning door LHV, ROS en Dokterszorg

De huisartsen worden ondersteund door LHV-regiobureau, Dokterszorg en de ROS.

Zij bieden een netwerk van praktijk, wijk en regiomanagers en bestuur/beleidsadviseurs.

Wij stellen ons daarbij een fluïde constructie voor; functies/functionarissen werken dusdanig met elkaar samen dat zij goed inspelen op de vraag van praktijk, wijk en regio.

Samenwerking met LHV-regiobureau als het gaat om juridische en financiële vraagstukken en lijn met landelijke beleid t.a.v. huisartsenzorg.

Samenwerking met ROS bij data-analyse, proces/projectbegeleiding en advies op thema's.

Met specifieke aandacht voor kennis en deskundigheidsbevordering willen we ervoor zorgen dat er maximaal gebruik wordt gemaakt van opgedane kennis en ervaring.

- 2021 en 2022

Onze ambitie is om in 2021 en 2022 deze ondersteunings- en samenwerkingsvorm te ontwikkelen, inrichten en borgen. Daarvoor is (eenmalig) juridisch advies en ondersteuning nodig.

Financiering gevraagd: Transitiefinanciering

### 3.2. Organisatie en ondersteuning op Provincie- en Regioniveau

#### *Provincieniveau*

- Vertegenwoordiging door FHV-bestuur

De FHV is de vereniging van alle Friese Huisartsen. Met 467 leden, vertegenwoordigt zij (nagenoeg) alle huisartsen in de provincie. Het bestuur van de vereniging is voor alle samenwerkingspartners in de provincie het eerste aanspreekpunt namens alle huisartsen (praktijkhouders en alle anderen). Het bestuur van de vereniging is tevens de vertegenwoordiging in de aandeelhoudersvergadering van Dokterszorg.

- Ondersteuning door ROS, LHV en Dokterszorg

Op provinciaal niveau wordt de ondersteuning georganiseerd door LHV-regiobureau (uit contributies), ROS Friesland (uit beleidsregel) en Dokterszorg (uit O&I middelen).

Onderlinge coördinatie en afstemming wordt georganiseerd vanuit het bestuurlijk overleg tussen de partijen. Zij zorgen ook voor onderlinge afstemming op uitvoerend niveau

- Beelden en plannen

De gedeelde visie van De Friesland/Zilveren Kruis, de FHV/LHV en Dokterszorg vormt de basis voor de speerpunten van het meerjarenbeleid huisartsenzorg. Op provinciaal niveau biedt het de basis voor de afspraken over de ondersteuning van ketenzorg, provinciale programma's /thema's voor zorgvernieuwing en innovatie van het zorgaanbod, samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen, VVT-organisatie, provincie en gemeentes enz.

Het geeft daarmee richting en een kader voor planvorming in de regio's en besteding van beschikbare (financiële en personele) middelen.

Elk van de FHV-bestuursleden heeft een (of meer) specifieke 'portefeuilles'. Per portefeuille is een driehoek van ondersteuners georganiseerd (ROS< LHV en Dokterszorg) die de portefeuillehouder helpen bij de coördinatie en uitvoering van de activiteiten in die portefeuille.

De portefeuillehouders hebben afstemming met de regionale huisartsenvertegenwoordiging (zie verder) om te zorgen dat de ambitie en thema's van het provinciale visiedocument in de regionale plannen worden meegenomen. Andersom zullen regionale thema's ook provinciaal geadresseerd kunnen worden en onderdeel gaan uitmaken van provinciaal beleid.

*Regioniveau (100-150.000 inwoners)*

Wij onderscheiden vijf regio's. Deze vormen zich langs de adherentiegebieden van de ziekenhuis(locaties) in Friesland, te weten; Leeuwarden (regio Noord-West), Dokkum (regio Noord-Oost), Drachten (regio Zuid-Oost), Heerenveen (regio Zuid) en Sneek (regio Zuid-West).

De Waddeneilanden worden als vooralsnog niet als regio gezien, omdat zij nog geen gestructureerde vertegenwoordiging kennen. De problematiek is ook per eiland dusdanig verschillend dat het ook niet waarschijnlijk is dat dit (op korte termijn) gaat gebeuren. Praktijken op de eilanden kunnen natuurlijk wel deelnemen aan elementen van het O&I plan.

De regio's kennen een gemiddelde omvang tussen de 100.000 – 150.000 inwoners.

- Regiovertegenwoordiging huisartsen

We werken ernaartoe dat alle huisartsen in elke regio - praktijkhoudend of anders – zich kunnen laten vertegenwoordigen. In eerste aanleg zijn dat de aanwezige huisartscoöperaties, maar zij vertegenwoordigen vooralsnog alleen de praktijkhoudende huisartsen (behalve in regio Sneek, daar is ook een van de bestuursleden een niet-praktijkhouder). Door de actuele ontwikkelingen en verandering in wetgeving (o.a. Wtza) is het denkbaar dat de regionale vertegenwoordiging door coöperaties in de nabije toekomst gaat veranderen. Dat is ook het moment om de bredere vertegenwoordiging in lijn te brengen met de provinciale vertegenwoordiging door het FHV-bestuur. Dat proces willen we uiterlijk 2022 afronden.

In dit document wordt daarom (voorlopig) gesproken over het 'huisarts vertegenwoordigend orgaan' in elke regio.

- Ondersteuning door Regiomanagers, Ros en LHV

De regionale huisartsenvertegenwoordiging wordt ondersteund door regiomanagers van Dokterszorg (nieuw aan te trekken). Deze regiomanager kent de volgende taken.

- Voorbereiding en uitvoering regiobeleid;
- Secretarisfunctie;
- Ondersteuning bij afspraken met het regionale ziekenhuis, regionale VVT-organisatie en gemeentes.
- Interactie met het regionale netwerk van praktijk en wijkmanagers zodat kennis en ervaring gedeeld worden in de regio.

- Intensieve samenwerking met de andere regiomanagers zodat er kennis, ervaring en succesvolle projecten worden uitgewisseld met de overige Friese regio's.

Tot slot is de regiomanager een belangrijke schakel tussen het regioniveau en het provinciale niveau. De regiomanager is in staat om de kennis en dienstverlening binnen Dokterszorg (en LHV en de ROS) te ontsluiten voor het realiseren van regionale plannen en ambities. Deze regiomanagers werken dus heel nauw samen met de regio-adviseurs van de ROS - die vooral de multidisciplinaire samenwerking ondersteunen - en de LHV-adviseurs.

- **Beelden en plannen**

De regiomanagers en regionale huisartsenvertegenwoordiging(en) bewaken dat de ambitie en thema's van het provinciale visiedocument in de regionale plannen worden meegenomen. Omdat zij goed inzicht hebben in de regionale dynamiek, kunnen zij regionale good practises ook aanbieden voor navolging in andere regio's en/of provincie.

Samen met andere stakeholders zorgt het huisartsvertegenwoordigend orgaan dat op basis van het opgestelde regiobeeld een regioplan wordt opgesteld. De regioplannen bevatten een verdere verdieping aangaande afspraken over ketenzorg/chronische zorg, zorgvernieuwing en innovatie van het zorgaanbod, samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen /Medisch Specialistisch Bedrijven, regionale VVT-organisaties, provincie en gemeentes enz. Dit kunnen ook onderwerpen zijn die op de ANW-zorg/ spoedzorg betrekking hebben.

### 3.3. Organisatie en Ondersteuning op Praktijk- en Wijkniveau

Het succes van de huidige module praktijkmanagement toont aan dat huisartspraktijken profiteren van de toegenomen kwaliteit van organiseren. Huisartsen kunnen zich daardoor meer richten op hun patiëntenzorg. Door gebruik te maken van de mogelijkheden die de nieuwe module praktijkmanagement in combinatie met O&I wijkmanagement biedt willen we hier een extra impuls aan geven. Op deze manier willen we de huisartsen(praktijk(en)) helpen bij hun praktijkorganisatie/administratievraagstukken (incidenteel), wijkgerichte samenwerking, het structureel onderhouden van het netwerk en het ondersteunen/uitvoeren van zorgvernieuwingprojecten. Onze ambitie is een efficiëntere praktijkorganisatie en een goed lokaal zorgnetwerk opbouwen waarbij huisartsen de regie behouden, maar (veel) minder zelf managen. Dat maakt praktijkovername in de toekomst waarschijnlijk ook aantrekkelijker.

- *Praktijkniveau*

In Friesland kunnen praktijkmanagers in dienst zijn van een of meerdere (samenwerkende) huisartspraktijken. Vanaf 2016 kunnen (samenwerkende) praktijken de inzet van een praktijkmanager ook via Dokterszorg organiseren. In de huidige situatie is dat een ingewikkelde constructie.

Vanaf 2022 zal Dokterszorg zelf de prestatie Praktijkmanagement bij DF/ZK contracteren. Dokterszorg gaat vervolgens een dienstverleningsovereenkomst (BTW-vrij) met betreffende samenwerkende praktijken aan. Dokterszorg organiseert dan de personele inzet en regelt alle werkgevers gerelateerde aspecten (werving & selectie, verzuim/vervanging e.d.). Het grote het voordeel voor praktijken dat deze aspecten hen uit handen wordt genomen en continuïteit in inzet wordt geboden. Daarnaast is het mogelijk dat eventueel tijdelijk (aanvullende of vervangende) inzet verzorgt als een specifiek thema voor een praktijk/samenwerkingsverband aan de orde is.

Omdat deze inspanning vanzelfsprekend ook gefinancierd moet worden staat daar tegenover dat de netto inzet voor de samenwerkende praktijken wel iets minder is dan wanneer zij het volledig zelf contracteren.

Overigens wijkt dit niet veel af van de huidige situatie als praktijken een praktijkmanager via Dokterszorg betrekken. Het belangrijkste verschil is dat de werkgeversrelatie (Dokterszorg-Praktijkmanager) helderder is en dat bij langdurige ziekte het vervangersrisico niet volledig op Dokterszorg wordt afgewenteld.

- *Wijk/HAGROniveau (10-20.000 inwoners)*

Het wijkgericht werken vraagt het opbouwen en onderhouden van een goed lokaal/wijknetwerk. In de regio Heerenveen is hier al hele goede ervaring mee. Dokterszorg ondersteunt deze netwerkvorming door deze lokale samenwerking te stimuleren door middel van wijk/HAGRO management.

In principe kunnen alle HAGRO's - maar ook andere samenwerkingsverbanden voor de ondersteuning van "wijkmanagement" in aanmerking komen.

Om voor Wijkmanagement in aanmerking te komen verwachten we dat elk samenwerkingsverband - gemakshalve verder HAGRO - een kernteam vormt. Dit kernteam bestaat uit een huisarts en een van de praktijkmanagers (of andere functionaris bijv. POH) van de deelnemende praktijken. Dit kernteam wordt aangevuld met één of meerdere vertegenwoordigers van andere disciplines uit de wijk. Denk hierbij aan sociaal domein, thuiszorg/wijkverpleegkundige, apotheek e.d.. Daarmee sluiten we aan bij het "wijkgericht werken" zoals dat door ZK bij de grote thuiszorgaanbieders en GGZ wordt gestimuleerd.

"Wijkmanagement" bestaat uit de financiering van de extra uren van huisarts en praktijkmanager gebaseerd op het aantal ingeschreven patiënten van de deelnemende HAGRO. Onderdeel van het wijkmanagement kan ook een vacatievergoeding voor zorgpartners zijn (indien geen andere financieringsbronnen beschikbaar).

*Toelichting: Deze opzet zorgt er voor dat HAGRO's waarbij geen praktijkmanager via Dokterszorg is betrokken, ook worden ondersteund. Door gebruik te maken van de programma's/ thema's en mogelijkheid van additionele financiering kunnen ook evt. voorwaarden aan uitvoering, resultaten en verantwoording worden gesteld.*

#### *Beelden, plannen (wijkscan) en uitvoering*

Eerste taak van het kernteam zou moeten zijn het bevorderen van de samenwerking en onderlinge communicatie van het zorgnetwerk.

Voor het inhoudelijk ontwikkelen en implementeren van de wijkgerichte aanpak is het belangrijk om inzicht te krijgen in de gezondheidsvragen van de betreffende populatie (bijvoorbeeld alcoholproblematiek of meer bewegen). Om daar een goed beeld van te krijgen wordt van elk kernteam verwacht dat er een wijkscan wordt uitgevoerd (naar analogie van het regiobeeld – zie hiervoor). Op basis van die wijkscan kiest het kernteam de projecten die ze wil gaan uitvoeren. Een wijkscan kent zowel een kwalitatieve (sociaal domein) als kwantitatieve bronnen. ROS Friesland kan ondersteunen bij het uitvoeren van de wijkscan. En kan gebruik worden gemaakt van bestaande onderzoeken (bijv. Goede Start).

Voor een deel van de projecten is eerder een regionale, dan wel bovenregionale aanpak vereist. Daarvoor kan het kernteam terugvallen/gebruikmaken van de programma's/thema's uit het betreffende regioplan en/of programma's van Dokterszorg. Voor zover deze nog niet zijn opgenomen een van de thema's (zie verder) kan het kernteam plannen indienen bij Dokterszorg voor evt. aanvullende financiële ondersteuning. Na goedkeuring door een beoordelingscommissie (met deelname van huisartsen) en – indien vereist – verzekeraar, worden deze plannen dan vervolgens uitgevoerd.

Onze doelstelling is dat wij over 3 jaar in de hele provincie in alle gebieden de kernteams operationeel hebben.

### 3.4. Kennisnetwerk en deskundigheidsbevordering

De kracht van de ondersteuning op diverse niveaus ligt in samenwerking op alle vertegenwoordigende niveaus. We willen zorgen voor een klimaat van kennisdeling, ervaringen uitwisselen en gebruik van deskundigheid die in de hele provincie aanwezig is. Zo zorgen we ervoor dat resultaten van een regio/wijk ook opschaalbaar en toegankelijk worden naar andere delen van de provincie.

De dienstverlening van Dokterszorg vullen we daarom ook in met het realiseren van:

- Netwerk van praktijk- en regiomanagers t.b.v. kennis en ervaringen;
- Onderwijs en deskundigheidsprogramma voor praktijk, regio en huisartsenvertegenwoordigers;
- Intervisie mogelijkheid;
- Digitale ondersteuning (kennis en leerplatform) t.b.v. het delen van documenten, nieuws en dergelijke. Dit digitale kennisplatform (Dokterszorg.net!) wordt ontwikkeld en beheerd door Dokterszorg

We willen huisartsen op alle vertegenwoordigende niveaus 'in de lead' gaan brengen. Dat vraagt echter ook kennis en deskundigheid van de deelnemende huisartsen in bestuur/management en governancevraagstukken. Hoe werk je effectief in een netwerk samen, wat vraagt dat van de andere partij, maar ook van jou? Daarom willen we ook een structureel deskundigheidsprogramma voor huisartsen opzetten. Met ook jaarlijks terugkomende activiteiten/scholingen. De Doktersacademie zal deze scholingen organiseren.

### 3.5. Financiering onderdelen Programma 1 Versterken organisatie Huisartsenzorg.

Vanuit de O&I betaaltitels regio en wijk management worden gefinancierd:

#### *Op provincieniveau*

- Bestuur en beleidsondersteuning bestaande uit bestuurs- en beleidsadviseur (parttime)
- Bestuur- en vacatiegelden voor inhoudelijke vertegenwoordiging van huisartsbestuursleden op de programma's.
- Ontwikkeling en beheer Kennisplatform Dokterszorg.net
- Ontwikkeling en uitvoering kennisnetwerken praktijk/regiomanagers
- Ontwikkeling en uitvoering deskundigheidsbevordering huisartsen die actief zijn/willen zijn op bestuurlijk vlak.

#### *Op regioniveau*

- per regio een regiomanager (parttime).
- bestuur- en vacatiegelden voor regionale vertegenwoordiging van huisartsvertegenwoordiging.

#### *Op wijkniveau*

- Nulmeting aanwezigheid kernteams
- Financiering kernteams: In de toekenning en verdeling van de beschikbare financiën gaan wij uit van een HAGRO met 20.000 ingeschreven patiënten. Daarvoor komt (max) 6 uur per week voor de praktijkmanager en 1 uur voor de deelnemende huisarts. Grotere of kleinere samenwerkingsverbanden zullen wijkmanagement naar rato kunnen betrekken.
- Vacatiegelden andere disciplines voor deelname aan wijkgerichte overleggen/projecten (mits dat geen onderdeel uitmaakt van de reguliere financiering van de betreffende deelnemende partij om deelname de financieren).
- Gezondheidscentrum Camminghaburen is met DF/ZK in gesprek over de afbouw van zogenaamde GEZ-financiering. Wij zullen samen met het GC Camminghaburen en DF/ZK in gezamenlijkheid afspraken willen maken over een transitie van de huidige financiering naar de toekomstige O&I financiering. Dat zal niet eerder zijn dan vanaf 2023.

## 4. Programma (2): Zorgprogramma's voor Chronische en Integrale zorg voor ouderen en kwetsbare groepen

Ouder wordende patiënten en stijging van multi-morbiditeit zorgen ervoor dat patiënten zich niet meer in hokjes laten indelen. Goede zorgverlening betekent een integrale benadering; over ziektebeelden heen en met verbinding tussen domeinen. Wij staan voor een transitie van de huidige ketenzorg zorgprogramma's naar integrale zorgprogramma's. Daarbij verschuift de aandacht van focus van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag' (zie ook Programma Juiste Zorg op Juiste Plek).

In dit Programma "chronische en integrale zorg" willen we vanuit de huidige gestandaardiseerde zorgprogramma's die integrale zorgprogramma's verder ontwikkelen. Daar horen ook kwaliteitstoetsing, bevordering en begeleiding op praktijkniveau bij.

Daarnaast sluiten we bij de visie/ambitie van FHV/ZK/DZ ook de (door)ontwikkeling van zorgpaden voor kwetsbare groepen zoals ouderen en (mogelijk) ggz-patiënten. Binnen dit Programma "Chronische en integrale zorg" willen we zorgpaden c.q. zorg/ werkafspraken ontwikkelen die gericht zijn op deze specifieke bevolkingsgroepen. Deze bevolkingsgroepen kennen een dusdanige gezondheidsvraag dat vaak meerdere partijen betrokken zijn. Door het maken en borgen van vaste afspraken tussen de partijen, versterken we de samenwerking over de lijnen wat uiteindelijk zorgt voor betere zorg voor deze kwetsbare groepen.

### 4.1. Contractering van ketenzorgprogramma's (zorgdeel en O&I)

Contractering van geprogrammeerde multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen. In de huidige situatie betreft dat: Diabetes, CVRM, COPD en Astma.

In Friesland zijn nu drie zorggroepen die chronische ketenzorg contracteren. Wij hebben kennisgenomen van de wens van DF/ZK om de contractering via 1 contractant te laten verlopen.

De drie zorggroepen in een eerder stadium al een nauwe samenwerking aangegaan. Vanuit de inhoud is een gezamenlijke visie op chronische/integrale zorg ontwikkeld. Deze visie is in onze ogen de basis voor toekomstige uitvoering, ondersteuning en contractering (zie visienotitie van de drie zorggroepen).

Naast de inhoudelijke samenwerking zijn in 2021 ook gesprekken gestart om te komen tot een (juridische) vorm van samenwerking. Dit zal moeten gaan leiden tot één contractant voor chronische/ketenzorg in Friesland. Gezien de historische context, rechtspersoonlijke en governance aspecten die hierbij een rol spelen, zal dit naar verwachting in 2022 zijn beslag kunnen krijgen (voorbehoud).

Doelstelling: te komen tot en vorm/structuur die leidt tot één contractant, met respect en oog voor de gewenste diversiteit in uitvoering. In 2022 verder onderzoek en toewerken naar de situatie van contractering via één partij.

### 4.2. Integrale zorg voor kwetsbare ouderen en andere groepen

#### 4.2.1. Integraal zorgpad ouderen

We willen prioriteit geven aan de ontwikkeling van een integraal zorgpad voor ouderen.

Uit alle beschikbare regiobeelden komt het knelpunt naar voren van een toenemende zorgvraag van ouderen en een krappere zorgaanbod. Dit geldt zowel voor ziekenhuizen, VVT als zeker ook voor de huisartsenzorg en andere eerstelijns zorgaanbieders. Het is dan ook logisch dat het vraagstuk 'kwetsbare ouderen' specifieke aandacht vraagt. Het is komt ook als separaat thema terug in het ambitiedocument FHV/ZK.

#### Activiteiten kernteams wijk/HAGRO

- In ons te ontwikkelen integraal ouderenzorgprogramma werken huisartsen, gemeente/sociaal domein en wijkverpleging samenwerking. Goede voorbeelden en ervaring is opgedaan in de regio Heerenveen (ZONmw subsidie). Kracht van het model is dat het samenwerken in de wijk centraal stelt en dat een in gezamenlijkheid ontworpen organisatievorm (de driehoek huisarts/POH-S, wijkverpleegkundige en sociaal domein) geborgd is. Aan de eerdergenoemde kernteams zal dan ook gevraagd worden om de samenwerking in de driehoek huisarts/POH-S, wijkverpleegkundige en sociaal domein structureel vorm te geven. De Specialist Ouderen Geneeskunde en casemanager dementie kunnen bij dat driehoeksoverleg ad hoc worden uitgenodigd.
- Palliatief overleg ThuisZorg (PATZ). Met de invulling van het wijkmanagement zijn we ook in staat het PATZ structureel inbedding te geven. In het PATZ maken huisarts, POH-S, Thuiszorg en apotheek (?) afspraken over de behandeling bij ouderen in de palliatieve levensfase. Wij willen zorgen dat er over drie jaar elke 'wijk'/HAGRO tenminste 4 keer per jaar een dergelijk PATZ houdt.

Het wijkgericht werken voor ouderen zal ook onze inzet zijn bij het Fries Venster Thuiswonende ouderen dat wordt ontwikkeld. In de tweede helft van 2021 gaan ROS Friesland, De Friesland/ ZK, Het Fries sociaal planbureau (FSP) en Data Fryslân werken aan een lab rondom ouderenzorg. Het 'LAB' is wordt specifiek voor het onderwerp ouderenzorg een Fries Venster Thuiswonende Ouderen opgesteld. Het venster moet de uitdagingen rondom ouderenzorg beter in beeld brengen en vormt de basis voor de verdere dialoog over domein overstijgende toekomstbestendige ouderenzorg. De FHV en Dokterszorg participeren in deze lab overleggen.

- *Kaderhuisartsen (ouderenzorg)*

Voor de professionele ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsen in de provincie is het opleiden/geschoold houden van kaderartsen noodzakelijk. Deze kaderartsen geven verder inhoud aan het zorgpad en kunnen door collega's geconsulteerd worden bij vraagstukken in de behandeling van ouderen. We willen in 2022 geld vrijmaken voor het opleiden en de consultatiefunctie van 3 kaderartsen ouderenzorg, toegroeiend naar 5 (in elke regio 1). De jaren daarna zullen we binnen de O&I begroting jaarlijks ruimte vrijhouden voor bijdragen aan opleiding van kaderartsen op andere kennisgebieden.

#### 4.3. Zorgpaden voor specifieke chronische patiënten

Voor een aantal specifieke groepen chronische patiënten zijn ideeën of plannen voor het ontwikkelen van zogenaamde zorgpaden. Deze zorgpaden zijn geen onderdeel van de huidige ketenzorgprogramma's, maar hebben vaak wel eenzelfde patiëntenpopulatie als doelgroep. Alle zorgpaden hebben met elkaar gemeen dat zij bijdragen aan een (verantwoorde) verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn en daarmee de patiënt tevredenheid verhogen en kosten verlagen.

Wij denken in dit kader specifiek aan:

- Afspraken over trombose controle (buiten de keten DM2)
- Patiënten met PCSK-9 remmers
- Atriumfibrilleren
- Chronische Nierschade

Voor deze laatste twee liggen de plannen al klaar. Deze zouden we graag implementeren/uitbouwen.

##### 4.3.1. Atriumfibrilleren

Uit alle regiobeelden blijkt dat de Friese bevolking een hoog cardiovasculair risico heeft. Het is dan ook opvallend dat er nog geen afspraken zijn over de laagdrempelige diagnosestelling en behandeling van patiënten met atriumfibrilleren in de eerste lijn. In ons omliggende provincies zijn hier goede voorbeelden van. Eerder pogingen om een dergelijk zorgpad AF in Friesland op te zetten zijn gestrand.



Wij stellen ons voor dat we in 2022 het zorgpad AF ontwikkelen en in de daaropvolgende jaren starten met de implementatie. We willen gebruik maken van hetgeen door de drie Zorggroepen ketenzorg reeds is ontwikkeld en sluiten aan bij de huidige initiatieven in de regio's Leeuwarden en Sneek (Spinaker-afspraken).

#### 4.3.2. Gezonde Nieren Friesland

In 2020 zijn de drie zorggroepen samen met de Friesland het project 'Gezonde Nieren Friesland' gestart. Gezonde Nieren is een gezondheidsprogramma waarin zorgpartners in een regio samenwerken om mensen met (verhoogd risico op) chronische nierschade vroeg op te sporen en goed te begeleiden. Zo wordt verdere nierschade vertraagd of voorkomen. Hiermee verbetert Gezonde Nieren de kwaliteit van de zorg voor patiënten en verlaagt het de kosten van de zorg voor chronische nierschade. Centraal in de benadering van het programma staat dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats ontvangt. Vroegtijdige screening van risicopatiënten op chronisch nierfalen en adequate behandelingen en bewaking, moet het aantal dialyse afhankelijk nierpatiënten in de toekomst voorkomen. Daarmee past dit project in onze bijdrage aan de toekomst; preventie, regie bij patiënt en de 1<sup>e</sup>-lijn, kostenreductie en vergroten patiënt tevredenheid.

De evaluatie van het project is gepland in het najaar van 2021. Vooruitlopend op de resultaten zien wij een kans om dit project verder op te schalen.

#### 4.4. Financiering onderdelen Programma 2 Chronische en integrale zorg

##### - *Ketenzorg/chronische zorgprogramma's (O&I chronische zorg)*

Vooralsnog gaan wij er vanuit dat O&I Ketenzorg (nog) geen onderdeel van dit O&I plan is. Iedere zorggroep maakt dus voor 2022 nog een separate afspraak met DF/ZK De zorggroepen zijn in gesprek met DF/ZK hierover. Vooralsnog gaan wij er vanuit dat vanaf 2023 de contractering voor de chronische zorg met/via Dokterszorg Friesland verloopt.

##### - *Zorgpad ouderen (O&I + S3)*

De basisorganisatie voor het wijkgericht werken ligt bij de kernteams die met en door O&I wijkmanagement worden gefinancierd.

Vanuit de O&I regiomanagement zullen we de bijdrage aan de opleiding voor kaderhuisartsen bekostigen. Aanvullende (zorg)inhoudelijk afspraken zullen worden gefinancierd met de S3 regioafpraak samenwerking kwetsbare ouderen.

##### - *Zorgpaden Atriumfibrilleren en Gezonde Nieren (S3 - zorgvernieuwing)*

Wij zullen separate voorstellen doen ter financiering vanuit S3 voor beide zorgpaden.

##### - *Overige projecten zorgvernieuwing (S3 – zorgvernieuwing)*

Zullen op het daarvoor gewenste moment aparte aangevraagd worden (S3)

## 5. Programma (3): Juiste Zorg op de Juiste Plek

Binnen dit programma geven we verder inhoud aan de transitie van zorg; van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn en ook van 1<sup>e</sup> naar nulde lijn en sociaal domein. Het gaat ons om het stimuleren, ontwikkelen en ondersteunen van het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg.

Binnen dit programma ondersteunen we allerlei initiatieven van praktijken, wijken en regio's. Op provinciaal niveau stimuleren en initiëren we daar waar nodig deze ontwikkeling.

In dit programma komen de elementen terug uit het ambitiedocument FHV/ZK/DZ uit de ambities: ombuigen zorgvraag kwetsbare groepen en het versterken van samenwerking over de lijnen heen. De nieuw aan te trekken programmamanager moet voor coördinatie en uitvoering gaan zorgen.

### 5.1. Positieve gezondheid/ persoonsgerichte zorg

Wij hebben de overtuiging dat positieve gezondheid bijdraagt aan passende zorg op de juiste plek door de juiste professional en dat hiermee onnodige medicalisering wordt verminderd.

In 2020 is gestart met project om gedachtengoed van positieve gezondheid in Friesland verder te verspreiden. Dit project werd gefinancierd vanuit de groeirimte HLA. We willen graag continuïteit in dit project gaan bieden.

Het project Positieve Gezondheid heeft als doel om vanuit een integrale benadering het zorg- en ondersteuningsaanbod beter te laten aansluiten op de vraag van de zorgvrager. Dit op basis van een gemeenschappelijke visie op gezondheid waarbij de focus ligt op de veerkracht, eigen regie en mogelijkheden van de zorgvrager. Indien de Friese Huisartsenpraktijk samen met haar netwerkpartners (paramedici, thuiszorg, sociaal domein) gaat werken volgens het concept van Positieve Gezondheid en dit als een gemeenschappelijke visie op gezondheid wordt gehanteerd, zal er door de praktijkpopulatie een betere gezondheid worden ervaren met naar verwachting minder zorggebruik.

Om dit te kunnen realiseren is het van essentieel belang dat er nauw met elkaar samengewerkt wordt. Tevens is de samenwerking met het sociale domein (onder meer de welzijnsorganisatie) van groot belang. Het gaat dus om integrale samenwerking binnen zowel het gezondheidszorgdomein (2<sup>e</sup> en 1<sup>ste</sup> lijn) als het sociale domein (voorliggende voorzieningen in de nulde lijn).

Het werken vanuit het concept Positieve Gezondheid vraagt een andere, bredere manier van kijken naar de zorgvrager. Dit door met de zorgvrager het gesprek te voeren vanuit de verschillende dimensies die van invloed zijn op de ervaren gezondheid. Dit vraagt een andere wijze van praktijkvoering waarbij er meer tijd voor de zorgvrager ontstaat en de gespreksvoering anders wordt. Het werken met Positieve Gezondheid vraagt vooral in het begin van een hulpvraag meer tijd nemen voor de zorgvrager. Op termijn wordt verwacht dat dit leidt tot minder verwijzingen naar de tweede lijn, minder herhaalconsulten en meer benutten van eigen kracht en inzet van informele netwerken.

#### Doelstelling:

We willen het mogelijk maken dat meer wijken/HAGRO's en praktijken dit ook in 2022 gaan uitvoeren.

Eind 2021 is het eerste cohort van 20 praktijken vanuit de HLA-groeirimte gestart.

In de komende jaren willen dit aantal telkens met 20 uitbreiden.

## 5.2. Meekijk en meedenk consulten met MSB/Ziekenhuis (regioniveau)

In de huidige regio's zijn door coöperaties al diverse afspraken gemaakt (of in ontwikkeling) tussen vertegenwoordigende huisartsen en Medisch Specialistisch Bedrijven/Ziekenhuizen. De nadrukkelijke wens is om deze ontwikkeling door te zetten. Het sluit ook aan bij de noodzaak/opdracht van de ziekenhuizen om zorg te verplaatsen.

De huidige opzet van meekijkconsulten verschilt per regio in Friesland. De opzet van ZK is dat de contractering en financiering via de regio-organisatie/Dokterszorg verloopt. De huisartsen en medisch specialisten ontvangen vervolgens een vergoeding. Dat verschilt dus van de huidige praktijk.

Dokterszorg krijgt nu veel vragen voor ondersteuning van de regionale huisartsen om hen te helpen bij de ontwikkeling van deze meekijkconsulten (inhoud), administratieve organisatie (registratie en declaratie) als ook contractering (financiële afspraken met ziekenhuis/MSB).

Naast de ondersteuning van de regio-vertegenwoordigende huisartsen door regiomanagers vraagt dit specifieke kennis op bedrijfseconomisch gebied. Deze kennis is aanvullend op hetgeen door het LHV-bureau wordt geboden en richt zich op contractering, declareren en tariefberekeningen en benodigde AO/IC binnen Dokterszorg. Deze kennis zullen we binnen de beschikbare O&I betaaltitel regiomanagement willen financieren.

Doelstelling is om de thans regionaal ontwikkelde meekijk en meedenkconsulten ook naar andere regio's te verspreiden. Dit voorkomt 'het wiel uitvinden' en onnodig ingewikkelde contracteringsconstructies. Ons doel is om te zoeken naar een balans tussen regionale diversiteit en provinciale eenduidigheid dat bijdraagt aan efficiëntie. Meekijkconsulten zijn onderdeel van de S3 financiering. De contractering daarvan vraagt – vanwege de huidige praktijk in Friesland een transitiefase op basis van onderzoek en met begeleiding.

## 5.3. Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Voor een houdbaar zorgstelsel in de toekomst is het voorkomen van ziekte cruciaal. Preventie en een gezonde leefstijl zijn dus heel belangrijk thema's. Uit de zorgvraag analyse blijkt dat Friesland wel meer beweging kunnen gebruiken. In Friesland voeren de ketenzorggroepen gezamenlijk de GLI uit.

### Doelstelling

Eind 2020 waren er 24 groepen actief in Friesland vanuit KZF. Medio 2021 is dat opgelopen naar 48. Daarnaast zijn er nog GLI-groepen gestart vanuit Catena en vanuit De coöperatie Friese fysiotherapeuten. Er zijn zeker kansen en mogelijkheden om dit uit te breiden met meer groepen op de huidige doelgroep (18+) en een verbreding naar andere doelgroepen (18-).

## 5.4. Zorgvernieuwing met ook andere (zorg)aanbieders en gemeentes

De hiervoor genoemde initiatieven worden provinciaal ontwikkeld en gestimuleerd tot uitvoering. Maar we willen ook juist initiatieven vanuit praktijk en wijk stimuleren.

Regio's en wijken/Hagro's kunnen met voorstellen komen die passen bij dit programma. Criteria om voor financiering van dergelijke projecten in aanmerking te komen zijn.

- Het project moet aantoonbaar bijdragen aan de gedachte van JZOJP; het verplaatsen, voorkomen en vervangen (ter inspiratie: zie ook website).
- Het project komt voort uit de uitgevoerde wijkscan. Of te wel het komt voort uit een van de gezondheidsvraagstukken uit de bewoners van de wijk (of een deel daarvan).
- De aanvraag is voorzien van een begroting.

- Het project moet inzetten op uitkomsten conform het quadruple aim principe: verbeterde patiënten tevredenheid, verbeterde tevredenheid van de zorguitvoerders, betere (gezondheids)uitkomsten en verlaging van kosten in dit zorgsegment.
- Een project wordt goed gedocumenteerd en documentatie is beschikbaar op Dokterszorg.net zodat ook anderen in Friesland van de resultaten gebruik kunnen maken.

De voorstellen worden door de regiovertegenwoordiging eerst getoetst opdat zij passen in de regionale doelstellingen. Financiële toekenning gebeurt na beoordeling door het FHV bestuur/ portefeuillehouder en Dokterszorg op inhoud en financiële impact.

In de bijlage is het aanvraagproces en format uitgewerkt.

### 5.5. Financiering onderdelen Programma 3: JZOJP

Voor de uitvoering van de diverse onderdelen stellen we een projectleider JZOJP aan.

#### *Financiering positieve gezondheid (TBHZ: toekomstbestendige huisartsenzorg)*

Dit project werd gefinancierd vanuit de groeirimte HLA. We willen graag continuïteit in dit project gaan bieden. We bieden het in 2022 wederom aan vanuit de prestatie Toekomstbestendige Huisartsenzorg/persoonsgerichte zorg. We willen het project in 2022 met wederom 20 praktijken gaan uitbreiden.

#### *Financiering meekijk/meedenk consulten (O&I en S3-meekijkconsult)*

Vanuit de prestatie O&I regiomanagement worden gefinancierd.

- Regioadviseurs (zie aldaar)
- Bedrijfseconomische/ AO-IC-deskundigheid

De inhoudelijke zorg en ondersteuning moet gefinancierd worden vanuit S3 prestatie zorgvernieuwing.

#### *Financiering GLI (GLI – betaaltitels)*

Wij zullen een separaat voorstel indienen voor continuering en uitbreiding van de Gecombineerde Leefstijl Interventie in Friesland. Financiering vanuit de daarvoor bestaande prestatie GLI.

#### *Financiering zorgvernieuwingvoorstellen uit de praktijken/wijken en regio's (S3- zorgvernieuwing)*

De aanwezige structuur van praktijk, wijk en regiomanagement moet ervoor zorgen dat de eerste aanzet voor zorgvernieuwing ondersteunt wordt. Afhankelijk van het plan zal financiering gezocht worden.

Bronnen kunnen zijn: S3, O&I, subsidies e.d.

Ook de beleidsregel "ROS" is te benutten.

## 6. Programma (4): Digitalisering

Digitalisering en inzet van ICT zijn middelen en geen doelen in zichzelf. Verdergaande digitalisering biedt kansen en is essentieel voor toekomstbestendige (huisartsen)zorg (zie ook SiRM). ICT-mogelijkheden moeten slim worden ingezet, ze moeten aansluiten bij ondersteuning van communicatie tussen patiënt, huisarts en andere (zorg)professionals.

Het programma “Digitalisering” verenigt en ondersteunt projecten die voor verdere digitalisering in de huisartsenpraktijk en het zorgnetwerk zorgen. Met dit programma geven we ook verder invulling aan de ambitie van FHV/ZK/DZ om te ‘investeren in het ICT- landschap van de huisartsenzorg’.

Het project OPEN en onze bijdrage aan de ontwikkeling van het PGO van het Noorden, maken onder andere onderdeel uit van het programma. Daarnaast zullen ook het project ‘zorg op afstand/ thuismeten’ dat uitgevoerd wordt in het kader van Toekomstbestendige Huisartsenzorg (HLA gelden) en de ‘doorontwikkeling van Dr. Appke’ zijn opgenomen.

Om digitalisering daadwerkelijk een stap voorwaarts te brengen is het noodzakelijk om te investeren in kennis en tijd.

### 6.1. Masterplan en Programma-organisatie Digitalisering/ICT Huisartsenzorg

In Friesland en binnen de huisartsenzorg zijn meerdere projecten, initiatieven en gedachtes op het gebied van digitalisering. Soms voortkomend uit concrete knelpunten, anderen vanuit de ambitie om met digitale oplossingen de zorg dichterbij/slimmer te organiseren.

Wat ontbreekt is een onderliggende visie en Masterplan vanuit huisartsenperspectief. Hoe kijken we naar digitalisering, welke plaats neemt het in onze dagelijkse praktijk, welke oplossingen moet het bieden en op welke ontwikkelingen gaan we nu en in de toekomst investeren (en in welke niet)?

Om richting te geven aan die keuzes hebben we samen met de FHV een visie en ambitie opgesteld in de vorm van een IT-Masterplan voor de komende jaren geformuleerd. In dit hoofdstuk staan de belangrijkste inzichten vanuit het Masterplan. Het volledige Masterplan is op te vragen bij Dokterszorg Friesland.

Binnen de O&I begroting maken we vanaf 2023 geld vrij voor de uitvoering van het IT-Masterplan. Voor 2022 doen we een beroep op de tijdelijke HLA-ICT gelden.

### 6.2. IT-Masterplan ambitie

In het IT-Masterplan beschrijven we dat we ons richten op drie ambitieniveaus.

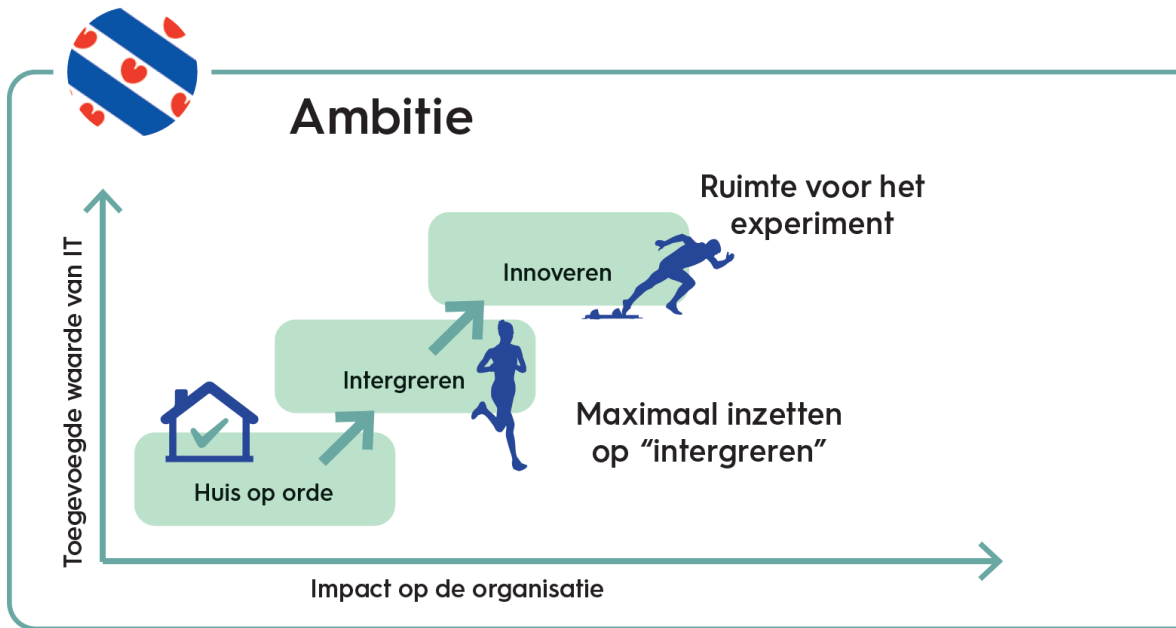
In de eerste plaats is dat ‘Het huis op orde’. We signaleren dat er nog een aantal basisvoorwaarden op IT geïnvesteerd moet worden. Denk hierbij aan de IT-organisatie, het uitwisselen van kennis tussen huisartsen/praktijken als ook bijvoorbeeld inzage van patiënten (OPEN) en beschikbaar hebben van patiëntgegevens (via het LSP).

Ten tweede willen we inzetten op die IT-oplossingen die netwerk-samenwerking maximaal ondersteunen. Dat noemen we de focus leggen op integratie in het (Friese) zorgnetwerk. Op dit moment zijn er veel lopende initiatieven en het past ook bij de wens van de huisartsen om vanuit één punt integraal te kunnen schakelen met de (zorg)partners binnen en buiten de provincie. Het is duidelijk een gezamenlijk initiatief, waarvan de meerwaarde groter wordt naarmate meer mensen meedoen. De complexiteit hiervan maakt dat deze ontwikkelingen veelal het karakter van een ‘marathonloper’ hebben. We sluiten hier vooral aan bij bestaande landelijk en regionale initiatieven.

Ten derde willen we ruimte maken voor innovatieve experimenten. We willen open staan voor de opmars van allerlei nieuwe technologieën en er moet ruimte zijn voor het experiment. Daarin past niet dat je hierover in alle breedte consensus probeert te krijgen en daarbij met z'n allen aan de slag gaat. Daarin past wel uitproberen en als het lukt anderen hiervan in kennis stellen. Ieder is vrij om hiermee aan de slag te gaan. Hier past de metafoor van de snelheid van een sprinter het beste bij.

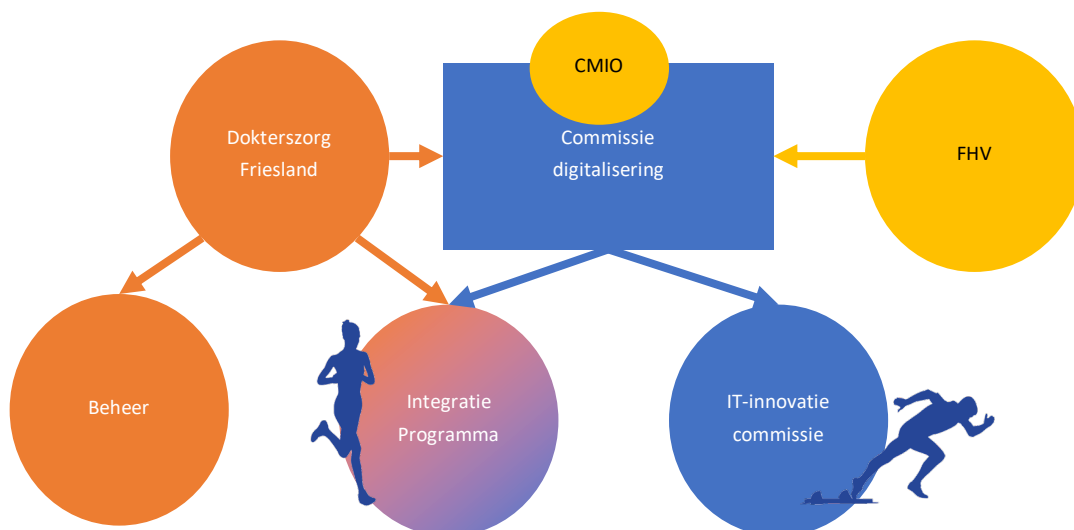
De wens is om een select aantal initiatieven te gaan steunen vanuit het collectief. Deze werken we in de volgende paragrafen verder uit.

Schematisch is dit



### 6.3. Versterken regionale Infrastructuur

Gegeven de opgestelde ambitie is het noodzakelijk dat er op provinciaal niveau professionele ondersteuning wordt geregeld op het gebied van IT



#### *CMIO aanstellen*

Belangrijk is én blijft, dat het meer inzetten van technologie in de praktijk voor- en door- dokters gebeurt. Het lijkt niet handig dat alle huisartsen er 'dit even bij doen' als hier tijd voor is. Er moet een zekere continuïteit zitten in het beschikbaar zijn van capaciteit en in de gedeelde ervaringen in de provincie.

Net als in andere regio's is het aanstellen van een parttime CMIO (Chief Medical Information Officer) een vanzelfsprekende stap. Dit is een huisarts met de rol en bijzonder aandachtspunt om de IT bij voor de huisartsen in de regio op een hoger niveau te krijgen.

De bedoeling is dat de CMIO de verbinding maakt tussen de wensen van de huisartsen en de te kiezen IT-oplossingen. Dat betekent het mobiliseren van huisartsen om mee te doen, te kijken naar oplossingen of IT-specialisten uit te nodigen om te kijken hoe een huisartsenpraktijk beter ondersteund kan worden met IT.

De CMIO vertegenwoordigt de huisartsen in de diverse (Friese) gremia (bijv. GERRIT en RIVO) en zit de commissie digitalisering FHV voor.

#### *Commissie Digitalisering en Werkgroep Innovatie*

Centraal in de IT-governance staat de commissie digitalisering, met als voorzitter de CMIO. De commissie bestaat verder uit een bestuurslid van FHV met ICT in de portefeuille, de bestuurder van Dokterszorg Friesland en huisartsen die affiniteit hebben met het digitaliseringsvraagstuk. Bij voorkeur zijn dit huisartsen uit de vertegenwoordiging van de regio's. Op deze manier wordt de relatie tussen provincie, regio en HAGRO/wijk ook op dit gebied gelegd.

De commissie stuurt, naar het concept van IT van twee snelheden, twee gremia aan: het integratie programma (huis op orde én aansluiting in het zorgnetwerk) en de IT-innovatie werkgroep (beoordeling en monitoring innovaties in de regio).

Met de IT-innovatie werkgroep (een subset van de commissie digitalisering) gaan we het experiment aan. Er lopen al veel initiatieven. De werkgroep zal slim moeten kiezen met welke innovaties FHV/Dokterszorg aan de slag moeten gaan én borgen dat de huisartsen aangesloten blijven. Vanuit de werkgroep kunnen mensen en middelen aangeboden worden om innovaties van de grond te krijgen.

#### *Programmamanager en Strategisch adviseur digitalisering*

Dokterszorg biedt de commissie en werkgroep ondersteuning in de persoon van de Strategisch adviseur Digitalisering. Deze functionaris zal de duale partner van de CMIO zijn. Tevens is dit een klankbord voor een huisarts als het gaat om de IT-inrichting van zijn of haar praktijk. Vanuit de commissie digitalisering participeren de CMIO en strategisch adviseur digitalisering actief in de verschillende netwerken die zich met IT in de zorg bezighouden (bijv. GERRIT en RIVO-Noord). Enerzijds om haalbaarheid van eigen initiatieven te toetsen en anderzijds om de agenda van deze netwerken te beïnvloeden.

Het programma ketenintegratie wordt uitgevoerd door de programmamanager die vanuit de Dokterszorg geleverd wordt.

## 6.4. Huis op orde

#### *Praktijkanalyse*

De huisarts is zelf verantwoordelijk om het huis op orde te brengen, zoals dat eerder in dit document is gedefinieerd. Op basis van een praktijkanalyse van de Dokterszorg, kan ondersteuning worden geboden over hoe dit aan te pakken.

Er lopen projecten die hierbij helpen:

- Een landelijk 'Faexit-programma'. De ambitie is om de fax te elimineren. Een belangrijke oplossing zal zijn, om alle zorgaanbieders op 'veilig mailen' te krijgen. Dat betekent het koppelen van veilig-mail-oplossingen en het opschalen van gebruik in de zorg.
- Opschaling van gebruik LSP. Continue samenwerking van VZVZ en Stichting Gerrit om LSP-gebruik in de regio op te schalen. Dit geldt o.a. ook voor de aansluiting GGZ en VVT, met name t.b.v. medicatie.
- VIPP 5 (OPEN) voor huisartsen.

De strategisch adviseur digitalisering is desgewenst klankbord voor huisartsen om het huis op orde te brengen nav de uitgevoerde praktijkanalyse.

#### *Masterclass digitalisering*

Om de huisartsen regie te laten nemen op het digitaliseringsvraagstuk, lijkt het goed om hiervoor een masterclass te organiseren. Geen college met een oneindige reeks van drie letterige afkortingen of modellen uit de digitale wereld. Wel een praktische opleiding, waarbij met inspirerende voorbeelden de aansluiting gezocht wordt bij de dagelijkse praktijk. Voorstel is ook om dit geen vrijblijvende opleiding te laten zijn, maar een masterclass bestaande uit een 6-tal bijeenkomsten, waarin vooraf literatuur bestudeerd moet worden, college gegeven wordt en met elkaar het gesprek gevoerd wordt over hoe je als huisarts ontlast kan worden door digitalisering en je de focus kunt leggen op de dienstverlening aan de patiënt of mantelzorger.

#### *Digitaal platform*

Eerder introduceerden we al het digitale Platform "Dokterszorg.net" voor kennisuitwisseling. Dit platform moet ook op het terrein van IT ondersteunend zijn. Denk aan formats, documenten, webinars, podcast rondom specifieke thema's. Dit digitale kennisplatform wordt ontwikkeld en beheerd door Dokterszorg

### 6.5. Integreren (de Marathonloper)

Als je stelt dat huisartsenzorg netwerkzorg pur sang is, dan mag het niet verbazen dat uitwisseling en inzage in patiëntgegevens prioriteit heeft. Uit de IT-masterplan-enquête komt dit dus ook met stip op 1. In ons onderdeel Integreren geven we hier uitvoering aan.

Het uitgangspunt bij integreren is dat we (..) slim meeliften op bestaande programma's. Daar waar er geen specifieke programma's lopen, kiezen we voor integratie met partijen waarvan we zelf inschatten dat integreren makkelijk haalbaar is én waarbij het een grote toegevoegde waarde biedt. Drie projecten staan aan de top prioriteitenlijst:

- Actief deelnemen projecten die de uitwisseling tussen HA-VVT centraal hebben staan. In Friesland zijn twee initiatieven noemenswaardig:
  - o Vipp/Vital Health regio Heerenveen. Zoeken naar optimaal communicatieplatform en implementatie van communicatie afspraken.
  - o Helder/Nut/Mitz.

Hierin ook meenemen dat de viewer zoals RIVO die gedefinieerd heeft, ook een oplossing kan zijn. Zie notitie "Uitkomst traject samenwerking huisartsen en VVT, in de zorg rondom kwetsbare ouderen thuis."

- Medicatieoverdracht project: <https://lsp-platform.frl/>
- Met spoed beschikbaar: <https://metspoedbeschikbaar.nl/huisarts/>.

De ontwikkeling van een programma met gemeentes volgen we wel, maar zetten we niet te veel energie op. De reden is dat dit veel tijd en energie kost in relatie tot de toegevoegde waarde. Zeker als je kijkt naar de andere integratiebehoeften.



De ontwikkeling van viewer, het initiatief van RIVO, is zeer interessant voor de huisartsen. Of dit technisch, politiek en commercieel haalbaar is, moet zich nog bewijzen. Het is belangrijk om in dit initiatief te participeren en op die manier te borgen dat het een oplossing wordt die past bij de huisartsen.

Voor met name de programmamanager zullen deelname en uitvoering binnen deze projecten de hoofdtaken zijn. De programmamanager moet er voor zorgen dat dit goed gaat 'landen' in de huisartspraktijken.

## 6.6. Innovatie (Sprinter)

We ontkomen er niet aan om zicht te blijven houden op innovaties, zodat we er tijdig mee aan de slag kunnen gaan en niet verrast worden. Bovendien lopen er op dit moment een aantal projecten die we onder innovatie zou kunnen scharen en graag willen vervolgen.

### *PGO Noord Nederland*

Het opzetten en testen van use cases waarbij communicatie tussen huisarts en patiënt wordt ondersteund binnen een Persoonlijke GezondheidsOmgeving. Zie notitie "PGO eco systeem Noord-Nederland, ondernemen binnen het OPEN PGO Eco systeem Noord-Nederland, Projectplan ten behoeve van de subsidieaanvraag binnen de Open Innovatie Call"

### *Dokter Appke*

In juli 2021 is een pilot uitgevoerd bij Dokterswacht Friesland. Deze pilot wordt in 2021 op nog zes momenten een vervolg gegeven. In 2021 en 2022 willen we het prototype verder ontwikkelen door – naast DWF - ook met dagpraktijken ervaring op te doen. We onderzoeken de mogelijkheden om personele inzet van HA en triagisten vanuit de provincie te combineren met de personele capaciteit van Medicinfo.

In die zin is dit een project van heel Dokterszorg. Het project vraagt steeds meer tijd en aandacht; van medewerkers van Dokterszorg en zeker ook van bestuursleden FHV. De eerdergenoemde strategisch adviseur zal daarbij moeten gaan ondersteunen.

### *Data-analyse/Artificiële Intelligentie (AI)*

In het kader van het regioplan Heerenveen is er gebruik gemaakt van data uit meerdere informatiebronnen. Deze data geven inzicht in de populatiekenmerken, het zorggebruik en de zorgkosten. Het doel is om op basis hiervan gerichte interventies t.b.v. gezondheidsverbetering/preventie in te zetten. Samen met andere stakeholders hebben huisartsen/dokterszorg die voor dergelijke doeleinden ingezet kunnen worden.

AI kan een toegevoegde waarde hebben bij bijvoorbeeld triage, diagnostiek en behandeling van patiënten. We doen er echter nog te weinig mee.

We willen graag investeren in een gerichte visie, plan en projectuitvoering op dit gebied.

### *Zelfmeten (Zorg op Afstand)*

In 2021 zijn we (vanuit financiering groeiruumte HLA) gestart met het project Zelfmeten/Zorg op Afstand. Dit geeft concreet invulling aan persoonsgerichte zorg op afstand en (meer) zelfmanagement van de patiënt. Dat doen we (nog) met hulp van thuismetingen/tele-monitoring en educatie binnen de patiëntenportalen van VIP, Philips VitalHealth en Porta Vita.

Net als met positieve gezondheid willen we hier vervolg en liefst continuïteit in bieden. De praktijk wordt ondersteund door inzet van een digitaal platform, dat zorgverleners helpt bij het volgen van de behandeling van chronische patiënten.

Eind 2021 verwachten we een kleine 60 deelnemende praktijken. Dit aantal willen we in 2022 uitbreiden naar 75 tot 80. Per deelnemende (norm)praktijk gaan we uit van 25 te includeren patiënten. Regio's en wijken kunnen zich aanmelden voor deelname.

## 6.7. Financiering onderdelen Programma 4: Digitalisering

Voor de financiering van (onderdelen) uit het programma digitalisering willen in 2022 nog gebruik maken van de eenmalige HLA-ICT gelden. We zullen een separate aanvraag indienen. Een groot aantal onderdelen zijn echter structureel. Die zullen we vanaf 2023 uit de O&I begroting financieren.

*HLA-ICT Betaaltitel: Versnellen versterken regionale Infrastructuur:*

### *a) Inrichten IT-functie*

Eenmalig 2022

- Begeleiding en ontwikkeling ICT-masterplan

Daarna structureel O&I Regiomanagement

- Aanstelling CMIO (incl. opleiding) => structureel
- Strategisch adviseur digitalisering/ICT => structureel
- Commissie Digitalisering
- IT-innovatie werkgroep
- Financiële module voor contractering en declaraties ION

### *b) Kennisinstructuur*

Eenmalig:

- Masterclass

Daarna structureel O&I Regiomanagement

- Kennisplatform infrastructuur
- Project Huis op Orde (digitaal vaardig maken)

*HLA-ICT versnellen en versterken regionale zorginhoudelijk projecten*

*Integratie (marathonloper)*

Eenmalig 2022

- Programmamanager integratie

Daarna structureel O&I regiomanagement

- Samenwerking HIS/KIS chronische zorg

*HLA-ICT versterken eigen informatiepositie*

*Innovatie (sprinter)*

Financiering dr. Appke

Over de financiering van Dr. Appke zullen separate afspraken met verzekeraar(s) worden gemaakt. Gezien de financiering van DWF zal VGZ hierbij betrokken zijn. Om in ieder geval een zekere voortgang te maken reserveren we een bedrag binnen de O&I begroting.

*Data-analyse/ Artificiële Intelligentie:*

Financiering visie, plan en projectuitvoering op dit gebied.

*Zorg op Afstand*

In vervolg op de afspraken in 2021 over de groei ruimte binnen het HLA zetten we dit project graag door met financiering vanuit de prestatie Toekomstbestendige Huisartsenzorg.

## 7. Programma (5): Continuïteit Huisartsenzorg

De huisartsenzorg staat onder druk. Dat komt door de toekomstige opgaven vanuit de demografische ontwikkelingen en veranderende zorgvraag met tegelijkertijd een knellender zorgaanbod. In Friesland is dit inmiddels zichtbaar. Steeds meer praktijkhouders hebben problemen om een opvolger te vinden, ANW-diensten zijn voor oudere huisartsen (en jonge huisartsen met kinderen) meer belastend en onvoldoende nieuwe (waarnemende) huisartsen willen zich vestigen in Friesland. Overigens kent ook de arbeidsmarkt voor ondersteunend personeel en 2<sup>e</sup> deskundigheidsniveau dezelfde problematiek. Zie ook paragraaf 1.2.. En dit terwijl de huisartsenpraktijk een cruciale rol speelt in het verzorgen van zorg dichtbij. Zeker in een geografische regio als Friesland met een paar verstedelijkte gebieden en veel platteland. Ook binnen DWF wordt onderzocht op welke manier dit knelpunt in de ANW aangepakt kan worden (andere manier van invullen HAP diensten - kernteam, meer doen met waarnemers?).

Binnen het programma “Continuïteit Huisartsenzorg” ondersteunen we initiatieven die gericht zijn op het verkleinen van het verwachte huisartsentekort en ook initiatieven gericht op ondersteunend personeel zoals PA, VS en doktersassistenten.

### 7.1. Platform 11 Huisartsen

Op initiatief van FHV en met hulp van een subsidie van de Provincie is het 11-huisartsenplatform opgericht. Toentertijd als antwoord op de urgente problematiek in Leeuwarden, maar inmiddels provinciaal georiënteerd. Dokterszorg (Doktersdiensten) is de uitvoerende kracht achter het platform. Met 11-huisartsen bieden we praktische handvatten en ondersteuning voor zowel startende als de huisarts die stopt met zijn/haar praktijk. Door barrières weg te nemen, door waardevolle contacten te leggen. Het platform verbindt de startende huisarts met de 11 huisartsenpartners voor het vinden van financiering, huisvesting, het zoeken naar een baan voor partners. En ook met de Friese taal. Zij initiëren ook de uitvoering van o.a. transitie management.

Met 11 huisartsen hebben we een unieke formule gecreëerd die daadwerkelijk bijdraagt aan het vergroten van continuïteit.

#### Doelstellingen (Uit A3 ambitie DF/FHV)

- Actueel bestand vraag en aanbod van 11 huisartsen
- Borging van de financiering voor 11 huisartsen
- Uitvraag stopper/starters jaarlijks
- Opzet onderzoek nieuwe modellen huisartsenzorg (LHV)
- Opzet onderzoek naar obstakels voor praktijkvoering (LHV)
- Contact huisartsenopleiding
- Meetbaar effect is afhankelijk van de vraag en matches van het moment
- Deze matches of andere overnamevraagstukken ondersteunen

### 7.2. Stagebegeleiding in dagpraktijk en ANW

We constateren dat ROC Friesland vraagt om meer stageplekken. Nivel concludeert dat huisartspraktijken te weinig ruimte te zien voor opleiding. Vanuit O&I financiering willen we graag inzetten op ondersteuning van praktijken bij het begeleiden van stagiaires doktersassistenten. Dat biedt kansen voor de dagpraktijken en de huisartsenzorg in de ANW (Dokterswacht). Juist door een combinatie aan te bieden is het voor zowel studenten, dagpraktijken als Dokterswacht aantrekkelijk.

De nieuw aan te trekken opleidings- en stage coördinator zal vanuit Dokterszorg de contacten met opleidingsinstituten en huisartspraktijken moeten gaan leggen en er voor zorgen dat er structureel stageplekken beschikbaar zijn voor doktersassistenten.

Dit kan later uitgebreid worden naar ook andere disciplines (PA, VS e.d.).

### 7.3. Transitie management

Een praktijkovername is een ingewikkeld traject. Normaal gesproken weten praktijkhouder en opvolger(s) in goed onderling overleg de overname en opvolging af te ronden. Veelal worden ze daarbij ondersteund door hun eigen juridisch en fiscale adviseurs.

De afgelopen jaren hebben we ervaren dat het overnameproces gebaat kan zijn met aanvullende (inhoudelijk en/of proces) ondersteuning.

Met de overgang naar Zilveren Kruis vervalt de prestatie van De Friesland. Voor praktijken die dat wenselijk vinden, willen we ook komende periode geld vrijmaken voor 'transitiemanagement nieuwe stijl'. Binnen de O&I begroting maken we een bedrag vrij. Als praktijk(houders) een beroep willen doen op deze middelen, kunnen ze daarvoor een aanvraag indienen bij Dokterszorg. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat altijd een eigen bijdrage van deelnemende praktijken gevraagd zal worden.

### 7.4. Praktijkmanagement voor kleine praktijken

In de plattelandsgebieden van Friesland zijn nog een aantal kleine praktijken. Zij borgen de toegankelijkheid en bereikbaarheid van huisartsenzorg in dunbevolkte gebieden. Door hun geografische ligging zijn er weinig andere natuurlijke huisartspraktijken om mee samen te werken. Zij hebben dus een vrij solistische, maar onontbeerlijke functie. Veelal worden zij ook geconfronteerd met een opvolgingsprobleem.

De huidige module praktijkmanagement van Zilveren Kruis kent een ondergrens van 4500 patiënten (ca 2,5 normpraktijk). Dat maakt ook deze module niet toegankelijk voor kleinere praktijken, terwijl onze ervaring is dat ook deze kleinere praktijken vragen om ondersteuning.

Wij willen binnen met de module Praktijkmanagement of Toekomst Bestendige Huisartsenzorg net de verzekeraar afspraken maken om deze praktijken met een vorm van praktijkmanagement te ondersteunen. Net zoals we dat nu ook in het kader van de groeirimte HLA doen.

Met deze ondersteuning willen we praktijkmanagement ook voor kleinere praktijken toegankelijk maken. Dat doen we door een praktijkmanager voor meerder praktijken te laten werken. De kennis vanuit andere praktijken is dus toegankelijk, terwijl samenwerking niet primair een doel is.

### 7.5. Praktijk Op Orde: efficiënte praktijkvoering en accreditatie

Een moderne praktijk(voering) vergroot de kans op overname en opvolging.

Het doel van de praktijkanalyse is om de huisartsenpraktijk optimaal te organiseren en de praktijkvoering effectief en kwalitatief hoogstaand te laten functioneren, nu en in de toekomst. De analyse geeft inzicht in de praktijkvoering en brengt verbeterpunten in beeld voor de praktijkvoering en de werksfeer. Er wordt ook gekeken naar de toekomstbestendigheid, met aandacht voor arbeidsmarktproblematiek en huidige en toekomstige ontwikkelingen in de zorg.

De praktijkanalyse is wat betreft inhoud en doel van een andere orde dan de praktijkaccreditering. Een praktijk*accreditering* kijkt naar de kwaliteit van zorg en beoordeelt vanuit dat perspectief de organisatie van de praktijk. De praktijk*analyse* beoordeelt de bedrijfsvoering en werkprocessen.

Onderdelen van de praktijkanalyse

De praktijkanalyse start met een brede, eerste scan. Daarna volgt een verdieping op specifieke onderdelen:

- Praktijkvoering & Processen

- Personeel
- Patiënten & Partners
- Productie
- Perspectief

De brede scan, het intakegesprek gebaseerd op de vraag of behoefte van de praktijk en vervolgens het plangesprek waarin de resultaten en het plan van advies wordt besproken met praktijkhouder en evt. andere sleutelposities in de praktijk. Dit geheel van scan, intake en het plangesprek is de 'Praktijkanalyse'.

Als vervolgtraject voor invoering van aanpassingen in de praktijk of andere aanbevelingen die voortkomen uit de analyse, kan evt. extra begeleiding door een projectmedewerker worden ingezet.

In 2021 zijn we -vanuit de groeirimte HLA - gestart met het op groter schaal aanbieden van de praktijkanalyse en bijbehorend verbeterplan. Net als de andere initiatieven willen we hier vervolg en continuïteit in gaan bieden. Dat doen we graag met financiering vanuit de prestatie Toekomstbestendige Huisartsenzorg.

## 7.6. Financiering onderdelen Programma 5: Continuïteit

### *Financiering 11huisartsen (O&I regiomanagement)*

De tijdelijke financiering door de provincie is geëindigd. De betaaltitel O&I biedt de mogelijkheid om continuïteit te bieden. Hierover zijn al afspraken gemaakt.

### *Financiering stagebegeleiding (O&I wijk/regiomanagement)*

Vanuit de betaaltitel regiomanagement wordt de opleidings- en stag coördinator Dokterszorg gefinancierd.

### *Financiering transitie management (TBHZ)*

Het aantal toe te kennen uren is maatwerk op basis van ingediende aanvraag met plan van aanpak. Vanuit ervaring tot op heden wordt tussen 150-200 uur toegewezen.

### *Financiering PM kleine praktijken (Praktijkmanagement of TBHZ)*

Graag maken we afspraken met ZK/DF om de huidige werkwijze voort te zetten. Wij zien mogelijkheden met de prestatie TBHZ en ook de prestatie Praktijkmanagement die Dokterszorg zal contracteren. Dokterszorg contracteert dan de prestatie op basis van het totaal ingeschreven patiënten bij de deelnemende praktijken. Inzet van de praktijkmanager naar ratio in de praktijken.

### *Financiering praktijkanalyse (TBHZ)*

De huidige praktijkanalyses zijn onderdeel van de HLA afspraken. Voor een normpraktijk is een gelimiteerd aantal uren beschikbaar. Analyse circa 16-24 uur, vervolgtraject max 16 x 4 uur. We zetten dit graag door met financiering vanuit de prestatie Toekomst Bestendige Huisartsenzorg.

## 8. Financiën/ Tarievenoverzicht

Separate – vertrouwelijke - bijlage

## BIJLAGE 1. PROCES EN FORMAT INITIATIEVEN ZORGVERNIEUWING voor Kernteams/Hagro/regio in Friesland.

1. Een vertegenwoordiging van huisartsen (HAGRO/coöperatie/huisartsenraad) bespreekt een specifiek thema. Indien van toepassing schuiven andere betrokken zorgaanbieders aan (bijv. vertegenwoordigers van regioaanbieder VVT, MSB of vakgroep specialisten, gemeente). Bij voorkeur gebruik makend van een bestaand (transmuraal) gremium gericht op samenwerking in de regio of wijk.

Vanuit de inhoud: gedragen door huisartsen

- De bijeenkomst(en) kunnen worden ondersteund vanuit wijkmanagement/regiomanagement en/of ROS.

2. Indien nodig werkt een Werkgroep ad hoc deze plannen op hoofdlijnen uit. Verdieping op Quadruple Aim doelstellingen.

Ondersteuning vanuit het regiomanagement. Suggestie in de werkgroep neemt een kaderarts (inhoud) deel. Ook kan evt. programmamanager/projectleider vanuit Dokterszorg deelnemen. Suggestie: patiëntenpanel via Cliëntenraden/Zorgbelang betrekken.

3. Het concept plan (op hoofdlijnen) wordt eerst regionaal besproken, daarna op provinciaal niveau met de DZ/FHV en daarna met verzekeraar DF/ZK (technisch overleg). Hier wordt besloten of het plan kansrijk is en verder uitgewerkt kan worden en of er gebruik gemaakt kan worden van andere regionale/provinciale initiatieven.

4. Het plan wordt door regio werkgroep JZOJP + regiomanager + bedrijfseconomisch adviseur/financial controller uitgewerkt tot een businesscase, waarbij uiteraard eerste en tweede lijn nauw samenwerken. Alleen voor kansrijke businesscases worden middelen ingezet om de details van het plan uit te werken.

5. Het plan inclusief business case worden ter definitieve goedkeuring voorgelegd aan:

a. De regiovertegenwoordiging van huisartsen

b. De betreffende andere participanten (bijv. MSB)

c. Indien in alle gremia een akkoord wordt bereikt wordt het plan ingediend bij de zorgverzekeraar (Tactisch overleg verzekeraar. Bij budgettaire knelpunten opschalen naar bestuurlijk overleg) en/of andere partners van financieringsbronnen. Deze groepen zijn gemandateerd om besluiten te nemen. Een akkoord betekent doorgang van het plan.

## Formulier indienen voorstel voor financiering Zorgvernieuwing

Projectvoorstel Zorgvernieuwing Friesland				
Titel Project			Programma	<input type="radio"/> Chronische/Integr.Zorg <input type="radio"/> JZOJP <input type="radio"/> Continuïteit <input type="radio"/> Digitalisering
Datum			Contactpersoon	
Betreft	<input type="radio"/> Regio <input type="radio"/> Hagro/wijk <input type="radio"/> Praktijk			
Naam Regio/Wijk/Praktijk				
Status	<input type="radio"/> Voortzetting bestaand initiatief <input type="radio"/> Nieuw project <input type="radio"/> anders			
Doelstelling, Inhoud en Patientpopulatie				
Beschrijving				
Resultaten				
	<input type="radio"/> Kwaliteit van zorg/ Gezondheidswinst	Toelichting:		
	<input type="radio"/> Kostenreductie/efficiëntie	Toelichting:		
	<input type="radio"/> Patienttevredenheid	Toelichting:		
	<input type="radio"/> Tevredenheid professional	Toelichting:		
Tijdplanning				
Fasering				
Kosten				
Schatting per jaar	<input type="radio"/> <2.000	<input type="radio"/> 2.000-5.000	<input type="radio"/> 5.000-10.000	<input type="radio"/> >10.000



## Bijlage 2. Visie en Inkoopbeleid Zilveren Kruis

Zilveren Kruis zet in op

1. [Visie op huisartsenzorg](#)
2. **Wij zetten ons in voor zorg dichterbij**
3. **De huisarts heeft een belangrijke rol in het leveren van goede zorg dichtbij**
4. **We leggen de focus op integrale en persoonsgerichte zorg**
5. [Regionale infrastructuur](#)
6. **Samen met u transformeren we naar een duurzaam zorglandschap**
7. **De regio-organisaties verbeteren de infrastructuur voor u**
8. **We maken de financiële groeirimte uit het hoofdlijnenakkoord beschikbaar**
9. [Digitale zorg](#)
10. **Opschaling van nieuwe zorgvormen vervangt bestaande zorg**
11. **Keuzerecht voor de patiënt is hierbij een belangrijk vertrekpunt**
12. **We stimuleren de digitalisering in de huisartsenzorg op verschillende manieren**
13. **Zilveren Kruis is betrokken bij het ontwikkelen van een keurmerk voor ICT systemen**

### *Vergoedingen en Prestaties*

S1: Praktijkmanagement:

Een praktijkmanager neemt werkzaamheden over van de huisarts die niet aan zorg zijn gerelateerd. Dit zijn vooral facilitaire en managementtaken. U kunt als huisarts hierdoor meer tijd besteden aan uw patiënt. In de reguliere financiering van huisartsen (inschrijftarief/consulttarief) zit een component voor het management van de praktijk. Wij bieden in aanvulling hierop een tegemoetkoming in de kosten voor de inzet van een praktijkmanager.

#### **Praktijkmanagement kan ook gecontracteerd worden via de O&I regio-organisatie**

Voor een goede inbedding van de praktijkmanager is de samenwerking met andere praktijken en/of de regio-organisatie noodzakelijk. Zilveren Kruis ziet praktijkmanagement als onderdeel van de organisatie en infrastructuur (O&I) voor de huisartsenzorg. Om die reden kan praktijkmanagement ook gecontracteerd worden via uw O&I regio-organisatie

#### **De volgende voorwaarden gelden voor de praktijkmanager**

De praktijkmanager:

- • doet facilitaire en managementwerkzaamheden voor de praktijk. De huisarts draagt daadwerkelijk managementtaken over aan de praktijkmanager;
- • werkt voor huisartsenpraktijken in een samenwerkingsverband of voor een praktijk met meer dan 4500 patiënten;
- • bevordert de onderlinge samenwerking tussen de praktijken;
- • heeft een relevante HBO opleiding afgerond en/of een (eenjarige) opleiding tot praktijkmanager

afgerond die is geaccrediteerd op HBO niveau. Aan de voorwaarden is tevens voldaan als de praktijkmanager aantoonbaar is gestart met een bovengenoemde opleiding.

De contractuele uren van een doktersassistent kunt u niet opvoeren als uren praktijkmanagement. Met een doktersassistent die ook werkzaam is als praktijkmanager en voldoet aan de gestelde voorwaarden, sluit u een aparte arbeidsovereenkomst af.

## Prestatie Toekomstbestendige huisartsenzorg

### **Huisartsenpraktijken en regio-organisaties werken nauw samen rondom verschillende doelstellingen**

De prestatie is gericht op huisartsenpraktijken en regio-organisaties. We hebben in gezamenlijkheid met de brancheorganisaties 4 doelstellingen geformuleerd:

1. Meer zorg op afstand
2. Andere organisatie van huisartsenzorg
3. Meer persoonsgerichte zorg
4. Efficiëntere praktijkvoering

De regio-organisatie (i.o.) coördineert en ondersteunt de keuze van de huisartsen voor de doelstellingen. Hierbij wordt gekeken naar: de voorkeur van de aangesloten huisartsen, de haalbaarheid van de ondersteuning door de regio-organisatie en de samenhang met het huidige regioplan. De huisartsenpraktijk kiest bij voorkeur één doelstelling.

### Vergoeding:

Voor de huisartsenpraktijken is een maximum tarief vastgesteld per verzekerde via de S3-afspraken 'Toekomstbestendige huisartsenzorg'. Voor de regio-organisaties bepalen we een budget op basis van de aangesloten huisartsenpraktijken en bekostigen we via de O&I-afspraken. In overleg met de betrokken huisartsen kunnen regio-organisaties als kassier optreden.

### Organisatie en Infrastructuur

#### Doelstellingen

1. **Eerstelijnszorg is zorg die dichtbij de burger wordt verleend**
2. **De maatschappelijke ontwikkeling is gericht op het langer zelfstandig thuis wonen van burgers**
3. **Onze ambitie is het realiseren van een samenhangend zorgaanbod**
4. **De organisatie en infrastructuur wordt ingericht voor een afgebakende en aaneengesloten regio**
5. **De organisatie en infrastructuur ondersteunt de patiëntenzorg op praktijk-, wijk- en regionaal niveau**
6. **We stimuleren persoonsgerichte zorg voor mensen met een chronische aandoening**

### *Vergoedingen en Prestaties O&I*

Als regio-organisatie heeft u de ruimte om afspraken over diverse onderwerpen te maken. De regio-organisatie sluit met Zilveren Kruis dus een regionale O&I overeenkomst. De onderwerpen worden uitgewerkt in het jaarlijkse 'O&I regioplan' en het jaarlijkse 'O&I tarievenoverzicht' van uw regio. Beide documenten zijn een onlosmakelijk bijlage van de Regionale O&I overeenkomst.

- **Organisatie & Infrastructuur (O&I betaaltitels – verplicht onderdeel O&I overeenkomst)**  
De O&I afspraken vormen de basis voor de overeenkomst met de regio-organisatie. De O&I is gericht op het faciliteren en ondersteunen van aangesloten zorgverleners, zodat zij zich primair kunnen richten op de directe patiëntgebonden zorg. Afspraken worden vastgelegd in het regioplan en het O&I tarievenoverzicht. Monitoring en evaluatie vinden continu plaats in de gesprekken met de regionale zorginkoper.
- **Chronische zorg (O&I – verplicht onderdeel O&I overeenkomst)**  
Voor de chronische zorg maakt u afspraken over het organisatiedeel (O&I betaaltitel ondersteuning ketenzorg) en over het zorgdeel (losse prestatie per keten). Deze tarieven worden opgenomen in het O&I tarievenoverzicht. De inkoopspecificaties zijn opgenomen in de bijlage 1.
- **Toekomstbestendige Huisartsenzorg (O&I betaaltitels)**  
Vanaf 2021 vormt het beleid voor Toekomstbestendige Huisartsenzorg een nadere invulling van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg. We hebben in gezamenlijkheid met de brancheorganisaties 4 doelstellingen geformuleerd: meer zorg op afstand, andere organisatie van huisartsenzorg, meer persoonsgerichte zorg en efficiëntere praktijkvoering. In bijlage 2 vindt u het specifieke beleid.

- **Juiste Zorg op de Juiste Plek (O&I betaaltitels)**  
Op basis van de financiële groeiimte uit het hoofdlijnenakkoord kunt u vanaf 2020 afspraken maken over 'regionale initiatieven JZOJP'. Het initiatief sluit aan bij minimaal één van de thema's uit het hoofdlijnenakkoord en bevat meetbare doelen. Afspraken worden vastgelegd in het regioplan en O&I tarievenoverzicht.
- **Regioafpraak Samenwerking rondom kwetsbare ouderen (S3 betaaltitel)**  
We contracteren de prestatie 'Samenwerking rondom kwetsbare ouderen' via de regio-organisatie. Hiermee stimuleren we de (multidisciplinaire) samenhang in de regio en ontlasten we de huisartsenpraktijk. In bijlage 3 vindt u het specifieke beleid.
- **S3 prestaties Huisartsenovereenkomst (S3 betaaltitel)**  
We stimuleren het contracteren op regioniveau voor prestaties uit het huisartsenbeleid, denk aan de prestatie Kwaliteit of de vergoeding Praktijkmanagement. Afspraken worden vastgelegd in het regioplan en het O&I tarievenoverzicht.
- **Zorgvernieuwing (maatwerk S3 betaaltitels)**  
Vanaf 2022 zijn de regiotafels voor vernieuwing en innovaties onderdeel van de afspraken met de regio-organisatie. Zorgaanbieders kunnen voorstellen doen voor vernieuwingen in het zorgaanbod en deze worden op regionaal niveau beoordeeld.
- **ICT gelden (S3 betaaltitel)**  
In het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022 zijn financiële middelen beschikbaar gesteld voor ICT en digitalisering. Het doel van deze middelen is het versterken en versnellen van een aantal digitale ontwikkelingen, denk aan de digitale regionale infrastructuur, regionale zorginhoudelijke projecten en de eigen informatiepositie. We hanteren voor de aanvragen een apart op te vragen format.
- **Meekijkconsult (S3 betaaltitel)**  
Het consulteren van de specialist kan via beeldbellen, via een digitaal consult of fysiek (de specialist komt naar de huisarts toe). De huisarts blijft hoofdbehandelaar en zowel de huisarts als de specialist ontvangen een vergoeding. We versterken hiermee o.a. de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten en het voorkomt onnodige verwijzingen. We werken aan standaardafspraken op basis van vaste tarieven.
- **Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI betaaltitels)**  
We contracteren de Gecombineerde Leefstijlinterventie via de regio-organisatie. Hiermee stimuleren we de samenhang met het overige zorgaanbod in de regio. U sluit hiervoor een aparte GLI overeenkomst in het zorginkoopportaal.
- **Organisatie& Infrastructuur en Chronische zorg zijn verplichte onderdelen van de overeenkomst.**