

Een dynamische eerstelijnszorg

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding
2. Visie op de eerstelijnszorg
3. Huidige stand van zaken in de eerstelijnszorg
4. Thema 1: Betere samenhang in de zorg
 - 4.1 Samenhang en zorgvraag
Chronische zorg, Preventie, Jeugdzorg, Verslavingszorg
 - 4.2 Coördinatie en verantwoordelijkheden
5. Thema 2: Meer innovatie en ondernemerschap en een betere zorginkoop
 - 5.1 Innovatie, ondernemerschap en zorginkoop
 - 5.2 Wat is nodig om thema 2 te bewerkstelligen?
6. Thema 3: Meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid
 - 6.1 Zichtbare kwaliteit: meer transparantie
 - 6.2 Natuurlijke cliëntgerichtheid
 - 6.3 Vanzelfsprekende veiligheid
7. Thema 4: Betere organisatie van de acute zorg
8. Slotopmerkingen

EEN DYNAMISCHE EERSTELIJNSZORG

1. Inleiding

Met deze brief kom ik tegemoet aan mijn toezegging aan de Tweede Kamer om een visie op de eerstelijnszorg te presenteren. In de visie beschrijf ik wat ik verwacht van de eerstelijnszorg en hoe ik dat zie in het licht van alle ontwikkelingen die er op deze zorg afkomen. Ik geef daarbij aan op welke wijze ik en de relevante partijen (uit het veld) hiermee aan de slag gaan. Paragraaf 2 schetst mijn visie op de eerstelijnszorg, gebaseerd op de maatschappelijke verwachtingen. Paragraaf 3 beschrijft de huidige situatie van de eerstelijnszorg, waarna in de paragrafen 4 tot en 7 de belangrijkste thema's voor de komende jaren aan de orde komen. Thema's om een sterke eerstelijnszorg te behouden en verder uit te bouwen. De nadruk ligt op de volgende vier thema's:

- (1) Meer samenhang in de zorg;
- (2) Meer innovatie, ondernemerschap en betere zorginkoop;
- (3) Grotere transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid;
- (4) Betere organisatie van de acute zorg.

Bij elk beschreven thema wordt eerst aandacht besteed aan de vraag waarom dat thema belangrijk is. Daarna wordt steeds ingegaan op de verwachtingen die ik heb van de relevante partijen. Hierbij is expliciete aandacht voor de relatie tussen curatieve zorg, preventie, care en maatschappelijke ondersteuning. Ook ga ik in op de rol van de overheid.

2. Visie op de eerstelijnszorg

Wat is eerstelijnszorg?

De eerstelijnszorg is de "ruggengraat" van onze gezondheidszorg en heeft een onmisbare functie binnen die gehele gezondheidszorg. Het is een doelmatige schakel in de totale zorgketen die loopt van perinatale zorg en preventie tot en met ouderenzorg en palliatieve zorg. De eerstelijnszorg levert een bijdrage aan het gezond blijven van mensen. Het gaat dan om lichamelijke en psychische gezondheid en sociaal welbevinden. Daarnaast draagt de eerstelijnszorg bij aan begeleiding bij zwangerschap en bevalling, snel genezen van alledaagse ziekten of het zo goed mogelijk laten functioneren van mensen met (chronische) ziekte of handicap. Vele zorgfuncties zijn te benoemen, zoals huisartsenzorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, verloskundige zorg, psychologische zorg, mondzorg, verpleging, verzorging, ambulancezorg en andere vormen van acute zorg, preventieve zorg, ouderenzorg, welzijnzorg, thuiszorg en mantelzorgerondersteuning. Daarbij zijn er functies die prima in de eerstelijnszorg uitgevoerd kunnen worden, maar voorheen voornamelijk ook in de tweedelijnszorg plaatsvonden.¹

Patiënt heeft hoge verwachtingen van de eerstelijnszorg

Patiënten zijn gelijkkluidend als het gaat om wat men belangrijk vindt in de eerste lijn². Men wil makkelijk toegankelijke zorg dicht bij huis. Zorg die veilig is en van goede kwaliteit. Daarover wil men goed geïnformeerd en eenduidig worden voorgelicht. Aspecten als goede coördinatie en afstemming van de zorg en een vertrouwensrelatie met hulpverleners vindt men ook van belang. Daarnaast willen patiënten dat de zorg flexibeler en meer servicegericht wordt ingericht dan nu nog het geval is. Denk aan openingstijden, bejegening/klantvriendelijkheid, telefonische

¹ Functionarissen die deze eerstelijnszorg kunnen leveren zijn bijvoorbeeld huisartsen, bedrijfsartsen, paramedici (o.a. fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten), verloskundigen, psychologen, apothekers, tandartsen, mondhygiëniste, tand-prothetici, verpleegkundig specialisten, thuiszorgmedewerkers, maatschappelijk werkers, praktijkondersteuners en mantelzorgers.

² Zie NPCF, 2004, Langs de eerste lijn; RIVM 2005, Op één lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020.

bereikbaarheid et cetera. Ook wil men kunnen kiezen: welke huisarts is eigenlijk het beste? Waar vind ik een fysiotherapeut die goed is in de behandeling van lage rugpijn? Hoeveel geduld heeft die tandarts bij de behandeling van kinderen? De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) geeft in haar notitie 'Eerstelijnszorg voorop' (november 2006) aan dat zorggebruikers een sterke voorkeur hebben voor het samenwerken van eerstelijnsdisciplines onder één dak.

De gewenste rol van de eerstelijnszorg

Een goed functionerende eerste lijn is het laagdrempelig aanspreekpunt dicht bij huis voor alle zorgvragen. Voor patiënten³ is het altijd duidelijk waar zij naar toe kunnen gaan bij vragen over de zorg of- ondersteuningsvragen, zonder van het kastje naar de muur te worden gestuurd. De eerstelijnszorg is makkelijk bereikbaar en kenmerkt zich door een integrale en op preventie gerichte aanpak van patiëntenproblemen. Vanzelfsprekend legt het de verbindingen naar zowel tweedelijns curatieve zorg als de care en maatschappelijke ondersteuning. Hierin fungeert de eerste lijn ook als 'wegwijs' voor de patiënt, maar onderkent ook zijn coördinatiefunctie in het medisch-inhoudelijk zorgproces. Door de functiegerichte benadering van de eerstelijnszorg wordt de zorg op de meest doelmatige en effectieve wijze uitgevoerd. In de kabinetsreactie bij het rapport van de IBO-AWBZ⁴ wordt ook ingegaan op een brede eerste lijn, waarbij diagnostiek, zorg, preventie en doorverwijzing achter 'een voor patiënten herkenbare voordeur' wordt georganiseerd. In het volgende voorbeeld wordt aangegeven hoe diverse functies achter een herkenbare voordeur wordt georganiseerd.

Medisch Centrum/Kulturhus de Klaampe

Westerhaar heeft 5000 inwoners. Maar de zorg werd verspreid geleverd en de therapietrouw was slecht. Westerhaar besloot tot een Kulturhus, een gebouw voor zorg, welzijn, sport, educatie en maatschappelijke zaken. Dat hielp. Het idee om eerstelijnszorg en het Kulturhus te koppelen kwam van de wethouder. Daarna gingen alle partijen snel aan de slag met een "zo breed mogelijk eerstelijns medisch centrum met als uitgangspunten de patiënt cq cliënt centraal, samenwerken met tweede lijnsvoorzieningen in een hoogwaardig innovatief diagnostisch centrum en innovatieve ICT in de zin van koppeling op glasvezelnetwerk."

Indien er duidelijke doelpopulaties zijn, zoals diabetes, is het nog relatief eenvoudig om begrippen als samenwerking, regie, verantwoordelijkheid, substitutie tussen eerste lijn en tweede lijn, het delen van informatie et cetera een plaats te geven. Ook het genereren van transparantie-informatie valt – verhoudingsgewijs - goed te organiseren. Onder deze omstandigheden zijn de voorwaarden aanwezig die er voor zorgen dat het krachtenspel en de dynamiek tussen partijen uiteindelijk leiden tot betere en betaalbare zorg. De rol van de overheid kan zich beperken tot stimuleren van best practices en het onderhouden van het 'systeem', bijvoorbeeld door het aanbrenge van (financiële) prikkels. Er zijn veel voorbeelden waaruit blijkt dat dit goed kan werken. Dit biedt echter onvoldoende soelaas om de meest wezenlijke problemen aan te pakken van patiënten die niet op voorhand in een doelgroep in te delen zijn. In de Kamerbrief over "Multimorbiditeit en ouderenzorg" d.d. 12 november 2007⁵ wordt daar op gewezen. Regie, verantwoordelijkheidsneming, borgen van veiligheid (met name medicatie) komen onvoldoende van de grond. Zo lang grotendeels onbekend met welke interventies de gezondheid (vaak één op één te vertalen in zelfredzaamheid) zich het best én het meest doelmatig bevorderen laat en zorgaanbiedende partijen het moeilijk vinden om de gevestigde eigenbelangen (grip op patiëntenstromen en geld) op te geven, bestaat er een patstelling.

³ In het vervolg van de visie zal over patiënt worden gesproken, maar daarvoor in de plaats kan tevens de toekomstige patiënt, dan wel cliënt of burger worden gelezen.

⁴ Brief TK langdurige zorg van 9 juni 2006 (TK 2005-2006, 30597 nr.1)

⁵ Brief TK, Multimorbiditeit en ouderenzorg (DLZ/KZ/U/2806455)

Hulpverleners werken vaak nog in een organisatorische context waarin zij los van elkaar naar slechts een deel van problemen van de patiënt kijken, zo wordt in de brief geconstateerd. In deze brief staat een meer integrale (minder zorgaanbiedersspecifieke) benadering centraal. Deels betekent dit dat de grenzen tussen wat voorheen herkenbaar was als “eerste” of “tweedelij” of “derdelij” moeten vervagen om de patiënt op de meest optimale wijze te helpen. Op het eerste gezicht lijkt het daarom niet voor de hand te liggen om (nog) te komen met een specifieke visie op de *eerstelijnszorg*, maar toch is dat nodig. Immers, alleen een kwalitatief hoogwaardig ontwikkelde eerstelijnszorg kan de genoemde transitie van ontschotting helpen vorm te geven. De rol van de overheid is daarbij om de prikkels in het systeem in te bouwen waardoor integraal/ niet versnipperd zorgaanbod met meerwaarde aantrekkelijk wordt. Wet- en regelgeving zijn hiervoor een middel, maar het geven van goede voorbeelden is tevens een goede stimulans voor partijen.

Uitdagingen eerstelijnszorg

Het beleid is de afgelopen jaren gericht op versterking van de eerste lijn om deze zijn centrale rol te laten behouden⁶. Samen met de partijen uit het veld is hard gewerkt aan verdere verbetering van de eerstelijnszorg. Er is daarin een enorme slag gemaakt. Veel trajecten zijn opgezet om de omslag te maken van een aanbodgerichte zorg naar een vraaggerichte zorg waar de patiënt een meer centrale positie heeft. Toch zal de zorgbehoefte door vergrijzing, comorbiditeit en chronisch zieken toenemen en zal grote druk leggen op de gezondheidszorg als geheel. Betaalbaarheid en bestendig kwalitatief aanbod moeten verzekerd blijven. De eerste lijn kan aan deze behoefte tegemoet te komen, waarbij medicalisering en onnodige kosten kunnen worden voorkomen en doelmatigheid van zorgverlening toeneemt. Door de poortwachtersfunctie is de eerstelijnszorg het eerste aanspreekpunt in de zorgketen en is daardoor in staat de (vaak ook de acute zorg-) vraag adequaat te behandelen en, waar effectief mogelijk, in de eerstelijns te behouden. De eerstelijnszorg kent een hoge arbeidsproductiviteit door optimaal taken te differentiëren en functies te herschikken. Praktijkondersteuners, nurse practitioners of gespecialiseerde verpleegkundigen werken mee aan een verlichting van de werkdruk in de eerstelijnszorg en de verbetering van de kwaliteit van zorg. Ook de IGZ concludeert in de Staat van de Gezondheidszorg 2007⁷ dat het verschuiven van taken van arts naar een niet-arts een positieve bijdrage levert aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg. Daarbij moet wel voorkomen worden dat de zorg versnipperd raakt en zal de zorg goed op elkaar moeten zijn afgestemd indien er meerdere behandelaars bij één patiënt zijn betrokken. De behandelingsvrijheid van niet-artsen, zoals het voorschrijven van medicatie, vraagt om goede wet en regelgeving. Dit alles komt de samenleving ten goede waardoor de zorg betaalbaar blijft, van goede kwaliteit is en toegerust is voor een bestendige toekomst van zorgverlening.

De maatschappij verwacht dus veel van de eerstelijnszorg. Om daaraan te voldoen is een dynamische eerstelijnszorg nodig. Dynamisch in de zin van klantgericht, innoverend en investerend. Die dynamiek moet leiden tot aantoonbaar betere zorg. Vaak vraagt dit intensieve samenwerking, soms ook juist het onderscheiden van elkaar. De elementen samenwerken, onderscheiden en ondernemen zullen elkaar steeds afwisselen. Afwisselen in de tijd, afhankelijk van de omstandigheden, maar ook op eenzelfde moment in de tijd afwisselen, afhankelijk van de rol die de zorgaanbieder of zorgverzekeraar op dat moment heeft in het proces. Op lokaal niveau zullen partijen met elkaar moeten bezien op welke wijze aan de maatschappelijke verwachtingen het best kan worden voldaan. Dat wil zeggen dat wat in een bepaalde lokale situatie het meest

⁶ Zie de brief TK ‘toekomstbestendige eerstelijnszorg’ uit 2003 (TK 29247, nr. 4)

⁷ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2007: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van de zorg. Den Haag: IGZ, december 2007.

geschikt is, het beste op dat lokale niveau kan worden bepaald en mede afhankelijk is van de aard en omvang van de populatie en (lokale) zorgvraag.

De overheid is aanspreekbaar als blijkt dat het systeem onvoldoende of onjuiste prikkels heeft om te komen tot doelmatige, toegankelijk en kwalitatief goede zorg. Daarbij is de rijksoverheid verantwoordelijk om de maatschappelijke problemen op het terrein van volksgezondheid in kaart te brengen en daarop gepaste antwoorden te geven en eventueel bij te sturen in de gewenste richting. Gemeenten hebben conform de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) daarin de wettelijke taak te zorgen voor een goede afstemming tussen preventie en curatie. De gemeente kan verbanden leggen tussen gezondheid en werk, leefomgeving en veiligheid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft als toezichthouder een functie als het gaat om het bewaken van de kwaliteit van zorg, aan de hand van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ). In de algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt het recht op bijzondere zorg gewaarborgd, zoals langdurige verpleging, thuiszorg of psychiatrische behandeling. Tot slot heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de primaire taak een evenwichtige zorgmarkt te bevorderen en te handhaven. Uiteraard geldt hierbij een bepaalde rolverdeling. In Bijlage 1 wordt deze rolverdeling geschetst op basis van de principes van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

In de volgende paragraaf beschrijf ik kort wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot de eerstelijnszorg, waarna ik in paragraaf de thema's beschrijf waar de komende periode de nadruk op zal komen te liggen om de eerstelijnszorg te verstevigen.

3. Huidige stand van zaken in de eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg in Nederland staat goed bekend

Nederland heeft een goed presterende eerstelijnszorg die nationaal en internationaal wordt geprezen vanwege haar doelmatigheid. Van de zorgvragen in de bevolking wordt het grootste deel volledig in de eerste lijn afgehandeld. Patiënten hebben in het algemeen een groot vertrouwen in de eerstelijnszorgverleners en hechten veel waarde aan een sterke eerstelijnszorg die dicht in de buurt is en direct toegankelijk.⁸

In oktober 2004 hebben bijna alle relevante organisaties van beroepsbeoefenaren, zorgaanbieders en zorgverzekeraars een intentieverklaring voor versterking van de eerstelijnszorg getekend (TK 29 247, nr 21 en nr 24). In deze intentieverklaring spreken partijen uit zich in te zullen zetten voor een geïntegreerde eerste lijn. Eerstelijnszorg is zorg die laagdrempelig voor de patiënt bereikbaar, toegankelijk en beschikbaar is. Diverse zorgverleners werken daarbij gestructureerd en geïntegreerd met elkaar samen en maken onderlinge werkafspraken die helder naar patiënten worden gecommuniceerd. Coördinatie en continuïteit van zorg zijn daarbij sleutelbegrippen. De intentieverklaring is uitgewerkt in een actieprogramma. Hiervoor is eind 2004 het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) opgericht. Hieraan nemen 25 landelijke (koepel)organisaties deel die bezig zijn om, conform het actieprogramma, activiteiten en instrumenten te ontwikkelen die partijen op lokaal niveau kunnen motiveren en faciliteren om de beoogde verbeteringen in de eerstelijnszorg te realiseren. Het LOVE heeft bijvoorbeeld bijgedragen aan de ontwikkeling van instrumenten zoals de VAAM (Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor) om de zorgvraag regionaal in kaart te kunnen brengen en een passend zorgaanbod daarbij te organiseren.

⁸ Op één lijn - Toekomstverkenning eerste lijnszorg 2020. Public health forecast for primary care in the Netherlands in 2020. Bakker DH de ; Polder JJ ; Sluijs EM ; Treurniet HF ; Hoeymans N ; Hingstman L ; Poos MJJC ; Gijsen R ; Griffioen DJ ; Velden LFJ van der Bakker DH de ; Polder JJ ; Sluijs EM ; Treurniet HF (eds) NIVEL/ RIVM Rapport juni 2005, nr. 270751009

Meer samenhang door samenwerking, steeds meer lokaal maatwerk

Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg (NIVEL) in 2007⁹ blijkt dat er de afgelopen jaren sprake is van een schaalvergroting in de eerstelijnszorg. Samenwerking in de eerstelijnszorg, ook multidisciplinair, ter verbetering van de kwaliteit van de zorg neemt toe. Dit komt de samenhang in de zorg ten goede. Het aantal huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten in solopraktijken is sterk afgenomen ten gunste van groepspraktijken. Ook de zorg voor chronisch zieken wordt beter opgepakt, bijvoorbeeld met behulp van experimenten voor ketenzorg voor diabetici. Lokaal is op diverse wijze invulling gegeven om naar behoefte zorg in te kopen, te innoveren en verbetering van kwaliteit te stimuleren.

Ook op het gebied van bereikbaarheid en capaciteit zijn er de afgelopen jaren positieve ontwikkelingen. De fysiotherapeutische zorg is direct toegankelijk geworden voor patiënten en er zijn experimenten gestart voor nieuwe beroepen in de eerstelijnszorg, zoals physician assistants (pa's) en nurse practitioners (np's).

Bijlage 2 geeft een overzicht van de ontwikkelingen die er de afgelopen jaren in de eerstelijnszorg zijn geweest. Er is dus al veel gebeurd, maar zoals ik al eerder in deze brief aangaf vereisen ontwikkelingen zoals vergrijzing, meer chronisch zieken, preventie, jeugd en de nog steeds omvangrijke sociaal-economische gezondheidsverschillen, verdere verbeteringen van de eerstelijnszorg. Kijkend naar de gewenste ontwikkelingen in de eerste lijn, kristalliseren zich vier thema's uit die speciale aandacht behoeven. Ook uit gesprekken met relevante veldpartijen waaronder niet in de laatste plaats de NPCF, komt naar voren dat deze thema's opgepakt moeten worden. Het gaat puntsgewijs om: Betere samenhang in de zorg (paragraaf 4), Meer innovatie, ondernemerschap en een goede zorginkoop (paragraaf 5), Grotere transparantie, meer kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid (paragraaf 6) en Eenduidige toegang tot de acute zorg (paragraaf 7). In onderstaande paragrafen komen deze thema's aan de orde, waarbij steeds eerst nog eens wordt belicht waarom het onderhavige thema van belang is.

4. Thema 1: Betere samenhang in de zorg

Samenhang is een essentiële voorwaarde voor de kwaliteit van zorg.

Chronisch zieken, mensen die meerdere ziekten (comorbide of multimorbide) hebben, maar ook jeugd en gezinnen, verslaafden en mensen die ondersteuning nodig hebben door verschillende dienstverleners kunnen niet zonder een integrale aanpak van de zorg.

Voorbeeld complexe zorgvraag

Een vrouw van 70 komt met haar kleinkind bij haar huisarts. Het kind van 10 woont bij haar oma omdat de moeder van het kind in een psychiatrische kliniek verblijft en de vader al sinds geboorte uit beeld is. De vrouw van 70 zegt dat het haar allemaal zwaar valt en vraagt of ze aanspraak kan maken op huishoudelijke verzorging. Daarbij heeft ze diabetes, waardoor ze veel moe is en ook nog eens 20 kilo is aangekomen. Ze vraagt zich af of de bloedwaarden nog wel goed zijn. Met haar kleinkind gaat het ook niet zo goed. Volgens de vrouw wordt ze gepest op school en haar prestaties lijden daar onder. De vrouw geeft aan dat zij het moeilijk vindt het kind hierin te (onder)steunen en ook het huiswerk van school is soms te ingewikkeld voor de vrouw om het kind mee te helpen. Het meisje is vaak teruggetrokken op haar kamer en heeft geen vriendjes en vriendinnetjes. De vrouw vraagt de huisarts om hulp, want ze overziet het zelf allemaal niet meer.

In de toekomst zal de nadruk steeds meer komen te liggen op een geïntegreerde benadering van de gehele zorg. In de (eerstelijns)zorg worden namelijk naast veel enkelvoudige zorgvragen ook steeds meer complexe vragen behandeld. Daarbij verandert de samenstelling van de zorgvraag en neemt de vraag zelf ook toe. Het aandeel ouderen stijgt en men leeft gemiddeld genomen ook

⁹ Hansen J., Nuijen T., Hingstman L. Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2007.

langer. Door de groei en vergrijzing van de Nederlandse bevolking zal het aantal chronisch zieken de komende twintig jaar sterk toenemen, maar ook complexer worden omdat er ook een toename is aan mensen die meerdere aandoeningen tegelijk (comorbiditeit) hebben. Vooral het aantal diabeten en mensen met COPD krijgt een grote omvang. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) schat dat het aantal mensen met diabetes mellitus tussen 2003 en 2025 toeneemt van ruim 600.000 naar ruim 800.000, dit is een stijging van 33%. Het geschatte aantal mensen met COPD stijgt met 39%, van 316.000 naar 438.000. De zorg voor chronisch zieken vindt voor het grootste gedeelte in de eerstelijnszorg plaats. Bij deze complexe zorgverlening moeten verschillende hulpverleners, zowel in de eerste als tweede lijn, samenwerken om de patiënt continue en integrale zorg te kunnen garanderen en leveren. Wie met wie moet samenwerken is sterk afhankelijk van de specifieke zorgvraag. Ook psychosociale problematiek, onbegrepen lichamelijke klachten en medicalisering van maatschappelijke problemen leiden momenteel tot een verbreding van de zorgverlening. Daarnaast zijn er zorgen over ongezond gedrag en overgewicht -vooral bij de jeugd- waardoor preventie een meer nadrukkelijke plek moet krijgen in het eerstelijnszorgproces. Aangezien de gemeenten een (wettelijke) taak hebben in gezondheidsbevordering, wil ik de samenhang tussen preventie in de eerste lijn en preventie door gemeenten verder verbeteren. Ik kom hier later in deze paragraaf op terug.

Hoe kan de samenhang in de toekomst worden verbeterd?

Om de samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod van de hulpvrager te vergroten zal de eerstelijnszorg zich sterker in moeten zetten voor multidisciplinaire samenwerking. Het creëren van multidisciplinaire samenwerking biedt een aantal mogelijke voordelen. Het leidt tot kortere lijnen en meer contact tussen hulpverleners. Ook hebben zij hiermee meer kennis van elkaars kwaliteiten, ontstaat er een betere door- en terugverwijzing en een betere onderlinge communicatie en informatievoorziening¹⁰. De verbetering van de coördinatie tussen de hulpverleners en dus afstemming van activiteiten zullen niet alleen tegenstrijdige adviezen voorkomen maar kan de meerwaarde van de individuele hulpverlening vergroten en zal zodoende de doelmatigheid van de hulpverlening verbeteren. Voor patiënten biedt dit als bijkomend voordeel dat ze meer keuzemogelijkheden hebben en efficiënter gebruik kunnen maken van verschillende aanbieders. Duidelijkheid over de coördinatiefunctie in het zorgproces is hierbij van belang (zie 4.2 coördinatie en verantwoordelijkheden). Overigens is samenwerking ten principale natuurlijk goed, maar vindt wel zijn grenzen in de mededingingswetgeving en in ongewenste (financiële) belangenverstrengelingen.

Gezondheidscentrum Rubenshoek Den Haag

In gezondheidscentrum De Rubenshoek werken veel verschillende disciplines samen aan een goede, laagdrempelige, geïntegreerde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, toegespitst op de wensen van de bewoners van de Haagse Schilderswijk. Allochtone patiënten met overgewicht bijvoorbeeld worden eerst verwezen naar de allochtone zorgconsulenten voor uitleg en verhoging motivatie, daarna gaan ze naar de diëtiste voor voedingsadvies én naar de fysiotherapie voor een bewegingsprogramma in kleine groepjes. Daarna worden deelnemers begeleid naar andere sportactiviteiten. De doelgroep bestaat uit de bewoners van de Schilderswijk. Bij de huisartsen van de Rubenshoek zijn ca. 10.000 patiënten ingeschreven. Maar ook anderen maken gebruik van de diensten die in de Rubenshoek verenigd zijn, zoals cliënten van de sociaal raadslieden, of klanten van het infopunt van de Welzijnsorganisatie WES. Laatst omschreef een oudere Turkse meneer de Rubenshoek als 'het gebouw waar je alles kunt vragen'. Dat wordt als een groot compliment ervaren door de medewerkers van de Rubenshoek.

4.1 Samenhang en zorgvraag

Het primaire uitgangspunt voor multidisciplinaire samenwerking is het gemeenschappelijke doel. Voor en met wie moeten welke problemen opgelost worden? Samenwerking kan makkelijker worden bevorderd als er duidelijk gedefinieerde populaties of doelgroepen zijn, met daarbij

¹⁰ Bensing, J.M. (2007). Oude beelden, nieuwe koers. Samen werken aan patiëntgerichte eerste lijn. Presentatie Congres twee jaar in LOVE.

behorende zorgvragen, wensen en behoeften. Op regionaal of op wijkniveau kan aan de hand van de zorgvraag in een buurt of een wijk het zorgaanbod worden bepaald. GGD'en en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kunnen elkaar hierbij versterken. Ook zorgverzekeraars hebben hierin een belangrijke rol. GGD'en hebben informatie beschikbaar over de gezondheid van de inwoners op populatieniveau. Zorgverzekeraars hebben zicht op het zorggebruik van verzekerden in bepaalde regio's. Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kunnen daarop inspelen met hun (preventieve) zorgaanbod door bijvoorbeeld patiënten te verwijzen naar leefstijlinterventies die GGD'en en thuiszorginstellingen aanbieden. Gemeenten hebben een belangrijke rol als het gaat om de uitvoering van Wmo, de Wcpv en de CJG. Vanuit het gemeentelijk vestigingsbeleid is invloed op de bouw van voorzieningen mogelijk. Gemeenten hebben de taak een zodanige ondersteuning te organiseren dat ook kwetsbare groepen in staat zijn te participeren. Gemeenten nodig ik uit de verschillende op lokaal niveau werkende dienstverleners te prikkelen om onderling te gaan samenwerken en aansluiting bij elkaar te zoeken. Overigens brengt een aantal gemeenten al actief lokale partijen bij elkaar en maken ze afspraken met partijen, zoals zorgverzekeraars, om een samenhangend aanbod voor hun burgers te organiseren.

- Ik zal nadrukkelijker met gemeenten het gesprek aangaan om hen te stimuleren een samenhangend beleid op het gebied van gezondheid, maatschappelijke ondersteuning en jeugd en hier aandacht aan te besteden in hun beleidsplan Wmo en/of hun Nota gezondheidsbeleid te formuleren en daarnaar te handelen. Hierbij dient ook de rol van GGD-en met betrekking tot de informatie die zij beschikbaar hebben over de gezondheid van de inwoners op populatieniveau en de leefstijlinterventies die zij aanbieden worden uitgelicht. Ook zal ik goede voorbeelden van gemeenten in kaart brengen en verspreiden om andere gemeenten te stimuleren.

In de zorg zal de komende periode de nadruk moeten komen te liggen op samenhang en samenwerking om de volgende uitdagingen het hoofd te bieden:

Chronische zorg

Steeds meer mensen worden geconfronteerd met een chronische ziekte en ook de behoefte naar op maat gesneden zorg hiervoor groeit. Diseasemanagementtrajecten zijn goede voorbeelden voor de aanpak van chronisch zieken. Mijn ministerie werkt samen met de Nederlandse Diabetes Federatie, verzekeraars en veldpartijen aan het actieprogramma voor diabetes.¹¹ Uit de ervaringen bij het actieprogramma voor diabetes kan worden geleerd voor het bredere vraagstuk chronische zieken. Ik benadruk dat een dergelijke aanpak van chronisch zieken, vanwege de aanzienlijke kans op comorbiditeit, bij voorkeur geleverd moet worden in een setting die aan een veelzijdigheid van klachten tegemoet komt. De eerstelijnszorg zal zich ook hier rond de patiënt moeten organiseren. Er moet met andere woorden worden voorkomen dat allerlei doelgroepgerichte subsystemen in de zorg ontstaan zodat een patiënt, die zowel diabetes als COPD én griep heeft, zich tot drie huisartsen zou moeten wenden. Gezien de specialisaties die zich hier en daar aftekenen in de huisartsenzorg, ingebed in samenwerkingsverbanden, spelen huisartsen in op de behoeften voor zowel specialistische als integrale zorg. Denkbaar is ook dat er zorggroepen komen, die zich specifiek richten op chronisch zieken en zelfs op comorbiditeit. Kwaliteitsindicatoren zullen voor de patiënt, zorgverleners en verzekeraars transparant moeten maken waar de beste zorg wordt geleverd, zodat niet de overheid bepaalt maar de patiënten zelf kunnen kiezen. De eerstelijnszorg, met zijn generalistische insteek, biedt voor de aanpak van chronische ziekten een meer dan uitstekende basis.

- In het voorjaar van 2008 zal ik u een brief sturen waarin ik nader in ga op mijn chronisch ziekenbeleid. Waar mogelijk zal aansluiting worden gezocht bij het programma

¹¹ Actieprogramma Diabetes 2005-2009, aangekondigd in 'Langer Gezond Leven', TK 2003-2004, 22984, nr.10

ouderenzorg dat de komende vier jaar van start gaat en is uiteengezet in de brief 'Multimorbiditeit en ouderenzorg' van 12 november 2007.

Preventie

In de preventievisie¹² staat het beleid dat ik zal gaan uitvoeren met betrekking tot preventie. Twee van de in deze visie genoemde beleidslijnen: "samenhangend en integraal gezondheidsbeleid" en "verbinden van preventie en zorg", gaan uit van een dynamische eerstelijnszorg. In feite gaat het om twee bewegingen.

De eerste beweging betreft het lokaal meer integraal werken om de gezondheid van burgers te bevorderen. Gemeenten hebben conform de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) de wettelijke taak te zorgen voor een goede afstemming tussen preventie en curatie. De gemeente kan verbanden leggen tussen gezondheid en werk, leefomgeving en veiligheid. Gemeenten zouden de eerstelijnszorg actiever kunnen betrekken bij dit beleid. Daarbij speelt de wijk een grote rol. Ik wil bevorderen dat vooral in wijken met een lage sociaal economische status de gezondheid integraal verbetert.

De tweede beweging betreft het verbinden van preventie aan zorg. De eerstelijnszorg speelt een cruciale rol bij preventie, omdat deze zorg dicht bij huis en de directe woonomgeving is gesitueerd. Juist als het gaat om het bevorderen van gezond gedrag en leefstijlinterventies - zoals meer bewegen, stoppen met roken en gezonder eten - is de betrokkenheid van de eerstelijnszorg belangrijk. Door het persoonlijk contact en de vertrouwensrelatie zijn de eerstelijnszorgverleners vaak in staat om burgers op dit vlak te motiveren. Er zijn al diverse initiatieven op dit gebied ontwikkeld. Het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) ontwikkelt, op basis van bestaande concepten, een prototype beweegkuur voor inactieve mensen met diabetes type II of met een verhoogd risico daarop. In zeven proef-regio's wordt onderzocht hoe die kan worden toegepast en of de beweegkuur kosteneffectief is. Ook wordt gestart met een experiment om na te gaan hoe de minimale interventie strategie voor het stoppen met roken het beste in de zorg kan worden geïmplementeerd. Op basis van de resultaten wordt bekeken of dergelijke leefstijlinterventies kunnen worden opgenomen in het basispakket van de Zvw.

Ook in het kader van de jeugdmondzorg is preventie essentieel. In mijn brief van 25 oktober 2007¹³ heb ik de stand van zaken hierover weergegeven. Daarbij ben ik onder andere ingegaan op tal van ontwikkelingen die bevorderlijk zijn voor goede gebitszorg voor kinderen en jeugdigen. Preventie moet dus vanzelfsprekend deel uitmaken van de reguliere zorgverlening en er moet meer verbinding komen tussen de openbare gezondheidszorg en de curatieve zorg. De eerstelijnszorg is een logisch aangrijpingspunt daarvoor.

- Ik zal verder onderzoek verrichten naar de (kosten)effectiviteit van preventiemogelijkheden. De coördinatie van deze programmatische preventie kan het best plaatsvinden in de eerstelijnszorg. Onder andere huisartsen kunnen een belangrijke en motiverende rol spelen bij preventie en gedragsverandering. Voor deze aanpak van preventie is een lokale of regionale ondersteuning wenselijk. Ik zal nagaan hoe dat het beste kan.

Jeugdzorg

Ook de functie van de eerstelijnszorg binnen de jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg moet beter op een aantal terreinen. Vroegtijdige signalering is bijvoorbeeld van groot belang om problemen niet te laten escaleren in een gezin of met een kind, maar ook communicatie tussen verschillende betrokken instanties is voor verbetering vatbaar. De eerstelijnszorg zal ook goed moeten schakelen met het Bureau Jeugdzorg, in geval van signalen van ernstige opgroei- of

¹² Kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie (PG/VGP/2798399 van 24 september 2007).

¹³ Brief TK Mondzorg, vergaderjaar 2007-2008, 29 689 en 31 200 XVI, nr 158

opvoedproblemen, of van kindermishandeling. De op te richten Centra voor Jeugd- en Gezin (CJG) worden de belangrijkste spil voor gezinnen en kinderen voor snel, goed en gecoördineerd advies en hulp op maat bij het opvoeden en opgroeien van kinderen. De eerstelijnszorg zal nauw moeten samenwerken met het CJG.

Huisarts, kraamverpleegkundige en verloskundige zullen in staat moeten zijn om ook risico's bij kinderen en jongeren vroegtijdig te signaleren, en zullen hierbij ook aandacht moeten hebben voor het gezin. De huisarts, kraamverpleegkundige en verloskundige zal adequate scholing moeten hebben gehad om risico's te kunnen herkennen en te weten hoe te handelen.

De eerstelijnszorgverlener kan met een hulpvraag ten aanzien van kind of ouders snel en eenvoudig contact opnemen met het CJG. Duidelijke samenwerkingsafspraken moeten tot stand komen tussen het CJG en de huisarts en andere professionals in de eerstelijnszorg. De Verwijsindex Risicjongeren is een belangrijk hulpmiddel om risicosignalen bij elkaar te brengen, waarna de meldende hulpverleners de zorg onderling kunnen afstemmen. De verloskundigen en kraamverzorgenden hebben een belangrijke meerwaarde in het signaleren van mogelijke risico's binnen gezinnen omdat zij in de kraamperiode ook daadwerkelijk in de eigen woonomgeving van de nieuwe ouders komen. Het aantal uren kraamzorg in het landelijk indicatie protocol is dan ook uitgebreid. Ook is er een apart tarief voor assistentie bij de bevalling door kraamverzorgenden gekomen, waardoor betere begeleiding tijdens de bevalling mogelijk is. Voor verloskundigen zijn extra tarieven gekomen voor verbeterde diagnose bij zwangeren in de eerstelijnszorg. De jeugdgezondheidszorg, die de basis zal vormen van de CJG, kan kinderen doorverwijzen naar eerste- of tweedelijnszorg, bijvoorbeeld een kind met obesitas naar de diëtist. De professionals in de eerstelijnszorg en het CJG moeten elkaar op de hoogte houden van de voortgang rondom de zorg aan kind/ gezin. Dit geldt zeker voor de huisarts, de verloskundige en kraamverpleegkundigen.

- Samen met de minister voor Jeugd & Gezin zal ik een visie opstellen op welke wijze de functie van eerstelijnszorg binnen de jeugdhulpverlening kan worden verbeterd en welke rol de overheid hier in zal nemen. In het derde kwartaal van 2008 zal ik u hier nader over informeren.

Verslavingszorg

Ook voor de vroegsignalering bij verslavingsproblematiek is de eerstelijnszorg belangrijk. Hoe eerder verslavingsproblemen worden gesignaleerd, hoe beter er kan worden gezorgd voor de juiste vorm van hulpverlening. Samenwerking tussen de verschillende hulpverleners is hierin belangrijk. Daarbij zal ook de verslavingszorg bijvoorbeeld de eerstelijnszorg, of specifiek de huisarts, moeten benaderen voor de inbreng van deskundigheidsbevordering op dit gebied. Op veel plaatsen werkt de verslavingszorg al goed samen door bijvoorbeeld consulenten spreekuur te laten houden in de huisartsenpraktijk. Dit werkt drempelverlagend en dat is van belang omdat mensen soms niet durven aan te kloppen bij de verslavingszorg. Het Partnership Vroegsignalering Alcohol stimuleert bijvoorbeeld de samenwerking tussen eerstelijnszorg en de verslavingszorg en de deskundigheidsbevordering van de eerstelijnszorg.¹⁴ Ook gemeenten worden geacht op grond van de Wmo beleid te voeren gericht op preventie en overlastbestrijding op het terrein van verslaving. Zij dienen daar ook in hun beleidsplan Wmo aandacht aan te besteden, breder dan alleen het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

- Ik heb het Partnership Vroegsignalering Alcohol met drie jaar verlengd (tot en met 2010) en in het kader daarvan zal onder andere het project 'implementatie eerstelijns' plaatsvinden. Het preventieprogramma vroegsignalering en de handleiding alcoholconsultatie zullen landelijk worden geïmplementeerd. De huisartsen zijn daarbij partner en ook het AMW, de Thuiszorg en de GGD'en zullen betrokken worden. Ook de

¹⁴ Zie tevens de kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie (PG/VGP/2798399) van 24 september 2007). In deze brief ga ik in op samenhangend en integraal gezondheidsbeleid en de verbinding van preventie en zorg.

rol van de praktijkondersteuner GGZ en de inbedding van e-health interventies in de eerstelijns krijgen aandacht.

SIGNAAL-project: signalering, motivering, begeleiding en verwijzing bij alcoholproblematiek in de huisartsenpraktijk
Binnen het SIGNAAL-project werken instellingen voor verslavingszorg samen met 18 praktijklocaties in Noord Brabant en Gelderland. In totaal werken 46 huisartsen mee. Het dienstverleningsaanbod van de verslavingszorg bestaat uit: deskundigheidsbevordering en praktijkondersteuning, het invoeren van een spreekuur van de verslavingszorgconsulent in de huisartsenpraktijk, informatieverstrekking en oplossen van knelpunten in de samenwerking tussen verslavingszorg en huisartsenpraktijk. Huisartsen blijken door dit project alcoholproblematiek beter te signaleren. Met name het houden van spreekuren door de 'alcoholconsulent' leidt ertoe dat huisartsen mensen met (beginnende) alcoholproblemen eerder 'een deurtje verder' verwijzen en dat patiënten ook daadwerkelijk naar zo'n spreekuur gaan. Meer dan de helft van de patiënten geeft aan niet naar de verslavingszorg te zijn gestapt als deze mogelijkheid er niet was geweest.

Ook de relatie met apothekhoudenden en eerstelijnszorg zal geoptimaliseerd moeten worden. Goede afstemming en communicatie onder andere via het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) met de voorschrijvers is hiervoor een goed middel. Hierbij verwijst ik naar mijn brief geneesmiddelenbeleid van 19 januari 2008¹⁵.

4.2 Coördinatie en verantwoordelijkheden

Meer duidelijkheid nodig over coördinatiefunctie in een zorgproces

Voor alle vormen van multidisciplinaire samenwerking –virtueel of fysiek- geldt dat er duidelijkheid moet zijn in de (coördinatie-)rol in de zorg. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten/consumenten en gemeenten hebben allen hun eigen verantwoordelijkheid in de totstandkoming en handhaving van een sterke eerstelijnszorg. De coördinatie rol in de eerstelijnszorg verschilt echter lokaal. De coördinatiefunctie van zorgtrajecten behoeft extra aandacht. Op ieder moment zal voor de patiënt en alle relevante zorgverleners duidelijk moeten zijn wie de coördinatie of verantwoordelijkheid neemt/heeft om te voorkomen dat niemand verantwoordelijk is voor een dreigend probleem in de keten. Eén professional zal in de keten verantwoordelijk moeten zijn voor het volledige overzicht van een patiënt in een bepaald zorgproces. Diegene die de coördinatiefunctie vervult is verantwoordelijk voor het bij elkaar doen aansluiten van een zorgproces van een patiënt die door verschillende professionals wordt geleverd. De minister voor Jeugd en Gezin heeft u onlangs geïnformeerd over de coördinatie rol in CJGs¹⁶. In deze brief staat dat in situaties waarin er sprake is van meervoudige problemen in gezinnen, het van groot belang is dat de zorg en hulpverlening aansluiten bij het individuele gezin én de lokale situatie. Voor jonge kinderen ligt het voor de hand dat de jeugdgezondheidszorg het aangrijpingspunt is voor het coördineren van de zorg. Het is belangrijk dat de verantwoordelijke gemeenten én daarmee het Centrum voor Jeugd en Gezin deze zorgcoördinatie ook waar kunnen maken en dat gemeenten dan ook daadwerkelijk een sturingsinstrument in handen krijgen. De minister voor Jeugd en Gezin is voornemens (de taken van) de Centra voor Jeugd en Gezin wettelijk te verankeren.

Daarnaast staat in dezelfde brief dat het kabinet zal bezien op welke wijze de regierol voor gemeenten ook wettelijk kan worden verankerd, zo mogelijk door aan te haken bij bestaande wetgeving. Niet alle genoemde functies en betrokken instanties die tot het basismodel van het Centrum voor Jeugd en Gezin behoren, vallen nu immers onder de regie van de gemeenten. De eerstelijnszorg valt hoofdzakelijk onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze wetgeving kent een andere besturingsfilosofie dan de Wmo, waardoor nadere specifieke uitwerking van dit onderwerp nodig is.

¹⁵ Brief TK Lange termijnvisie geneesmiddelenbeleid, vergaderjaar 2007 -2008, 29477, nr. 39,

¹⁶ Brief TK Regierol Gemeenten CJG (DJB/APJB-2798279) motie Verdonk cs. TK 2007, 31001, nr. 18

In het in voorbereiding zijnde wetsvoorstel Wet cliënt en kwaliteit van zorg (Wckz) zal als waarborg worden opgenomen dat de zorgaanbieders binnen de moderne, complexe, vormen van zorgverlening goed met elkaar afstemmen om samen de beste zorg te leveren aan hun cliënten. Dit krijgt gestalte door de verantwoordelijkheden van de zorgaanbieders scherper te beschrijven in situaties dat meerdere zorgaanbieders met elkaar moeten afstemmen of zorg aan elkaar moeten overdragen. Vastgelegd zal worden dat de cliënt ieder van zijn zorgverleners kan aanspreken op afstemming met andere zorgverleners. Daarmee wordt onderstreept dat de cliënt van ieder van zijn zorgverleners kan vragen om de noodzakelijke afstemming ter hand te nemen.

- De komende periode zal ik nagaan of en op welke wijze de coördinatiefunctie in een zorgproces beter kan worden verankerd in wet- en regelgeving, enerzijds vanuit de Zvw die de eerste lijn en tweede lijn met elkaar verbindt en anderzijds met het territoriaal gedecentraliseerde proces van de Wmo, Wcpv en de CJG. Ik zal hier nader op terugkomen.

Toegang eerstelijnszorg: 'Wegwijs' functie optimaliseren

Om de patiënt wegwijs te maken door de zorgketen of het zorgtraject is het gewenst dat de eerstelijnszorgverleners steeds meer ook een 'wegwijs' functie vervullen. Zeker gezien het feit dat de eerstelijnszorg vaak een onderdeel is van, of zelfs de eerste schakel is in, het zorgproces. Het is van belang dat de eerstelijnszorg - als belangrijkste loket/toegang voor de curatieve zorg, het Wmo-loket voor maatschappelijke ondersteuning (met achter het loket het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dat indiceert voor de AWBZ-zorg) en het CJG- goed met elkaar samenwerken en van elkaars mogelijkheden op de hoogte zijn en gericht doorverwijzen. Mensen met vragen op het gebied van bijvoorbeeld ondersteuning zullen zich in veel gevallen als eerste tot de huisarts wenden, maar het kan ook zo zijn dat iemand zich wendt tot het Wmo-loket die eigenlijk door een huisarts geholpen moet worden.

De uitvoering en organisatie van deze wegwijsfunctie hoeft niet bij dezelfde hulpverlener te worden gelegd dan die diegene die medisch inhoudelijk gezien de eindverantwoordelijkheid heeft, maar kan ook bij bijvoorbeeld de doktersassistent of wijkverpleegkundige, of bij een loketachtige organisatievorm met een receptioniste worden gelegd. Deze hulpverleners in de eerstelijnszorg moeten uitstekend op de hoogte zijn van diverse zorgterreinen waarmee een patiënt in aanraking kan komen en indien nodig, een rol kunnen vervullen als gids voor de patiënt. Informatieverstrekking en adequate doorverwijzing vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg naar andere aanbieders van zorg en ondersteuning zal er aan bijdragen dat meer patiënten de hulp krijgen die zij nodig hebben en daardoor beter geholpen worden. Ook deze functie wordt beschreven in het genoemde in voorbereiding zijnde wetsvoorstel Wckz.

WMO-loketten

Stichting Boog, koepel van gezondheidscentra in Rotterdam, heeft twee Wmo-loketten ontwikkeld en een derde is in voorbereiding. In een van de wijken is het loket gevestigd op de begane grond van een gezondheidscentrum. Een loket in een andere wijk gaat spreekuren houden in het gezondheidscentrum. De plek van het loket in het gezondheidscentrum heeft een meerwaarde voor patiënten en zorgverleners. Huisartsen kunnen zo makkelijker mensen doorverwijzen naar het loket. Voor patiënten werkt het snel en laagdrempelig: ze kunnen na doorverwijzing door de huisarts of andere zorgverleners direct terecht bij het loket in het hetzelfde gebouw.

Door de uitbreiding van de directe toegankelijkheid naar sommige andere beroepsgroepen, is het van belang dat ook andere eerstelijnszorgverleners goed op de hoogte zijn van waar de patiënt binnen een wijk naar toe kan gaan voor vragen op het terrein van ondersteuningstaken, of bijvoorbeeld op het gebied van psychosociale hulp, fysiotherapeutische hulp, verslavingszorg of verpleeghuishulp.

- In het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) traject wordt in het tweede kwartaal van 2008 het thema 'coördinatie in de eerstelijnszorg' door partijen nader

uitgewerkt. De uitwerking van bijvoorbeeld een sociale kaart zou hiervoor een optie kunnen zijn. Zo'n digitale sociale kaart zou kunnen bestaan uit een verzameling gegevens over (maatschappelijke) organisaties. Dit betekent dat eerstelijnszorgverleners of andere medewerkers in de eerstelijnszorg (zoals huisartsen, verloskundigen, medewerkers van het Wmo-loket) binnen een wijk een overzicht zullen ontvangen van de diverse voorzieningen waarnaar een patiënt verwezen kan worden, zoals bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, maaltijdvoorziening, bewegingsactiviteiten of ouderenzorg.

- De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die gemeenten verantwoordelijkheid geeft om ervoor te zorgen dat iedereen actief deel kan nemen aan de samenleving geeft gemeenten de mogelijkheid om in een breder verband naar het lokale zorg- en ondersteuningsaanbod te kijken. Ik zal informatieuitwisseling/ beschikbaarheid van informatie tussen/ bij Wmo loketten en huisartsen op het terrein van de brede eerstelijnszorg waar mogelijk bevorderen en ondersteunen.

Elektronisch Patiënten Dossier

Eén van de instrumenten om de kwaliteit van de eerstelijnszorg te verbeteren, is het gebruik van ICT en meer in het bijzonder de invoering van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Met dit landelijke EPD wordt het mogelijk gemaakt dat medische gegevens van patiënten op landelijke schaal op een veilige en betrouwbare manier elektronisch beschikbaar komen voor bevoegde zorgverleners. Als eerste krijgen huisartsen en huisartsenposten in de eerste lijn te maken met de invoering van het waarneemdossier huisartsen (WDH), de professionele samenvatting van de huisarts ten behoeve van de waarneming. Voor de meest recente informatie over de pilots die op dit moment plaatsvinden met het WDH verwijs ik naar de zesde voortgangsrapportage ICT en EPD¹⁷ die ik op 14 december 2007 naar de Tweede Kamer heb gestuurd.

- Zoals toegezegd kom ik nog begin dit jaar met een stappenplan voor de landelijke invoering van het waarneemdossier huisartsen. Daarnaast kom ik met een lange termijnvisie op het gebruik van ICT in de zorg. Deze lange termijnvisie voorziet in de aansluiting van een aantal nieuwe hoofdstukken op het EPD zoals de gegevensuitwisseling tussen paramedici en andere zorgverleners waardoor ook andere beroepsgroepen zoals fysiotherapeuten en logopedisten te maken krijgen met het EPD. Daarnaast wordt gewerkt aan een betere aansluiting tussen de curatieve en langdurige zorg binnen het EPD.

5 Thema 2: Meer innovatie en ondernemerschap en een betere zorginkoop

De invoering van de Zorgverzekeringswet, waarbij vraagsturing centraal staat, maar ook de in deze brief genoemde veranderingen ten aanzien van de (grotere) zorgvraag vergen veranderingen van de eerstelijnszorg. Veranderingen ten aanzien van de arbeidsproductiviteit, de zorginkooprol van de zorgverzekeraar, de organisatie van de eerstelijnszorg, maar ook bijvoorbeeld in de (directe) toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Dat vraagt om innovatie, ondernemerschap en actief inkopende zorgverzekeraars.

5.1 Innovatie, ondernemerschap en zorginkoop

Innovatie en ondernemerschap

Op het gebied van innovatieve zorg zijn talloze goede ontwikkelingen in de eerstelijnszorg. Zo zijn er mooie initiatieven, bijvoorbeeld op het gebied van medische innovatie, logistieke innovatie en op het terrein van de bedrijfsvoering. In alle beroepsgroepen zijn er goede voorbeelden, van de logopedist tot de eerstelijnsdiagnostische centra. Toch is er –relatief gezien– nog maar sprake van een beperkte innovatieslag in de eerstelijnszorg. Dit kan onder andere samenhangen met de

¹⁷ (TK 2007-2008, 27529, nr. 35)

mate waarin de eerstelijnszorgverleners ondernemerschap vertonen. De vrije prijsvorming in de fysiotherapeutische zorg geeft aan dat het enige tijd duurt voordat beroepsbeoefenaren zich daadwerkelijk van elkaar gaan 'onderscheiden'. Ook blijken beroepsbeoefenaren nogal eens onvoldoende gedegen ondernemingsplannen aan te leveren bij kapitaalverschaffers en geven ze soms blijk van relatief weinig visie op bijvoorbeeld huisvestingszaken. Dat eerstelijnszorgverleners zich onvoldoende ondernemend opstellen is ook niet zo verwonderlijk. Hun opleiding is bijna puur gericht op zorg en de cultuur is jarenlang hierop gericht geweest, waardoor zij ook minder ondernemersvaardigheden hebben ontwikkeld. Daarbij zijn beroepsbeoefenaren soms huiverig risico te lopen, bijvoorbeeld omdat ze de inkomsten (in een relatief jonge wijk) onvoldoende kunnen overzien en ook andere ontwikkelingen soms ongewis zijn. Banken geven aan dat een stevige vermogenspositie van belang is om exploitatieschommelingen op te kunnen vangen. Startende samenwerkingsverbanden hebben over het algemeen niet veel eigen vermogen, waardoor sommige initiatieven moeizaam van de grond komen.

Goede inkopende zorgverzekeraars essentieel

Met de introductie van de Zvw is het spel op de wagen gekomen van zorgverzekeraars die met elkaar dingen om de gunst van de verzekerde en zo gestimuleerd worden zorg tegen de beste prijs/kwaliteitverhouding in te kopen. Verzekeraars hebben een zorgplicht om hun verzekerden van kwalitatief goede en toegankelijke zorg te verzekeren. Samenwerking is een essentieel onderdeel van de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders doen op hun beurt weer hun best om zo goed mogelijke zorg aan te bieden: de best mogelijke prijs/kwaliteitverhouding.

Dit betekent dat zorgaanbieders, in welke vorm dan ook, door het inkoopproces van zorgverzekeraars gestimuleerd zullen moeten worden om zorg te bieden die gebaseerd is op samenwerking en zich dus in zullen zetten om samenwerkingsverbanden op te richten. Deze samenwerkingsverbanden kunnen fysiek zijn vormgegeven dan wel virtueel. Ook dit is afhankelijk van de lokale omstandigheden. De zorgverzekeraars hebben mogelijkheden om de geïntegreerde zorg financieel te belonen. Er is nu een tijdelijke beleidsregel van de NZa 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten'. Doel van deze beleidsregel is om door structurele samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders een betere prijs/kwaliteitsverhouding in de zorglevering rondom de patiënt(en) te realiseren. Partijen kunnen de meerwaarde van deze samenwerking meten op basis van prestatie-indicatoren. Ik heb de NZa gevraagd om structurele oplossing te bieden om geïntegreerde eerstelijnszorg te kunnen realiseren. In juni 2008 adviseert de NZa mij hierover. Ik ga er vanuit dat deze structurele oplossing in 2009 kan worden geïmplementeerd.

Partijen zullen beter in staat moeten worden gesteld lokaal invulling te geven aan het beleid van de eerstelijnszorg. Benadrukt zij dat overheid vooral ruimte moet bieden aan partijen om op lokaal niveau afspraken te maken hoe de zorg het beste kan worden verleend. Dit betekent dat er een dynamische en ondernemende eerstelijnszorg nodig is. Ondernemend in de zin van klantgericht, innoverend en investerend. De rol van de overheid is om uiteindelijk garant te staan voor het borgen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van kwalitatief goede zorg voor iedereen die dat nodig heeft. Belangrijk is dat de overheid niet op de stoel van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaat zitten, maar wel op de juiste momenten en proportioneel toeziet en ingrijpt op grond van relevante wet- en regelgeving.

Uit monitor vrije prijsvorming fysiotherapie (2006) van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars over het algemeen in de eerstelijnszorg nog veel standaardcontracten aanbieden, waarbij in feite nauwelijks sprake is van onderhandelingen over de prijs en kwaliteit van de zorg. Een vergelijkbaar signaal komt ook uit gesprekken met andere beroepsgroepen in de eerstelijnszorg. Ook is het beleid van de zorgverzekeraars nog maar beperkt gericht op versterking van de eerstelijnszorg door substitutie van zorg vanuit de tweedelijns. Al met al is er een wereld te

winnen op het terrein van zorginkoop in de eerste lijn. Hierbij is het van groot belang dat zorgverzekeraars in staat zijn adequaat zorg in te kopen en ook invloed kunnen uitoefenen op de toenemende zorgkosten.

5.2 Wat is nodig om thema 2 bewerkstelligen?

Deze paragraaf stipt kort de zeven belangrijkste onderwerpen aan waarop actie nodig is om de innovatie te bevorderen, het ondernemerschap te vergroten en de zorginkooprol te verbeteren. De zeven onderwerpen zijn (1) Naar functioneel gerichte bekostiging in de eerstelijnszorg (2) Adequate zorginkoop door bevorderen van substitutie van zorg (3) Innovatie stimuleren (4) Directe toegankelijkheid paramedische beroepen (5) Regionale ondersteuningsstructuren (6) Ondernemerschap in de opleiding en in cursussen (7) Kapitaalmarktinstrumentarium meer toegankelijk maken voor de medische sector.

1. Naar functioneel gerichte bekostiging in de eerstelijnszorg

Op dit moment wordt in de eerstelijnszorg nog te veel gewerkt en gedacht vanuit de verschillende werkzame disciplines. Toch is wie welk onderdeel van de zorg levert voor de bekostigingssystematiek, in mindere mate van belang, als het maar aan de minimale kwaliteitseisen voldoet. De wettelijke bevoegdheid welke functionarissen welke functies mogen uitvoeren is grotendeels vastgelegd in de Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG). De huisarts bijvoorbeeld levert net als de verloskundige ook verloskundige zorg en de mondhygiënist levert net als de tandarts, indien daarvoor gekwalificeerd volgens de BIG, tandheelkundige zorg. Beide genoemde beroepsbeoefenaren kunnen in bepaalde gevallen dus deels dezelfde zorg leveren. Deze zorg heeft dan dezelfde functie en daarmee dezelfde waarde. Het eerstelijnszorgaanbod kan niet worden getypeerd als een statisch geheel aan functies. Vele diverse functies die tegemoet komen aan een bepaalde zorgvraag zijn te benoemen¹⁸. In de eerstelijnszorg zal de komende jaren de nadruk dan ook meer komen te liggen op een functiegerichte benadering van zorg. Dit betekent dat de bekostiging zich zal gaan richten op functioneel omschreven prestaties die in principe hetzelfde worden bekostigd ongeacht waar deze prestaties worden geleverd of door wie die worden uitgevoerd.

Een verzekeraar zal in een systeem van vrije prijzen niet meer moeten (willen) betalen aan de dermatoloog voor bijvoorbeeld 'het weghalen van een moedervlekje' dan dat hij aan de huisarts zal doen. Er hangt dus een prijskaartje aan het product, en niet aan diegene die het doet. Dit neemt de barrières weg voor substitutie van zorg. Dit betekent dat het in feite niet uitmaakt als de tweedelijns eerstelijnszorg aanbiedt, mits het maar doelmatig is. Doelmatigheid kan daarom worden geoptimaliseerd indien horizontale- en verticale taakdelegatie, taakherschikking en taakdifferentiatie- en specialisatie optimaal wordt ingezet en/of uitgevoerd. In onder andere de mondzorg gebeurt dit al veelvuldig. Mondhygiënisten zijn steeds vaker gekwalificeerd om bijvoorbeeld gaatjes te vullen. Hierdoor ontlasten zij de tandartsen in hun werkzaamheden, waardoor zij zich meer kunnen richten op meer gespecialiseerde technieken in de mondzorg. Hierbij is het van groot belang dat er geen sprake mag zijn van een ongelijke concurrentiepositie. In een systeem, waarin de prijzen (nog) niet vrij zijn, zal het prijskaartje bij eenzelfde product (in dit geval gaatjes boren), maar geleverd door een andere zorgaanbieder, dan ook gelijk moeten zijn.

De functioneel omschreven prestaties stellen zorgverzekeraars in staat om de juiste mix aan prestaties in te kopen. De Zvw en AWBZ (die de aanspraken regelen) en de Wmg (die de bekostiging regelt) richten zich ook op een functionele benadering. De wettelijke bevoegdheid welke functionarissen welke functies mogen uitvoeren is vastgelegd in de Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG).

¹⁸ In de brief langdurige zorg van 9 juni 2006 (TK 2005-2006, 30597 nr.1) heeft het kabinet gezegd dat de eerstelijns drie grof omschreven functies heeft: de diagnostische functie in brede zin (ten aanzien van de ziekte, beperkingen en sociale aspecten), de hulpfunctie in brede zin (behandeling, medicijnen voorschrijven)

- Ik zal de NZa zal in het eerste kwartaal van 2008 vragen –naast de bestaande aanwijzing aan de NZA die loopt naar de bekostiging van de geïntegreerde eerstelijnszorg¹⁹- een advies uit te brengen over een toekomstbestendige bekostiging van de gehele eerstelijnszorg die beter aansluit op de functioneel omschreven aanspraken. Dit betekent dat het onderzoek zich niet puur op geïntegreerde eerstelijnszorg (zorg waarbij meerdere disciplines werkzaam zijn) zal richten, maar op de gehele eerstelijnszorg in functionele zin. Ik benadruk dat dit een traject zal zijn dat meer jaren beslaat.

2. Adequate zorginkoop door bevorderen van substitutie van zorg

Substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn komt nog onvoldoende van de grond. Ook de motie van het Kamerlid de heer Omtzigt van 30 november 2007²⁰ wijst daar terecht op. De gebrekkige substitutie wordt deels veroorzaakt door dat het landelijk vereveningssysteem voor zorgverzekeraars, maar ook de eerste- en de tweedelijnsbekostigingssystematiek bevat hiervoor verkeerde prikkels. Verzekeraars zijn voor de eerstelijnszorg volledig risicodragend terwijl de ex-ante vergoeding voor de tweedelijnszorg ex post nog voor een deel wordt gecorrigeerd. In verschillende brieven aan de Tweede Kamer²¹ heb ik uiteen gezet dat mijn beleid erop is gericht de ex-post correctiemechanismen af te bouwen en dat dit in samenhang zal gebeuren met de verdergaande invoering van prestatiebekostiging en de afbouw van de kapitaallastengarantie voor ziekenhuizen.

- Ik zal –conform de toezegging naar aanleiding van de genoemde motie Omtzigt- de hindernissen in kaart brengen die substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg in de weg staan en over de mogelijkheden om deze hindernissen weg te nemen. Ik zal u daar binnen een half jaar over rapporteren.

3. Innovatie stimuleren

Het is van belang eerstelijnszorgaanbieders te stimuleren om te innoveren. Innovaties in de zorg geven een impuls aan de kwaliteit van de gezondheidszorg, brengen dynamiek en kunnen de productiviteit bevorderen. Eerstelijnszorgverleners zullen zich onderscheiden op 'bijzondere functies/prestaties in de zorg' en niet op de basiszorg. Ik stel mij zo voor dat bijvoorbeeld binnen samenwerkingsverbanden de fysiotherapeuten of huisartsen (maar ook andere eerstelijnszorgaanbieders) zich -naast hun generalistische zorg- zullen toeleggen op specifieke zaken. Hierdoor kan bijvoorbeeld binnen een organisatie de ene huisarts zich, naast de algemene basiszorg, zich bijvoorbeeld richten op kleine chirurgische ingrepen, terwijl de ander meer ervaring opdoet met COPD-patiënten. Ook ouderenzorg of comorbiditeit kan een specialisatie zijn van een zorgverlener, maar ook specialisaties naar het aanbod in de betreffende wijk (zie het eerder genoemde voorbeeld over de Rubenshoek in Den Haag. Aanbieders in wijken met gezondheidsachterstanden zouden zich bijvoorbeeld kunnen profileren met een preventief, leefstijlbevorderend aanbod. Dit alles zoals gezegd wel in een generalistische setting. Kwaliteitsindicatoren zullen transparant maken waar de beste zorg wordt geleverd.

¹⁹ Zie brief TK 'Bekostiging geïntegreerde eerstelijnszorg' van 10 augustus 2007 (TK 29 247, nr 42)

²⁰ TK 29 689, nr. 170

²¹ Zie brieven TK: Risicoverevening 2008 (Z/F/2799290) d.d. 24/09/2007 en Waardering voor betere zorg (CZ/TSZ/2771129) dd. 14/06/2007

Zorggroep Walcheren

Huisartsencoöperatie Zorggroep Walcheren is een samenwerkingsverband van dertien huisartsen op het eiland Walcheren. Dit is een kleinschalige coöperatie. De huisartsen die deelnemen aan de zorggroep blijven elk hun eigen praktijk voeren, maar werken samen om te zorgen dat kwalitatief goede huisartsenzorg dicht bij huis ook in de toekomst is gewaarborgd. Zij organiseren samen de vakinhoudelijke en logistieke steun die nodig is om het werk goed uit te voeren en laten dit over aan een professionele manager. De Zorggroep bestaat alleen (nog) maar uit huisartsen. Wel heeft een aantal huisartsen zich gespecialiseerd in onder meer COPD, palliatieve zorg (SCEN-arts). Het is de bedoeling dat deze specialisaties binnen de zorggroep meer aandacht krijgen en dat de huisartsen onderling naar elkaar gaan verwijzen.

Innovatie wordt ook gestimuleerd doordat er voldoende zorgaanbod is. Op dit moment zijn er geen aanwijzingen dat er een tekort is aan zorgaanbieders in de eerstelijnszorg. De opleidingscapaciteit huisartsen is de afgelopen jaren flink is uitgebreid van 360 in 2000 naar circa 530 in 2006. Ook op het gebied van verloskundigen is de capaciteit verruimd. In februari van dit jaar komt het Capaciteitsorgaan met een advies waarin uitgebreid op de capaciteitsproblematiek wordt ingegaan. In mijn arbeidsmarktbrief 2007 'Werken aan zorg' ga ik daarnaast in op het arbeidsmarktbeleid dat naast het algemene arbeidsmarktbeleid van het kabinet wordt ingezet om de te verwachten problemen in de zorgsector in brede zin aan te pakken.²² Daarbij is het beleid er de afgelopen jaren sterk op gericht om de zorgtaken te herschikken.

- Ook taakherschikking en taakdelegatie in de zorg zijn instrumenten, die een belangrijke bijdrage leveren aan modernisering van de (eerstelijns)zorg. Hierbij verwijs ik nogmaals naar het rapport van de IGZ Staat van de Gezondheidszorg 2007²³, waarin dit wordt bevestigd. Taakherschikking en delegatie zijn nodig om ook in de nabije toekomst een adequaat antwoord te kunnen geven op de steeds verder groeiende en complexer wordende zorgvraag wordt. Dit vereist modernisering van de beroepenstructuur in samenhang met modernisering van de opleidingen. Niet allen méér opleiden, maar ook anders opleiden en meer samenwerking. Dit proces van taakherschikking zal ik de komende jaren voortzetten.

4. Directe toegankelijkheid paramedische beroepen

Om de keuzevrijheid van patiënten verder te verruimen en tegemoet te komen aan het gegroeide inzicht dat paramedische beroepsgroepen vakkundig genoeg zijn om zelfstandig hun vak uit te oefenen, ben ik van plan om in navolging van de directe toegankelijkheid voor fysiotherapie, oefentherapie en mondhygiëne, te verkennen welke andere paramedische beroepsgroepen, onder welke voorwaarden eveneens in aanmerking komen voor directe toegankelijkheid.

5. Regionale ondersteuningsstructuren (ROSSEN)

De regionale ondersteuningsstructuren (ROSSEN) hebben een belangrijke taak bij het opzetten van samenwerkingsverbanden, de implementatie van kwaliteitsinstrumenten en het ondersteunen bij taakherschikking et cetera. Deze taken worden decentraal ingevuld aan de hand van afspraken tussen zorgverzekeraars en de ROSSEN. Van belang is om, samen met de betrokken partijen, te bezien welke taken de ROSSEN in de toekomst hebben en hoe deze effectief en efficiënt kunnen worden uitgevoerd.

²² Brief TK arbeidsmarktbeleid 29282, nr. 46, 2007

²³ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2007: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van de zorg. Den Haag: IGZ, december 2007.

- Ik zal in het eerste kwartaal van 2009 u informeren over de wijze waarop de Rossen invulling gaan geven aan de ondersteuningstaken voor de eerstelijnszorg in de toekomst.

6. Ondernemerschap in de opleiding en in cursussen

In relevante opleidingen zou een module opgenomen kunnen worden opgenomen, waarin aandacht wordt besteed aan het opzetten en runnen van een eigen onderneming. Daarnaast kunnen via cursussen de ondernemersvaardigheden van eerstelijnszorgaanbieders worden verbeterd. Deze cursussen kunnen door de markt worden aangeboden.

- Ik zal via het LOVE-traject dit jaar aandacht besteden aan ondernemerschap en dit stimuleren. Verder zal ik de komende periode gesprekken voeren met degenen die de curricula opzetten, om te bezien of er mogelijkheden zijn voor het opnemen van een dergelijke module. Ik verwacht dat in het jaar 2010 dit zichtbaar zal zijn in de opleidingen.

7. Kapitaalmarktinstrumentarium meer toegankelijk te maken voor medische sector.

Bij het stimuleren van een meer bedrijfsmatige aanpak en meer ondernemerschap in de eerstelijnszorg zal ik onderzoeken of het wenselijk is de financiering hiervan te faciliteren vanuit de overheid. Bestaande kapitaalmarktregelingen van het ministerie van Economische Zaken verstrekken garanties aan banken en andere financiële intermediairs om makkelijker leningen of risicodragend vermogen te verstrekken aan het midden- en kleinbedrijf (MKB). Het betreft hier de Borgstellingsregeling voor het midden- en kleinbedrijf (BBMKB) en de Groeifaciliteit. Beide regelingen sluiten ondernemers in de medische sector momenteel uit voor zover toetreding tot deze markt en/of tarifiering in deze sector door de overheid wordt beheerst.

- Ik zal onderzoeken welke mogelijke knelpunten er zijn op het terrein van de eerstelijnszorg bij financiering van investeringen. Indien dergelijke knelpunten aan het licht komen en genoemde kapitaalmarktregeling daar soulaas voor zouden kunnen bieden, dan zal ik –samen met de minister van Economische Zaken- bezien of, en onder welke voorwaarden, het bestaande kapitaalmarktinstrumentarium open gesteld kan worden voor beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg. Dit uiteraard ook in het licht van het beschikbare budget daarvoor. Ik zal u hier in het najaar 2008 over informeren.

6 Thema 3: Meer transparantie, betere kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid

Keuze-informatie schiet tekort

Op dit moment hebben consumenten/patiënten en verzekeraars te weinig (keuze-)informatie over het zorgaanbod in de eerstelijnszorg. Consumenten/patiënten moeten een afgewogen keuze kunnen maken *en* dienen kritisch te (kunnen) zijn over de prijs en kwaliteit van door verzekeraars en aanbieders geleverde diensten. Zorgverzekeraars moeten informatie over het zorgaanbod hebben om hun inkooprol te kunnen waarmaken en zich inzetten voor een doelmatige inkoop en organisatie van zorg in het belang van de patiënten/verzekerden. Een goed functionerende markt werkt alleen als verzekeraars op kwaliteit gaan onderscheiden, en niet op kosten (namelijk aantal behandelingen). Inzicht in kwaliteit van zorg is daarom noodzakelijk. Transparantie van de eerstelijnszorg met duidelijk omschreven en vastgelegde kwaliteitsindicatoren moet worden vastgelegd met de nadruk op veiligheid.

Veiligheid moet vanzelfsprekend worden

Veiligheid is een onderbelicht thema in de eerste lijn. Patiënten moeten er op alle momenten en bij alle zorgverleners op kunnen vertrouwen dat deze zorgen voor optimale veiligheid. Denk hierbij aan het ontwikkelen van samenwerkingsafspraken over veiligheid tussen eerstelijnszorgverleners onderling en met zorgverleners, die werkzaam zijn in andere

zorgsectoren, zoals bijvoorbeeld de ziekenhuizen, thuiszorg en verpleeghuizen of jeugdgezondheidszorg.

Op het gebied van transparantie in de zorg, inzicht in de kwaliteit van zorg, outcome gerichte prestatie-indicatoren en patiëntveiligheid is nog veel te doen. In het licht van de toenemende behoefte aan ketenzorg in de eerstelijnszorg zal –naast de monodisciplinaire veiligheids- en kwaliteitsaspecten- ook een verdergaande ontwikkeling van richtlijnen op het gebied van multidisciplinaire aanpak moeten plaatsvinden. Om recht te doen aan het belang van de eerstelijnszorg voor de volksgezondheid en als samenhangende sector voor de rest van de gezondheidszorg zal ik de huidige ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en transparantie met kracht doorzetten en waar nodig van vrijblijvendheid ontdoen. Ik noem de volgende onderwerpen. Deze onderwerpen zijn gebaseerd op mijn brief 'Koers op kwaliteit' van op 6 juli 2007.²⁴

6.1 Zichtbare kwaliteit: meer transparantie

Indicatorenontwikkeling en keuze-informatie:

Per sector zullen zorginhoudelijke indicatoren ontwikkeld worden voor het meten van prestaties en lijsten voor keuze-informatie. Er moet een slag gemaakt worden om feitelijke informatie te transformeren naar keuze-informatie. Op dit moment is er op de website KiesBeter.nl al een begin gemaakt met het plaatsen van keuze-informatie over eerstelijnsvoorzieningen. Deze informatie is echter nog beperkt. Ik zal daarom initiatieven ontplooiën om de beschikbare keuze-informatie over eerstelijnsvoorzieningen op KiesBeter.nl te verbeteren en uit te breiden naar de gehele eerstelijns. Als eerste zal ik het aanbod van informatie over de huisarts uitbreiden. Daarbij benadruk ik dat er bereidheid moet zijn bij de beroepsbeoefenaren tot het afleggen van externe verantwoording.

- Het Bureau Zorgbrede Transparantie gepositioneerd bij de IGZ en onder mijn leiding zal de regie voeren om dit sectorbreed te realiseren.
- De NZa zal daarnaast een experiment starten waarbij een aantal huisartsen kan experimenteren om met gebruik van informatiesystemen en de daarin opgenomen keuze-informatie de consument/patiënt beter te begeleiden bij zijn keuze voor een aanbieder. Het experiment zal zich hierbij richten op zowel de tweede als de eerste lijn. Als patiënten kiezen voor de aanbieders met de beste prijs- kwaliteit verhouding stimuleert dit aanbieders op hun beurt om een goede prestatie te leveren. De verwachting is dat het experiment halverwege 2008 zal starten.
- In juni 2007 is de Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg (STH) van start gegaan. Doel van de STH is de kwaliteit van de huisartsenzorg zichtbaar te maken. De STH wil dit doen door indicatoren te ontwikkelen voor de professionele kwaliteit, een CQ-index huisartsenzorg vast te stellen en een lijst met keuze-informatie te ontwikkelen. De STH streeft er naar nog dit jaar deze indicatoren vast te stellen, zodat deze in 2009 in een pilot kunnen worden uitgetest onder huisartsen.
- In de mondzorg wordt in het Platform Kwaliteit Mondzorg gewerkt aan een Intentieverklaring Kwaliteit en Transparantie Mondzorg. Doel van het platform is met de intentieverklaring naar analogie van de huisartsenzorg te komen tot oprichting van een stuurgroep die zich richt op de ontwikkeling van indicatoren voor professionele mondzorg, een CQ-index mondzorg en een lijst met indicatoren voor keuze-informatie. Naar verwachting zal deze intentieverklaring voor de zomer door partijen worden ondertekend.

²⁴ Brief TK 'Koers op Kwaliteit' (MC-U-2775877) d.d. 6 juli 2007

- Onder regie en leiding van de NZa worden momenteel prestatie-indicatoren ontwikkeld voor de fysiotherapie. Naar verwachting zal deze set in september 2008 gereed zijn.
- Door de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) is al een benchmark ontwikkeld. Deze is momenteel nog gericht op de kwaliteit van de bedrijfsvoering en de resultaten zijn niet openbaar. Ik zal met de VHN in overleg treden om deze benchmark zo spoedig mogelijk te verbreden naar voor de patiënt relevante aspecten en daarbij de patiënten/consumentenorganisaties, ZN en de IGZ te betrekken.
- In de eerstelijnsverloskundige zorg en de kraamzorg wordt momenteel gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

In Rotterdam is het PIG-project (Prestatie-Indicatoren Gezondheidscentra) gestart. Doel van het project is om de meerwaarde van geïntegreerde eerstelijnszorg te meten. De meerwaarde wordt gezocht in zorgprogramma's (zoals voor Copd, depressie, diabetes), organisatie en service.

Consumer Quality-index (CQ-index)

Er zal een programma opgezet worden voor de ontwikkeling van Consumer Quality-indices voor de gehele eerstelijnszorg. Dat gebeurt in overleg met het Centrum Klantervaring Zorg. Er wordt daarbij aansluiting gezocht bij het huidige programma dat via ZonMW loopt. Een CQ-index voor eerstelijns samenwerkingsverbanden en voor fysiotherapie is al in ontwikkeling, terwijl een CQ-index voor de huisartsenzorg nagenoeg gereed is. Nog dit voorjaar verwacht ik de rapportage hierover van het NIVEL.

Ontwikkeling multidisciplinaire richtlijnen en standaarden

In het licht van de toenemende behoefte aan ketenzorg zal –naast de monodisciplinaire veiligheids- en kwaliteitsaspecten- ook een verdergaande ontwikkeling van evidence based richtlijnen op het gebied van multidisciplinaire aanpak moeten plaatsvinden. Deze standaarden kunnen dan bijvoorbeeld de functies voor de basiszorg: diagnostiek, eerste inventarisatie risico's, behandeling, monitoren, consultatie experts, verwijzing, zelfcontrole, jaarcontrole, preventie en educatie beschrijven. De zorgstandaarden worden gebruikt als basis voor zorgcontracten tussen aanbieders en verzekeraars. De patiënt krijgt een maatwerk contract voor de behandeling van zijn aandoening. Daarbij wordt zijn eigen rol beschreven. Uiteraard wordt daarbij rekening gehouden met zijn specifieke situatie. De afgelopen periode is er al gewerkt aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en protocollen voor samenwerking in de eerstelijnszorg, in de vorm van Lesa's (Landelijk eerstelijns samenwerkingsafspraken). In het programma Kennis Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ) bij ZonMW worden multidisciplinaire richtlijnen verder ontwikkeld. Ook is het belangrijk dat bijvoorbeeld huisartsenposten en ambulancehulpverlening elkaar aanvullen door gebruik te maken van dezelfde richtlijnen, training en logistieke afstemming.

6.2 Natuurlijke patiëntgerichtheid

Kennis en kunde van de patiënt

Een sterke eerstelijnszorg richt zich op de behoeften en wensen van de patiënten. Dit betekent niet dat patiënten en hun vertegenwoordigende organisaties passief moeten toekijken hoe zorgaanbieders de eerstelijnszorg vormgeven. Ik vind het van groot belang dat patiëntenorganisaties de wensen en behoeften van hun achterban ten aanzien van veiligheid, kwaliteit en transparantie in bovenstaande trajecten als volwaardige gesprekspartner kunnen inbrengen. Goede voorbeelden zoals het traject 'Apotheken, door cliënten bekeken' van de NPCF, laten zien dat deze inbreng gewaardeerd wordt en leidt tot verbeteringen op gebieden die patiënten van belang vinden.

- Om de kennis en kunde van patiëntenorganisaties op dit gebied te versterken hebben de Staatssecretaris en ik in de brief over de nieuwe subsidiesystematiek voor patiënten,

gehandicapten, ouderenorganisaties (pgo), de opzet van een programma voor kwaliteit en transparantie vanuit cliëntperspectief aangekondigd²⁵. Binnenkort ontvangt u een verdere uitwerking van deze subsidiesystematiek.

De afgelopen jaren is er in het kader van het programma versterking eerstelijnszorg al een aantal instrumenten ontwikkeld die patiënten(organisaties) hierbij kunnen helpen. Dit zijn de VAAM (instrument om de vraag naar eerstelijnszorg op lokaal niveau in kaart te brengen), het ECB (instrument voor kwaliteitsverbetering vanuit patiëntenperspectief) en meetlat patiëntgerichte eerstelijnszorg (instrument voor een regionale analyse voor de mate waarin het zorgaanbod voldoet aan de uitgangspunten van patiëntgerichte zorg).

- Ik start spoedig, samen met de NPCF, een vierjarig programma om deze instrumenten door te ontwikkelen en te bevorderen dat ze daadwerkelijk worden gebruikt door patiënten(organisaties) zodat het patiëntenperspectief bij de versterking van de eerstelijnszorg nadrukkelijk wordt meegenomen.

6.3 Vanzelfsprekende veiligheid

Van de sector verwacht ik dat zij zich verantwoordelijk opstelt ten aanzien van de veiligheid van de zorg en een systeem ontwikkelt dat deze veiligheid ondersteunt door middel van analyses, evaluaties en verbetertrajecten. Onder andere door het faciliteren en stimuleren van het (anoniem) rapporteren van incidenten/adverse events, te koppelen aan de ontwikkeling van methodieken (b.v. intervisie, intercollegiale bespreking) om deze systematisch te bespreken teneinde verbeteringen te kunnen initiëren. Het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en het Waarneem Dossier spelen hierin een cruciale rol. Van verzekeraars verwacht ik dat zij alleen veilige zorg inkopen. Met alle veldpartijen uit de eerstelijnszorg wordt gewerkt naar concrete plannen voor het melden van veiligheidsincidenten. Op de patiëntveiligheidsconferentie van de IGZ medio 2008 worden deze plannen gepresenteerd.

7 Thema 4: Betere organisatie van de acute zorg

In een goed functionerende (acute) zorgketen zal de patiënt op die plek in de keten terecht moeten komen waar zijn zorgvraag adequaat en zo doelmatig mogelijk behandeld kan worden. Voor veel verzekerden/ patiënten is het niet altijd duidelijk in welke acute situatie men naar welke zorgaanbieder/instelling moet gaan. Het percentage zelfverwijzers bijvoorbeeld op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis is soms zeer groot (60%). Een groot deel (80%) van deze groep kan adequaat huisartsgeneeskundig geholpen worden. In de wijze waarop patiënten toegang tot acute zorg krijgen, in de organisatie van de behandeling en ook in de organisatie van het acute zorgvervoer zit nog teveel overlap. Er zijn regionale initiatieven om bijvoorbeeld een huisartsenpost en SEH onder één dak te brengen of zelfs te integreren, waarbij de triage (urgentiebepaling en zorgtoewijzing) onder huisartsgeneeskundige regie plaats vinden. Deze initiatieven lopen wel tegen de grenzen van de huidige bekostigingssystemen aan. Voor een eenduidige toegang van de acute zorg heb ik de volgende twee ontwikkelingen voor ogen, namelijk 'de keten acute zorg', 'de spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg' en 'telefonisch eenvoudig te bereiken acute zorg':

Keten acute zorg

Verzekeraars moeten in staat worden gesteld een deel van de acute zorg, namelijk de spoedeisende hulp en de huisartsenpost, zo in te kopen dat de zorg integraal en vooral doelmatig kan worden aangeboden.

²⁵ Kwaliteit en transparantie cliëntenperspectief Kamerstukken II, 2006-2007, 29 214, nr 24

Waterlandziekenhuis

In het Waterlandziekenhuis in zijn de huisartsenpost en spoedeisende hulp samengevoegd tot 'Spoedpost Waterland'. Dit betekent dat bij acute gezondheidsklachten in het weekend, avond en nacht altijd de Spoedpost Waterland gebeld kan worden voor een deskundig antwoord en advies. Lange wachttijden bij de huisartsenpost of bij de spoedeisende hulp moeten hierdoor tot het verleden behoren. Spoedpost Waterland is een samenwerkingsverband tussen de huisartsen in de regio Waterland en het Waterlandziekenhuis. In de spoedpost zijn in de avond-, nacht- en weekenduren huisartsen en de medewerkers van de spoedeisende hulp aanwezig, die patiënten op vakkundige wijze te woord staan en medisch behandelen.

- Ik heb de NZa dan ook gevraagd²⁶ mij te adviseren over manieren waarop de keten van acute zorg soepeler, klantgerichter en efficiënter georganiseerd kan worden. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek van de NZa zal ik u binnen enkele maanden nader informeren over de wijze waarop dit verbeterd kan worden.

Spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg

De ambulancezorg in Nederland staat in hoog aanzien wat betreft de kwaliteit en de laatste jaren heeft een enorme professionaliseringsslag plaatsgevonden. Niettemin zijn er zorgen over met name, omdat de veldnorm van 95% van alle spoedritten binnen 15 minuten ter plaatse niet overal wordt gehaald.

- Over de spreiding en capaciteit van de ambulancezorg zal ik u uiterlijk 1 juli 2007 berichten nadat het onderzoek van het RIVM terzake in mei 2008 is afgerond.

Telefonisch eenvoudig te bereiken acute zorg

De toegankelijkheid van de acute zorg in die gevallen waar geen sprake is van direct levensgevaar, moet worden vergroot. Voor de patiënt zal het in de toekomst direct duidelijk moeten zijn hoe de acute zorg telefonisch bereikbaar is. De triage bij de acute zorg kan verder worden geprofessionaliseerd zodat het voor de uitkomst van het triageproces niet van belang is op welke plek de acute zorgketen wordt benaderd. Eenduidige (regionale) telefonische toegang voor patiënten met een acute zorgvraag, verschaft helderheid en zekerheid in veel gevallen.

- Om te komen tot verbetering van de telefonische toegankelijkheid van de acute zorg is bureau ARGO van de Rijksuniversiteit Groningen een landelijk onderzoek gestart. Dit gebeurt in opdracht van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Het resultaat is komend voorjaar te verwachten. Aan de hand van dit resultaat zal ik u informeren over de wijze waarop ik dit zal stimuleren.

8. Slotopmerking

De eerstelijnszorg heeft een onmisbare functie in de gezondheidszorg in Nederland en staat, ook internationaal, goed bekend. Toch zijn er verbeteringen mogelijk. De noodzaak tot verbeteringen wordt pregnanter als in ogenschouw wordt genomen welke ontwikkelingen in (de omgeving van) de eerste lijn plaatsvinden. Het gaat om bekende thema's als vergrijzing, meer chronisch zieken, toenemende aandacht voor preventie en jeugd en gezin. Meer in het algemeen leeft de wens van een betere inbedding van de eerstelijns in het geheel van (ook gemeentelijke) zorgfuncties. De samenleving verwacht veel van de eerste lijn. Daarom breek ik in deze visie een lans voor vier thema's die helpen de eerste lijn beter toe te rusten voor de toekomst. Het gaat om (1) Betere samenhang, (2) Meer innovatie, ondernemerschap en een goede zorginkoop, (3) Betere transparantie en kwaliteit en vanzelfsprekende veiligheid en (4) Betere organisatie van de acute zorg.

²⁶ Zie Brief TK Keten acute zorg CZ/EKZ/2733575, 29 januari 2007, TK 2006-2007, 29 247, nr. 49)

Ik heb aangegeven de komende tijd op deze terreinen het nodige te doen en ik verwacht van zorgaanbieders, verzekeraars en andere betrokkenen ook hun bijdrage. Zo ontstaat naar mijn verwachting een dynamische eerstelijnszorg die op ondernemende wijze de gecreëerde ruimte benut. Daarmee blijft de eerstelijnszorg een krachtige voorziening waarin men graag en met plezier werkt en waaruit kwalitatief goede, makkelijk toegankelijke en houdbare zorg wordt geleverd.

Bijlage 1: Rollen en verantwoordelijkheden partijen

Patiënten/ Verzekerden

De verzekerden kunnen op hun beurt bewust kiezen tussen aanbieders en tussen verzekeraars. Patiënten en verzekerden dienen kritisch te (kunnen) zijn over de prijs en kwaliteit van door verzekeraars en aanbieders geleverde diensten. Anderzijds mag van hen ook een verantwoordelijke houding worden verwacht ten aanzien van hun eigen gezondheid en het mag bij het gebruik van zorg wellicht wat meer het besef aanwezig zijn dat zorg niet 'gratis' is.

Zorgaanbieders

Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij op een kwalitatief goede zorg leveren voor een zo scherp mogelijke prijs die aansluit op de wensen en behoeften van patiënten. De zorgaanbieders moeten zich kunnen zich meer van elkaar gaan onderscheiden en zich gaan profileren t.o.v. van elkaar. Dit betekent dat van zorgaanbieders in de eerstelijnszorg meer ondernemerschap verwacht zal worden.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en zullen hun best moeten doen om verzekerden aan zich te binden. Daartoe onderhandelen zij met de zorgaanbieders over de hoeveelheid, prijs en kwaliteit van de te leveren zorg. Het is de bedoeling dat die afspraken aansluiten op de lokale en regionale omstandigheden. Zorgverzekeraars moeten zich inzetten voor een doelmatige inkoop en organisatie van zorg waarbij zij rekening houden met de wensen van patiënten/verzekerden. Het contracteerbeleid van verzekeraars moet samenwerking stimuleren en ondersteunen. Van verzekeraars wordt ook verwacht dat zij, indien nodig, samen met gemeenten of woningcorporaties, vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, passende oplossingen vinden voor lokale situaties.

Gemeenten

Gemeenten hebben de regie over de lokale infrastructuur en de algemene verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Zij hebben de maatschappelijke plicht tot het borgen van zorg en ondersteuning voor hun burgers. Gemeenten dienen de samenhang en samenwerking tussen uitvoerende organisaties die de kwaliteit van leven verbeteren, te bevorderen. Gemeenten kunnen met uitvoerende partijen werken aan zorgketens en daarin een regierol spelen. Ik verwacht dat gemeenten de koppeling tussen eerstelijnszorg en maatschappelijke ondersteuning en gezondheidsbeleid een structurele plaats geven in hun beleid. Gemeenten hebben hierin een belangrijke rol. Hun taak is de instanties zodanig te prikkelen om aansluiting te zoeken en te vinden.

Rijksoverheid

De rijksoverheid blijft eindverantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen. De overheid is verantwoordelijk voor het verzekeren van de toegang tot kwalitatief goede en betaalbare zorg voor iedereen die dat nodig heeft. De overheid zorgt daartoe voor 'empowerment' van de patiënt/zorgconsument en geeft zorgaanbieders en –verzekeraars de ruimte daarop in te spelen. Daarbij past overigens wel een krachtig toezicht op de kwaliteit en op toezicht op het marktspel. Waar dat niet aan de markt kan worden overgelaten regelt de overheid de toegang, stelt daar eventueel eisen aan en reguleert de prijzen.

Bijlage 2: Voorbeelden van acties van partijen in de afgelopen periode ter versterking van de eerstelijnszorg

1. Bekostiging

- Praktijkplan eerstelijnszorg (TK 29247, nr 38): In 4 regio's – Almere, Rotterdam, Drenthe en Zoetermeer – loopt een experiment benchmarking huisartsenzorg. In dat experiment wordt een instrument ontwikkeld waarmee de prestaties van de huisartsenzorg kunnen worden gemeten.
- Nieuw bekostigingssysteem huisartsenzorg (TK), inclusief e-consult: vanaf 2006 worden huisartsen betaald door middel van een inschrijftarief, een consulttarief en diverse modules.
- Beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg (TK 29 247, nr 42): Geïntegreerde eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden kunnen sinds 1 januari 2007 samen met zorgverzekeraars specifieke afspraken maken die beter aansluiten bij de individuele behoeften van patiënten.
- Beleidsregel innovatie: Zorgaanbieders kunnen aanspraak maken op de beleidsregel Innovatie, die van toepassing is op nieuwe zorgprestaties. Het doel van deze beleidsregel is om door innovatie een betere prijs/kwaliteitsverhouding in de zorglevering rondom de patiënt(en) te realiseren.
- Vrije tarieven fysiotherapie en oefentherapie met ingang van 2008 voor vrijgevestigde beroepsbeoefenaren.
- Pilot keten diabeteszorg
- Apart tarief voor assistentie bij de bevalling door kraamhulpen, waardoor betere begeleiding tijdens de bevalling mogelijk is.
- Tarieven voor verloskundigen voor verbeterde diagnose bij zwangeren in de eerstelijnszorg.
- Uitbreiding van het aantal uren kraamzorg in het landelijk indicatie protocol.

2. Transparantie

- VAAM (Vraag-Aanbod-Analyse-monitor): een instrument dat is ontwikkeld om de zorgvraag regionaal in kaart te brengen
- Code 'goed patiëntschap': brochure is beschikbaar
- Lesa's (Landelijk eerstelijnszorgsamenwerkingsafspraken): ontwikkeling multidisciplinaire richtlijnen en protocollen voor samenwerking in de eerstelijnszorg
- Ontwikkeling kwaliteitsregisters voor beroepsgroepen die dat nog niet hadden
- Consumer Quality-index (CQ-index): meet consumentenervaringen, publicatie van gegevens op KiesBeter.nl
- Benchmark huisartsen: ontwikkeling van een experiment met prestatie-indicatoren in de huisartsenzorg.
- Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO): netwerken om kwaliteitsbeleid op elkaar af te stemmen in de eerstelijnszorg
- De Perinatale Audit biedt mogelijkheden om oorzaken van babysterfte op te sporen, en indien mogelijk maatregelen te treffen om de zorg te verbeteren.

3. Ondersteuning

- Regionale Ondersteuningsstructuren (ROSSEN): ROSSEN ondersteunen de eerstelijnszorg onder andere bij het opzetten van samenwerkingsverbanden, implementatie van kwaliteitsinstrumenten en stimuleren van ondernemerschap. Er zijn inmiddels 21 ROSSEN.

4. Bereikbaarheid en capaciteit

- Directe Toegang Fysiotherapie (DTO): wegnemen barrières om taakherschikking mogelijk te maken
- Experimenten voor nieuwe beroepen in de eerstelijnszorg: introductie van psychiater assistents (pa's) en nurse practitioners (np's)
- NTS (Nederlands Triage Systeem): eenduidig triagesysteem voor acute zorg is gereed.

5. Aanjagen regionale veranderingsprocessen

- De Nieuwe Praktijk: een project om het veranderingsproces in de eerstelijnszorg een extra impuls te geven. Conform de aanpak van Sneller Beter in de ziekenhuiszorg wordt beoogd de goede voorbeelden in de eerstelijnszorg actief te verspreiden onder de beroepsgroepen.
- Stimuleren betrokkenheid gemeenten en provincies: praktische handleiding ontwikkeld voor gemeente-ambtenaren (G-30advies)