

Eerstelijnszorg

Mr. J.P. Kasdorp
RVZ

Het toenemend belang van eerstelijnszorg

Het belang van een goed functionerende eerste lijn stijgt om twee redenen snel.

- 1 De ziektelast van chronische aandoeningen neemt de komende twintig jaar met minimaal 40 procent toe (RIVM, 2006). Voor de begeleiding van chronische patiënten is een goed functionerende eerste lijn noodzakelijk. Deze patiënten moeten leren omgaan met blijvende beperkingen. Zelfmanagement, mantelzorg en psychosociale ondersteuning van patiënten en mantelzorgers zijn dan belangrijk. Het gaat om een combinatie van leefstijlbegeleiding, care en cure, (fysiotherapie, paramedische zorg, thuiszorg en huisarts), waarvan de coördinatie het beste in de eerste lijn kan worden neergelegd, bijvoorbeeld bij een praktijkondersteuner.
- 2 De tweede reden is dat zorg steeds minder plaatsvindt in een intramurale omgeving en steeds meer in de eigen leefomgeving. De patiëntvriendelijkheid neemt toe, maar ook de complexiteit rondom de afstemming en de continuïteit van de zorg. Hiervoor worden zorgketens ontwikkeld. Daarnaast wordt individuele preventie belangrijker en zij verdient dus een stevige plaats in de in de zorgketen. Dit voorkomt knelpunten in de tweede lijn en draagt bij aan minimalisatie van de ziektelast en van overbodige kosten.

Eén van de consequenties is dat de eerstelijnszorg - huisarts, thuiszorg, paramedische zorg - de medische en verpleegkundige zorgtaken van AWBZ-instellingen moet overnemen. Als mensen niet meer in instellingen wonen maar in een huis in de wijk, zullen ze per definitie een groter beroep doen op de algemene zorg en in het bijzonder op de eerstelijnszorg. De eerstelijnszorg wordt verder de voor de handliggende plek waar verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten komen te werken. Dat geldt ook voor fysio-, ergotherapie en diëtik.

Het is duidelijk dat deze ontwikkelingen vragen om een andere organisatorische opzet van de eerstelijnszorg. Een organisatie die een kader biedt voor samenwerking tussen verschillende disciplines en een stabiele partner kan zijn in diverse zorgketens voor specifieke chronische aandoeningen.

De acute zorg is overigens een verhaal apart. Van acute zorg is sprake wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Omdat de kwaliteit van de acute zorg op onderdelen tekort schiet, de keten van acute zorg ondoelmatig is georganiseerd en de beschikbaarheid van de acute zorg onvoldoende is, dient de acute zorg apart te worden georganiseerd. Daarbij zijn taakverdeling en concentratie aan de orde.

De organisatie van de eerstelijnszorg

Grootschalig organiseren, kleinschalig uitvoeren. Dat is kort geformuleerd onze opvatting over een doelmatige opzet van zorgverlening. Voor de eerstelijnszorg denken wij dan aan wijkzorgnetwerken, die zijn ingebed in een regionale structuur.

In een wijkzorgnetwerk werken extramurale hulpverleners - met name huisartsen, wijkverpleegkundigen en extramuraal werkende paramedici - met elkaar samen en zorgen voor een integrale en continue extramurale zorgverlening. In de kern van een wijkzorgnetwerk functioneert een samenwerkingsverband van vier à zes huisartsen in de vorm van een hagro (huisartsengroep) of HOED (huisartsen onder één dak). Daaraan kan praktijkondersteuning worden gekoppeld. Behalve de wijkverpleegkundige zijn dat extramuraal werkende verpleegkundigen, zoals praktijk- en transmuraalverpleegkundigen. De wijkverpleegkundige is bij uitstek deskundig om de verpleegkundige zorg rond de patiënt inhoudelijk aan te sturen (regie van de care), terwijl de taken van de praktijkverpleegkundige in het verlengde van de huisartsenzorg liggen. De transmuraalverpleegkundige is gespecialiseerd in een bepaalde taak of aandoening. Hij of zij verricht gespecialiseerde handelingen in de thuissituatie en dient als consulent voor huisartsen, wijkverpleegkundigen en praktijkverpleegkundigen.

Hoe groot een wijk is, hangt af van de lokale situatie. We denken aan een gebied met zo'n 30.000 - 40.000 inwoners. De keuzevrijheid van de patiënt is dan te waarborgen. De wijk is ook een goede schaalgrootte voor carevoorzieningen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en eenvoudige poliklinische tweedelijnszorg. Als het lukt om deze instellingen per wijk op te zetten, is het mogelijk een brug te slaan tussen eerste- en tweedelijnszorg: transmurale zorgverlening. Dat wordt steeds belangrijker, omdat voorspelbare zorgprocessen steeds meer in de vorm van ketenzorg worden aangeboden.

De hoofdlijnen voor de inrichting van de acute zorg zien er volgens de RVZ als volgt uit:

- Twee wegen naar acute zorg
 - Eén landelijke telefoondienst voor de patiënt die meent een acuut medisch probleem te hebben. Hier vindt een samenhangende afhandeling plaats van verzoeken om spoedeisende huisartsen- en ambulancezorg.
 - Eén locatie voor acute hulp op maximaal 30 minuten reisafstand van iedere burger, door functionele integratie van huisartsenposten met afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen.
- Scheiding van acute en electieve zorg
 - Patiënten die acute zorg behoeven worden via een ander traject behandeld dan patiënten die een andersoortige zorgvraag hebben. In het ambulancevervoer betekent dit een scheiding van het spoed- en besteld vervoer.
- Taakverdeling en concentratie
 - Bepaalde categorieën patiënten worden niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht, maar naar daarvoor aangewezen centra. Patiënten met bijvoorbeeld een hartinfarct die voor dotteren in aanmerking komen worden alleen naar een ziekenhuis met dotterfaciliteiten gebracht.
- Benutten technologische ontwikkelingen
 - De organisatie van de acute zorg zal in de toekomst in hoge mate bepaald worden door technologische ontwikkelingen. Nieuwe mogelijkheden moeten sneller benut kunnen worden.

Realisatie

Een meerderheid van de huisartsen werkt tegenwoordig in een samenwerkingsverband. Maar een samenhangende eerstelijnszorg is er nog niet. De vraag is niet hoe een goed functionerende eerste lijn eruit zou moeten zien. Dat is bekend. De vraag is hoe ze tot stand moet worden gebracht en wie daarbij de regie voert. Stabiele samenwerkingsvormen blijken moeilijk te realiseren vanwege het grote aantal organisaties dat erbij betrokken is en omdat deze alle verschillend worden bekostigd. Het ontbreekt aan een adequate beleids- en bekostigingsstructuur. Voor een structurele inbedding van de activiteiten is nodig dat de samenwerking tussen de organisaties bestuurlijk wordt geborgd en dat de zorg en dienstverlening als zorgprogramma kan worden gefinancierd.

Minister Klink heeft in januari 2008 zijn nota *Dynamische eerstelijnszorg* uitgebracht. Daarin zegt hij dat partijen op lokaal niveau moeten bezien op welke wijze de eerste lijn het best kan worden versterkt. De overheid is aanspreekbaar als blijkt dat het systeem onvoldoende of onjuiste prikkels heeft om te komen tot doelmatige, toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Dat laatste is volgens ons het geval. Dus wat gaat hij doen?

- 1 hij gaat na hoe de coördinatiefunctie in zorgprocessen beter kan worden verankerd in wet- en regelgeving;
- 2 hij vraagt de NZa om advies over een toekomstbestendige bekostiging van de gehele eerstelijnszorg;
- 3 hij gaat na wat substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg in de weg staat en hoe eventuele hindernissen uit de weg kunnen worden geruimd.
- 4 hij onderzoekt de knelpunten bij de financiering van investeringen en gaat na onder welke voorwaarden beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg gebruik kunnen maken van de kapitaalmarkt;

- 5 Hij vraagt de NZa om advies over een betere (soepeler, klantgerichter en efficiënter) organisatie van de keten van acute zorg.

Volgens ons zijn de volgende stappen nodig om een geïntegreerde eerste lijn te stimuleren:

- 1 een ambitieuze zorgvisie, gericht op meer ketenzorg en preventie onder meer door versterking van de geïntegreerde eerste lijn. De minister formuleert duidelijke doelstellingen en draagt ze actief uit;
- 2 de bestaande regelgeving doorlichten en veranderen waar zij strijdig is zijn met de bovenstaande doelstellingen;
- 3 ketenzorg en de geïntegreerde eerste lijn worden een duidelijk herkenbare prioriteit binnen de beleidsorganisatie van het ministerie van VWS.

Wij constateren dat de minister in zijn nota vooral invulling geeft aan onze tweede aanbeveling. Inmiddels heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) aangekondigd dat zij het initiatief neemt voor de totstandkoming van een duidelijke toekomstvisie voor de eerstelijnszorg. LHV-voorzitter Steven van Eijck heeft de minister uitgenodigd de LHV opdracht te geven om samen met de andere betrokken veldpartijen uitwerking te geven aan de eerstelijnsnota. Samen met de uitkomst van het door de minister aangekondigde onderzoek en de gevraagde adviezen kan dit initiatief leiden tot een gezamenlijk actieplan. Daarmee zou dan invulling worden gegeven aan onze eerste aanbeveling. Rest het opvolgen van onze derde aanbeveling: ketenzorg en de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn krijgen prioriteit binnen de beleidsorganisatie van VWS.

Onze opvattingen over een andere organisatie van de acute zorg zijn niet overgenomen, zoals blijkt uit de adviesaanvraag over dit onderwerp aan de NZa. Het advies van de NZa, uitgebracht op 20 maart 2008, wordt in een andere bijlage besproken.