

KOESTER EERSTELIJNSZORG

Regiefunctie vereist schaalvergroting eerste lijn

De eerste lijn moet de regie voeren bij de zorg aan chronisch zieken. Zo wordt hoge kwaliteit tegen de laagste prijs geboden.

Wel is noodzakelijk dat eerstelijns hulpverleners zich verenigen, zodat hun positie sterker wordt.

JAN ERIK DE WILDT
GERALINE LEUSINK
VICTOR POP

De overheid heeft beheersing van de zorgkosten hoog op de agenda geplaatst.¹ Niet voor niets. Het aantal chronisch zieken neemt de komende decennia toe door vergrijzing en een veranderende leefstijl.^{2,3} Daarnaast zullen steeds minder mensen zorg moeten verlenen aan steeds meer patiënten.⁴

Tegelijkertijd groeit het besef dat de organisatie van zorg aan chronische patiënten kan worden verbeterd. Beleidsmakers realiseren zich dat de toenemende vraag naar zorg niet alleen kan worden beantwoord door de zorgaanbieders. Ook de patiënt moet hierbij een rol spelen. Deze componenten vormen de basis van een nieuw organisatie- en financieringsmodel voor de chronische zorg, samengevat in een driedelig sneeuwpopmodel.

KINDERSCHOENEN

De basis van de sneeuwpop is zelfmanagement. Het staat voor *empower-*

ment van de chronisch zieke. Het stelt de patiënt in staat zijn ziekte beter te managen.⁶ Zelfmanagement staat qua organisatie nog in de kinderschoenen. Patiënten worden bijvoorbeeld ondersteund met moderne communicatietechnieken (telecom, internet, *telemedicine*, *health buddy*), terwijl de chronisch zieke patiënt gemiddeld ouder is dan 65 jaar

gespecialiseerde verpleegkundigen die de patiënten leren om te gaan met hun chronische ziekte en beperkingen in het dagelijks leven.⁸

De zorg blijft laagdrempelig en de huisarts krijgt de regierol toebedeeld. De taakherschikking vindt steeds vaker plaats in nieuwe eerstelijnsorganisaties (diabetesdienst, coördinatiecentra voor

Zelfmanagement draagt substantieel bij aan kostenbeheersing

en een lagere sociaal-economische status heeft.^{7,8} Juist deze groep maakt minder gebruik van de moderne aanbiedingsvormen van zorg.⁹

Overheid en zorgverzekeraars stimuleren zelfmanagement nog weinig. Patiënten zijn niet gewend eigen verantwoordelijkheid te nemen en zorgaanbieders op hun beurt zijn nog niet altijd gewend om verantwoordelijkheid bij een patiënt neer te leggen. Verder is het rendement van interventies om structurele gedragsveranderingen bij chronisch zieken te stimuleren nog nauwelijks onderzocht. Wel is duidelijk dat zelfmanagement substantieel bijdraagt aan kostenbeheersing.

DREMPELOOS

Het tweede element van het sneeuwpopmodel is de eerstelijnszorg. Zij ondersteunt het zelfmanagement van de chronisch zieke. Denk aan steun bij het stoppen met roken, dieetadvisering, bewegingsprogramma's, het bepalen van meetwaarden en controle van parameters (glucose, bloeddruk). De eerste lijn moet drempelloos toegankelijk zijn op het moment dat zelfmanagement ontorekend is.

Op organisatiegebied heeft de eerste lijn het afgelopen decennium een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Patiënten bezoeken in toenemende mate

praktijkondersteuning). Zorgverleners houden zich hier vooral bezig met de inhoudelijke zorg en (een beperkt) management is verantwoordelijk voor de organisatie. Multidisciplinaire eerstelijnsprogramma's houden de patiënt langer in de eerste lijn. En in zorgprogramma's worden afspraken gemaakt tussen de eerste en de tweede lijn over afstemming, verwijzing, informatie-uitwisseling, terugverwijzing en consultatie. Het gaat hier om ketenzorg.¹⁰

De positie van de eerstelijnszorg wordt nog belangrijker als de kortdurende (verpleegkundige en GGZ-)zorg uit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet.¹¹ Daarmee zal het volume van de eerstelijnszorg aan (chronisch zieke) patiënten nog aanzienlijk toenemen.

Veel eerstelijns hulpverleners zijn nog niet gewend om in ketenzorg te denken en zich als zodanig te organiseren. Ook is de ICT in de eerste lijn nog niet goed ontwikkeld. ICT is van groot belang voor de snelle, betrouwbare en kwalitatief hoogwaardige uitwisseling van informatie tussen de eerste en tweede lijn. Een derde knelpunt is dat de overheid maar moeizaam tot nieuwe financieringsstructuren (CTG-tarieven) komt die ketenzorg mogelijk maken.

De eerste lijn behandelt 90 procent van de zorgvraag tegen circa 7 procent

van de totale zorgkosten.¹² Deze kosten komen hoofdzakelijk ten laste van de Zorgverzekeringwet ofwel de collectieve lasten. Eerstelijnszorg wordt (inter)nationaal erkend als doelmatige zorg.¹³ Kortom, als bij chronische aandoeningen professionele zorg noodzakelijk is, dan is eerstelijnszorg het meest doelmatige, medisch verantwoorde alternatief.

SPECIALISTISCH CIRCUIT

Het derde element van het sneeuwpopmodel (de kop van de sneeuwpop) is de tweedelijns specialistische zorg. Deze zorg kenmerkt zich door een probleemgerichte en diagnosegerichte aanpak, gevolgd door een effectieve behandelingsstrategie. Er is sprake van een permanente innovatieve ontwikkeling om te komen tot een nieuwe *state of the art*. Als specialistische zorg routinematig wordt, kan de eerste lijn (delen van) de tweedelijnszorg overnemen.¹⁴

Qua organisatie heeft specialistische zorg zich ontwikkeld tot patiëntgerichte zorg die aansluit bij de aandoeningen. Zij is toegankelijk op indicatie van een eerstelijns poortwachter. Op basis van inclusie- en exclusiecriteria stromen patiënten in en uit het specialistische circuit.

Binnen het sneeuwpopmodel is er sprake van effectieve zorg als de patiënt zo snel mogelijk terugkeert in de eerstelijnszorg dan wel het zelfmanagementcircuit.

Maar steeds meer tweedelijnsorganisaties (ziekenhuizen en GGZ-instellingen) begeven zich op de zorgmarkt met thema's die tot het domein van de eerste lijn en het zelfmanagement behoren. Deze zorg is vrijwel altijd duurder, al wordt dat vaak verbloed door kruisfinanciering.¹⁵ Traditioneel heeft de specialistische zorg nog een lange weg te gaan als het gaat om de omslag van *doctor-centred*- naar *patient-centred*-denken. Net als in de eerste lijn duurt het nog wel even voordat eenduidige registratie van patiënten- en medische gegevens is gerealiseerd.

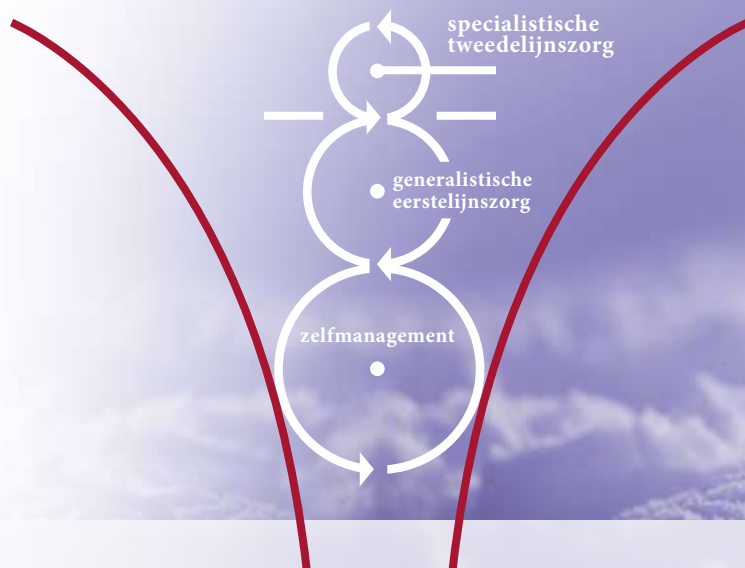
De kosten van specialistische zorg zijn in verhouding tot de eerstelijnszorg hoog en de capaciteit is beperkt. Om wachtlijsten te voorkomen is het van belang dat de (schaarse) capaciteit beschikbaar blijft voor noodzakelijke specialistische zorg. Daarom moeten in de collectief gefinancierde zorg (basispakket) duidelijke drempels worden opgeworpen voor de toegang tot het specialistische circuit. Denk aan inclusiecriteria voordat er bij een bepaalde aandoening een DBC kan worden geopend. En vice versa exclusiecriteria die duidelijk omschrijven wanneer een patiënt terugkeert naar de eerste lijn.

SNEEUWPOPMODEL

Realisatie van het sneeuwpopmodel kan langs drie wegen: marktwerking, interventies van de overheid en reorganisatie

van de chronische zorg in de eerste lijn. Alle gekwalificeerde zorgaanbieders mogen volgens de Zorgverzekeringwet zorg aanbieden. Idealiter reguleren vraag, aanbod, kwaliteit en prijs de zorgmarkt. Maar er zijn een aantal redenen waarom deze markt voornamelijk niet goed functioneert. Eén is dat zorgverzekeraars in de curatieve sector pas over enkele jaren volledig risico lopen op de zorgkosten.¹⁶ Tot die tijd kunnen zij deze kosten afwentelen op het Zorgvereveningsfonds en het voor- en nacalculatiesysteem. Daarnaast zijn er honoreringsexperimenten en garantieafspraken met ziekenhuizen die de zorginkoopmarkt frustreren. Een tweede reden is de concurrentie op de verzekeringsmarkt. Zorgverzekeraars zijn volop aan het reorganiseren en fuseren. Daardoor is er weinig aandacht voor de zorginkoopmarkt.¹⁷ Een derde reden is dat patiënten een verzekeraar kiezen op basis van prijs.¹⁸

Verder is er bij de meeste zorgverzekeraars weinig afstemming tussen de inkoop van de eerste- en tweedelijnszorg. Het zijn gescheiden afdelingen. Substitutie van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar zelfmanagement is binnen de curatieve divisie van de zorgverzekeraar geen routine. Dit gaat veranderen. Zorgverzekeraars zijn beducht voor hun imago en innovatie is een methode om zich te onderscheiden. Daar zijn wel financiële mid- >>



SAMENVATTING

- De zorg aan chronisch zieke patiënten moet betaalbaar blijven, ook als de zorgvraag de komende jaren toeneemt. Het sneeuwpopmodel biedt hiertoe de mogelijkheid.
- De basis van het model is zelfmanagement, het middendeel de eerstelijnszorg (uitvoering en regie) en alleen als het noodzakelijk is, komt de patiënt terecht in het specialistische domein.
- Realisatie van het sneeuwpopmodel kan langs drie wegen: marktwerking, interventies van de overheid en reorganisatie van de chronische zorg in de eerste lijn.

<< delen voor nodig. Die komen vrij door taakherschikking van chronische zorg (RVZ Taakherschikking in de zorg 2003). Zowel van tweede- naar eerstelijnszorg als binnen de eerste lijn naar zelfmanagement. Daarom moet de zorg aan chronisch zieken zo laag mogelijk in de sneeuwpop worden georganiseerd en aangeboden. Er is dan sprake van maximale substitutie.

Het zorginkoopbeleid zal zich de komende jaren verder ontwikkelen en naar verwachting zal marktwerking op de zorginkoopmarkt pas vanaf 2008, 2009 echt invloed krijgen. Marktwerking is een goede optie om het sneeuwpopmodel te realiseren, maar pas vanaf 2009, 2010.

PROTECTIONISME

Doordat marktwerking op de zorgmarkt tot dusver ontbreekt, is protectionisme voor de eerstelijnszorg te rechtvaardigen. Beschermende maatregelen voorkomen dat de eerstelijnszorg ten onder gaat aan oneerlijke concurrentie uit de tweedelijnszorg. Het ontbreekt aan een *same level playing field*.¹⁵ Dit is geen idee-fixe,

partij: de eerstelijnszorg. Dit terwijl de maatschappelijke waarde van de generalistische eerstelijnszorg onomstotelijk vaststaat.²¹ Marktwerking als leidend paradigma hoeft niet verkeerd te zijn, maar de centrale overheid is er wel verantwoordelijk voor dat dit op een verantwoorde manier gebeurt.

Een andere overheidsinterventie is het stimuleren van de ontwikkeling van zelfmanagement, waardoor de randvoorwaarden om de regie in eigen hand te houden worden versterkt.

LAAG TEMPO

Het sneeuwpopmodel kan alleen worden gerealiseerd als eerstelijnszorgaanbieders ervan doordrongen zijn dat de regie van de chronische zorg ook in de eerste lijn behoort. De eerstelijnszorg moet daarop zelf de organisatie aanpassen. Kleinschalig georganiseerde eerstelijnszorgaanbieders zijn geen serieuze contractpartner voor zorgverzekeraars en bieden andere partijen de mogelijkheid om de regie naar zich toe te trekken. Weliswaar beginnen coöperaties en bv's van huis-

zuinig op de unieke Nederlandse eerstelijnszorg en haar rol bij de zorg aan chronisch zieken.

De zorg aan chronisch zieken organiseren volgens het sneeuwpopmodel biedt perspectief voor kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg. ■

J.E. de Wildt, MHA,
directeur Commonsense interim- & projectmanagement,
houdt zich bezig met redesign van de eerste lijn

dr. G.L. Leusink,
huisarts en directeur Diagnostisch Centrum Den Bosch

dr. V.J.M. Pop,
huisarts en hoogleraar Eerstelijnszorg, vakgroep Klinische Gezondheidspsychologie, Universiteit van Tilburg

Correspondentieadres: csense@planet.nl;
cc:redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Overheid moet zorgen voor verantwoorde invoering van marktwerking

getuige het onderzoek dat de NZa gaat verrichten naar het grote aantal zelfstandige behandelcentra dat de afgelopen jaren is ontstaan, de toename van anderhalflijns poliklinieken (menopauze-, hartfalen-, astma/COPD-klinieken) en de concurrentie op de markt van de chronische (diabetes)zorg.¹⁹ Beschermende maatregelen zijn een optie, aangezien het creëren van samenhang en organisatie in de eerstelijnszorg nog volop in ontwikkeling is.²⁰

Het invoeren van marktwerking op dit moment benadeelt de zwakste

artsen en fysiotherapeuten zich te ontwikkelen, maar het lage tempo waarin dit gebeurt, baart zorgen. Nog niet alle zorgaanbieders zijn zich ervan bewust dat de marktwerking echt in werking is getreden.

Tegelijk moeten zorgverzekeraars worden gewezen op de gevaren van erosie van de eerstelijnszorg als andere partijen de regie overnemen. De zorgverzekeraars zullen zuinig moeten zijn op de doelmatige en kosteneffectieve zorg van de eerste lijn. De zorgaanbieders zijn aanzet. Overheid en zorgverzekeraars: wees

Referenties

1. Raas G e.a. Arbeidsmarkt en zorgvraag, RVZ september 2006.
2. Beleidsagenda 2007 ministerie van VWS pag 11.
3. Bos I van den e.a. eindrapportage Nationale Commissie Chronisch Zieken, Den Haag 2003.
4. Baan CA. Ketenzorg bij chronisch zieken, RIVM/NIVEL Bilthoven 2005.
5. Schilfgaarde R e.a. Diabeteszorg Beter, Taskforce diabeteszorg juni 2005; WHO.
6. Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease 2002, Stanford Universiteit.
7. CZ gezondheidslijn Achmea Health Centers of www.dokterdokter.nl door AGIS/Menzis.
8. Calsbeek H e.a. Kerngegevens Zorg 2005. Nationaal panel chronisch zieken en gehandicapten. NIVEL 2006.
9. Brink Muinen A van den. CBS statline 2006/NIVEL 2006.
10. Baan C. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening, RIVM 2003.
11. GGZ per 2008; V&V is nog niet duidelijk.
12. Strikker H e.a. CVZ zorgcijfers 2005 (exclusief farmacie).
13. Starfield B. Primary Care speech European Congress of primary health care 2006.
14. Maes AACM, Wildt JE de. Meer accent op de eerste lijn, Medisch Contact 2006; 61 (36): 1406-8.
15. SAN brief aan NZA over het ontbreken van een 'same level playing field', oktober 2006.
16. Vanaf 2008 komt de kortdurende GGZ (< 1 jaar) in de zorgverzekeringwet VWS september 2006.
17. CZ en OZ, VGZ, Trias en Univé, Agis, Menzis en Delta Loyd Ohra.
18. Jong J de. Verzekeren mobiliteit is hoog, NIVEL 2006.
19. De tussenstand op de zorgverzekeringmarkt. Monitor zorgverzekeringmarkt. NZa. Utrecht 2006.
20. Samenwerkingsmonitor, NIVEL 2006.
21. Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004; publication no. 2004/20E.