

Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksge-
zondheid en Zorg

Den Haag, 2010

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Eerstelijnszorg: houdbaarheid voor de toekomst	4
1.1	Veranderingen vragen om herbezinning	4
1.2	De mogelijkheden van eerstelijnszorg	5
1.3	Vraagstelling	5
2	De vraag van morgen	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Demografische ontwikkelingen	7
2.3	Sociaal- economische gezondheidsverschillen (SEGV)	8
2.4	Gedrag en leefstijl	8
2.5	Beïnvloeding van keuze	9
2.6	(Bio) technologische ontwikkelingen	10
2.7	Van generalistisch naar specialistisch	11
2.8	Verwachtingen	12
2.9	Conclusie	13
3	Eerstelijnszorg wordt meer dan medische zorg	14
3.1	Wat betekent verandering in de zorgvraag voor de eerstelijnszorg?	14
3.2	Samenhang	14
3.3	Wijkgerichte zorg	15
3.4	Preventie, leefstijl en gedrag	16
3.5	Taakherschikking, taakdifferentiatie en verplaatsing van werkzaamheden	17
3.6	Een andere relatie tussen ziekte, zorgvrager en professional	18
3.7	Conclusie	19
4	primaire gezondheidsondersteuning in beleid	20
4.1	Samenhang vraagt een andere strategie	20
4.2	Contraproductief beleid aanpassen	22
4.3	Slimmer omgaan met capaciteit en kunde zorgprofessionals	24
4.4	Preventie en leefstijl uit twee werelden verbinden	26
4.5	Zelfmanagement	27
4.6	Conclusie	28

1 Eerstelijnszorg: houdbaarheid voor de toekomst

1.1 Veranderingen vragen om herbezinning

De afgelopen jaren is de zorgvraag en de complexiteit van de zorgvraag alleen maar toegenomen. Momenteel heeft ruim een kwart van de Nederlandse bevolking één of meer chronische aandoeningen¹. Deze trend zal de komende jaren doorzetten². Oorzaken van de stijgende en veranderende vraag naar zorg zijn divers van aard.

- Demografisch: de vergrijzing heeft tot gevolg dat zowel het aantal mensen met chronische ziekten als het aantal mensen met meerdere ziekten tegelijk (multi-morbiditeit) zal toenemen.
- Technologische ontwikkelingen leiden tot meer behandelbare ziekten en stellen mensen in staat langer met beperkingen te leven.
- Maatschappelijke factoren vragen om een meer gepersonaliseerd zorgaanbod. Uitgangspunt is vraaggerichte zorg.

Bij gelijkblijvend beleid gaat de verwachte groei gepaard met een toenemende ziektelast. De zorg komt onder druk te staan. Deze druk wordt op diverse punten zichtbaar:

- De betaalbaarheid van de zorg: de zorgpremies gaan omhoog en de zorgpakketten worden herzien.
- Er ontstaat een acuut dan wel dreigend capaciteitstekort bij diverse beroepsgroepen.
- Zorgvragers vragen meer van zorgverleners als het gaat om betere afstemming en continuïteit van zorg.

Het huidige ordeningsprincipe van het zorgaanbod is gebaseerd op de echelloneringsgedachte uit de jaren '70. De beschikbare zorg wordt verdeeld in eerste-, tweede- en derdeelijnszorg³ op basis van de volgende principes:

1. van generalistische zorg naar specialistische zorg en
2. van directe toegang voor eenvoudige en goedkope zorg naar verwijzing voor complexe, dure zorg.

¹ Achtergrondstudie RIVM, 2010.

² Achtergrondstudie RIVM, 2010.

³ Structuurnota Hendriks.

Het zorgaanbod bepaalt dus de ordening van zorg. Het inzicht groeit dat niet het zorgaanbod, maar de zorgvraag leidend moet zijn bij de ordening van zorg.

1.2 De mogelijkheden van eerstelijnszorg

Deze studie gaat over de bijdrage van de eerstelijnszorg aan de houdbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Internationaal onderzoek⁴ laat zien dat eerstelijnszorg een substantiële bijdrage kan leveren aan 1. de gezondheid van burgers en 2. aan de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. De WHO stelt dat een sterke 'primary health Care' het antwoord is op ontwikkelingen als toenemende chroniciteit, vergrijzing en toenemende technische mogelijkheden⁵. De WHO merkt een tendens op naar gespecialiseerde en supergespecialiseerde zorg. Volgens de WHO belemmert deze tendens de voorbereiding van het zorgsysteem op de uitdagingen die de vraag naar zorg met zich meebrengt.

De Gezondheidsraad hanteert de volgende definitie voor eerstelijnszorg: 'eerstelijnszorg is algemene medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging, niet gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting' (Gezondheidsraad 2004). De terminologie die gebruikt wordt voor waar de zorg wordt verleend (in de eerste lijn), in welke organisatievorm (het zorgcentrum, de zorggroep) en door wie (de beroepsgroepen) de zorg wordt uitgevoerd zijn sterk verbonden aan de bestaande ordening van de eerstelijnszorg. Andere ordening van eerstelijnszorg vraagt daarom in de toekomst andere terminologie.

1.3 Vraagstelling

Op welke manier kan eerstelijnszorg een bijdrage leveren aan de houdbaarheid van de zorg in 2020?

Deelvragen:

- 1 Welke ontwikkelingen beïnvloeden de zorgvraag?
- 2 Wat betekent dat voor de eerstelijnszorg?

⁴ B. Starfield, Leiyu Shi and James Macinko, Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly Vol 83, No. 3, 2005 pp 457-502.

⁵ World Health Organization, The World Health Report 2008. Primary health care, now more than ever.

-
-
- 3 Wat moet er veranderen in de eerstelijnszorg om deze toekomstbestendig te maken?

2 De vraag van morgen

2.1 Inleiding

De vraag naar zorg zal de komende 10 jaar drastisch veranderen. Dat is het gevolg van demografische ontwikkelingen, economische factoren, medisch- technische ontwikkelingen, gedrag en leefstijl en sociale ontwikkelingen. Daarnaast hebben wensen en verwachtingen van mensen met en zonder ziekte invloed op de ontwikkeling van de zorgvraag.

Wat zijn die veranderingen en welke conclusies zijn daaruit te trekken die van betekenis zijn voor de eerstelijnszorg?

2.2 Demografische ontwikkelingen

De zorgsector wordt geconfronteerd met de gevolgen van dubbele vergrijzing: de levenverwachting neemt toe⁶ en het aantal chronische patiënten neemt toe met als gevolg compressie en expansie van ongezondheid in de laatste levensjaren.

Oudere mensen met een aandoening hebben in bijna de helft van de gevallen minstens nóg een aandoening. Bij 75+ heeft een kwart te kampen met 4 ziekten of meer.⁷

Het gevolg is stijging van de zorgkosten. De top tien van sterkste kostenstijgers tussen 2010 en 2020 (procentueel per jaar) bestaat uit chronische en ouderdomsziekten zoals beroerte (2,22% p.j.), hartfalen (2,44% p.j.), dementie (2,51 % p.j.) en de ziekte van parkinson (2,57% p.j.)⁸. Chroniciteit is niet meer alleen voorbehouden aan ouderen. Ook onder jongeren en jongvolwassenen vindt een verschuiving plaats van enkelvoudige episodische aandoeningen naar chroniciteit. Dat is zichtbaar aan de top vijf van ziekten voor 2020⁹:

1. coronaire hartziekten
2. beroerte
3. angststoornissen
4. diabetes longkanker

⁶ Achtergrondstudie RIVM 2010.

⁷ Gezondheid en zorg in cijfers 2009, CBS p. 71.

⁸ Achtergrondstudie RIVM, tabel 2.6.5: de rangorde van deze tabel is gebaseerd op een demografische projectie van de kostenverdeling van 2005, toegepast op de kosten van 2007.

⁹ Achtergrondstudie RIVM, tabel 2.5.2.

Het gevolg van deze ontwikkelingen is dat de vraag naar zorg zal veranderen. Al op jongere leeftijd zal het niet meer alleen gaan om curatie, maar vooral om behoud van kwaliteit van leven en het draaglijk maken van beperkingen door bijvoorbeeld maatschappelijke ondersteuning.

2.3 Sociaal- economische gezondheidsverschillen (SEGV)

Mensen met een hoge sociaal economische status (SES) zijn doorgaans gezonder dan mensen met een lage status. Opleidingsniveau is daarbij belangrijker dan inkomen. De relatieve ongezondheid van lager opgeleiden wordt onder andere veroorzaakt door een trager tempo van aanpassing van gedrag aan nieuwe gezonde inzichten (zoals stoppen met roken). De groep hoger opgeleiden doet minder vaak een beroep op de huisarts en maakt sneller gebruik van preventieve voorzieningen. Zij zijn beter op de hoogte van het verband tussen leefstijl en gezondheid en stellen vaker op preventie gerichte zorgvragen. Mensen met een hoger opleidingsniveau zijn daarnaast beter in staat adequaat gebruik te maken van zorg- en welzijnsvoorzieningen en zij vinden sneller de weg in het woud van deze voorzieningen dan minder hoog opgeleiden.¹⁰ In de praktijk blijkt dat daarom voorzieningen bedoeld voor lager opgeleiden veelal gebruikt worden door hoger opgeleiden. Een voorbeeld daarvan is het dubbele consult bij de huisarts dat bedoeld is voor mensen die moeite hebben met het verwoorden van hun klachten¹¹.

Dus hoewel lageropgeleiden meer zorgvragen hebben en meer gebruik maken van zorg, zijn zij minder in staat tot het adequaat benutten van het zorgaanbod. Niet alleen de zorgvraag is dus van belang, maar ook de beschikbare competenties die nodig zijn voor het zoeken van hulp. De eerstelijnszorg staat dicht bij de zorgvrager en zijn omgeving en is in staat de SEGV's te duiden in relatie tot de individuele zorgvrager.

2.4 Gedrag en leefstijl

Steeds meer aandoeningen hangen samen met het consumptiegedrag. Een deel van de zorgvragen is gedragsgerelateerd. Denk aan chronische aandoeningen zoals gehoorsproblematiek

¹⁰ Centraal Bureau voor statistiek.

¹¹ Nivel.

(Mp3-spelers), gewrichtsproblematiek en mobiliteit (gewicht) en hoge bloeddruk (roken, bewegen). Curatief ingrijpen is dan geen oplossing. Wel is het mogelijk deze ziekten te voorkomen of de gevolgen ervan te beperken door het hanteren van een andere leefstijl. Ongezonde gedragingen komen systematisch vaker voor onder mensen met sociaal-lagere posities. Een beroep op de vrije keuze alleen zal daarom niet voldoende werken¹².

De verwachting is dat de toekomstvragen van burgers over leefstijl en het voorkomen van ziekten toe zullen nemen.

2.5 Beïnvloeding van keuze

De afgelopen decennia werd uitgegaan van de mens die rationeel zijn keuzen kan maken, de homo economicus. Steeds duidelijker wordt nu dat de mens zich niet gedraagt zoals wordt verondersteld in de rationele keuzetheorie.

Zorgvragen en daaruit voortkomende keuzen worden niet alleen beïnvloed door belangrijke achtergrondkenmerken van de patiënt zoals opleidingsniveau en sociale omgeving, maar ook door heersende waarden, behoeften en verwachtingen over ziekte en zelfredzaamheid.¹³

Groenewoud komt in zijn proefschrift 'It's your choice!' tot deze conclusie. De specifieke situatie van een patiënt beïnvloedt zijn keuze: de aard, fase en ernst van de aandoening en de levenshouding bepalen mede zijn keuze¹⁴.

Uit onderzoek naar het keuzeproces rond de keuze van een zorgverzekering¹⁵ komt naar voren dat informatie belangrijk is

¹² Gezond? Dan ben je vast niet arm. J. Mackenbach, De Volkskrant, het betoog, 17 januari 2009.

¹³ Dit sluit aan op het model van Lalonde waarin de gezondheidstoestand opgevat wordt als de uitkomst van een multicausaal proces met diverse determinanten. Lalonde M., A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

¹⁴ It's your choice!, A study of Search and selection processes and the use of performance indicators in different patient groups., A.S. Groenewoud, 2008.

¹⁵ Kiezen voor een zorgverzekering: kwalitatief onderzoek naar het keuzeproces van zorgconsumenten, B.A.M. Hesselink, L. Henneman, D.R.M. Timmermans, TSG jaargang 87, nummer 7 (2009) p. 311-317.

voor het maken van de meest passende keuze. Door zorginformatie specifiek toe te snijden op de situatie van de klant versterkt zijn rol als kritisch zorgconsument in een concurrerende zorgmarkt. Zorgvragers zijn vaak niet op de hoogte van alle informatie die nodig is om tot keuzen te komen en ze betrekken niet altijd alle beschikbare informatie in hun keuzen¹⁶. Dat leidt tot andere zorgvragen dan vanuit het zorgaanbod wordt verwacht en tot zorgvragen die niet altijd tot gezondheidswinst leiden voor de zorgvrager. Om adequate zorg te kunnen leveren moeten zorgprofessionals inzicht krijgen in de drijfveren achter de keuzen van de zorgvrager. Zij zijn dan in staat om passende informatie te geven op basis waarvan een zorgvrager zijn keuzen kan maken.

2.6 (Bio) technologische ontwikkelingen

Versillende technologische ontwikkelingen hebben gevolgen voor de zorgvraagontwikkeling.

1. Ontwikkelingen die er aan bijdragen dat zorg minder tijd- en plaatsgebonden is. Denk daarbij aan domotica-ontwikkelingen waardoor ouderen veel langer thuis kunnen blijven functioneren. Ook handelingen die nu nog in centra plaatsvinden, kunnen met e-health-applicaties ook thuis door de zorgvrager zelf worden uitgevoerd. Denk aan het vaststellen van bloedwaarden die de zorgvrager opstuurt naar de zorgverlener. Het consult kan zich daarvoor richten op de kern van het zorgprobleem.
2. Een andere belangrijke ontwikkeling is gezondheid 2.0: internet wordt niet meer alleen gebruikt om informatie te krijgen, maar steeds meer internetgebruikers geven zelf zorg informatie. Zorgvragers spelen een actieve rol in hun eigen zorg. Ze nemen deel aan sociale netwerken en worden hierdoor geholpen om ziekte te voorkomen, om weer gezond te worden of om te leren omgaan met een aandoening of beperking. Zorgvragers krijgen hiermee meer mogelijkheden om regie over hun eigen gezondheid te voeren, daarbij geholpen door een netwerk van zorgverleners en lotgenoten. Het leidt tot een andere arts-patiëntrelatie, waarbij zowel de arts als de zorgvrager baat heeft: de zorgverleners krijgt een geïnformeerde patiënt

¹⁶ WRR publicatie De menselijke beslisser, over psychologie van keuze en gedrag (2009)

tegenover zich aan wie hij niet de meest basale zaken hoeft uit te leggen.

3. Steeds meer diagnostiek en behandeling die vroeger in het ziekenhuis moesten worden uitgevoerd, kunnen door technische ontwikkelingen in een minder complexe omgeving plaatsvinden. Waar deze zorg wordt geleverd en door wie verandert hiermee. Zorgverleners in de eerstelijnszorg kunnen veel taken van het ziekenhuis overnemen.
4. Technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen leiden tot een toename van het screeningsaanbod¹⁷. Screening kan de samenleving een gezondere bevolking opleveren omdat meer behandelbare ziekten in een vroeg stadium worden opgespoord. Bovendien kan screening mensen bewust maken van de gezondheidsrisico's die zij lopen. Er zijn ook bedreigingen. Screening kan ook leiden tot ongewenste medicalisering. Voor de eerstelijnszorg betekent de ontwikkeling van het screeningsaanbod dat er meer vraag naar preventieve zorg zal komen.

2.7 Van generalistisch naar specialistisch

Er is een ontwikkeling zichtbaar van generalistische naar specialistische zorg. (Super)specialisatie wordt gestimuleerd door de toenemende mogelijkheden op medisch, (bio)technologisch- en opleidingsgebied. Er komen meer medische specialisten die zich op één deelgebied verder specialiseren. Ook steeds meer huisartsen gaan zich specialiseren op één of twee aandoeningen. Naast specialisatie binnen een beroepsgroep ontstaan er nieuwe beroepen. In de eerstelijnszorg komen steeds meer praktijkondersteuners en gespecialiseerd verpleegkundigen.

Specialisatie heeft een keerzijde. Specialistische zorg wordt nogal eens verward met 'de beste zorg' en krijgt daarmee - onterecht - een hogere status dan generalistische zorg. Dat wordt onder andere zichtbaar in de discussie of een SEH-arts zichzelf een medisch specialist mag noemen of niet¹⁸. Te veel nadruk op (deel) specialisme is een gevaar voor een effectieve

¹⁷ Screening en de rol van de overheid, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag 2008

¹⁸ Medisch contact, 12 november 2009, 64, nr. 46, p. 1919.

aanpak van multimorbiditeit. Multimorbiditeit vraagt om een helicopterview op de patiënt. Als een generalistische benadering ontbreekt komt de zorg in de knel.

2.8 Verwachtingen

Wat verwacht de patiënt van zorg en specifiek van zorg in de eerste lijn? Uit diverse onderzoeken¹⁹ komende dezelfde resultaten:

1. Er zijn grote verschillen tussen zorgvragers en hun wensen en verwachtingen. Burgers verwachten dat de zorgverlener daar oog voor heeft.
2. Burgers willen dat zorg zo dicht mogelijk bij huis, direct toegankelijk en veilig is. Het telefonische of digitale consult wordt vooral nog gebruikt voor aanvullende informatie, maar neemt sterk toe.
3. Burgers hebben graag één aanspreekpunt dat coördineert, begeleidt, adviseert en informeert: een casemanager. Dit aanspreekpunt hoeft niet per definitie de huisarts te zijn.
4. Van de huisarts wordt vooral verwacht dat deze onderzoek verricht, de diagnose stelt, uitleg geeft over de betekenis van de klacht en de klacht behandelt. Hij heeft een goed gevoel voor pluis-niet pluis en verwijst door als dat nodig is.²⁰
5. Zorgvragers zijn van mening dat de volgende taken ook door een verpleegkundige of een nurse practitioner kunnen worden uitgevoerd: het geven van voorlichting, het geven van instructie bij gebruik van geneesmiddelen, periodieke controle uitvoeren zoals bloedwaarden meten, eenvoudige handelingen zoals het verwijderen van hechtingen en het geven van preventieve zorg zoals hulp bij stoppen met roken en dieetadvies²¹.
6. Burgers hebben graag keuze van zowel behandelaar als van behandeling. Daarnaast heeft men behoefte aan flexibiliteit bijvoorbeeld door zorg buiten kantooruren.

¹⁹ Langs de eerste lijn, Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van eerstelijnszorg, ARGO Rijksuniversiteit Groningen Juni 2004.

Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. NPCF 2007.

²⁰ Achtergrondstudie rapportage zorgbehoefte, NIVEL januari 2010.

²¹ Achtergrondstudie rapportage zorgbehoefte, NIVEL januari 2010.

7. Burgers verwachten in de eerste lijn naast het bestaande pakket aan zorg, hulp bij zelfmanagement en preventieve zorg.

2.9 Conclusie

De komende tien jaar kunnen de volgende veranderingen in de vraag worden verwacht.

- Er komt een toename van complexe zorgvragen door toename van multimorbiditeit.
- De vraag naar preventieve zorg neemt toe, zowel preventieve zorg ter voorkoming van ziekten als ter vermindering van de gevolgen van ziekte.
- De mondige patiënt vraagt een pallet aan mogelijkheden die via begrijpelijke informatie daadwerkelijk toegankelijk worden. Er komt meer behoefte aan ondersteuning bij zelfmanagement.
- Vragen over ondersteuning bij het leven met een beperking komen meer centraal te staan. Zorggerelateerde vragen raken steeds meer verweven met vragen op het gebied van welzijn, participatie, arbeid en wonen.

De vraag naar zorg dicht bij en in huis neemt toe. Men wil zorg aangepast aan de persoonlijke situatie. Technische ontwikkelingen maken dat mogelijk.

3 Eerstelijnszorg wordt meer dan medische zorg

3.1 Wat betekent verandering in de zorgvraag voor de eerstelijnszorg?

De bestaande aanbodgerichte oriëntatie en scherpe echelonnering van preventieve zorg, eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg passen niet bij een vraag die divers en complex is en verder reikt dan zorg alleen. De definitie van de eerstelijnszorg zoals door de Gezondheidsraad in 2004 is geformuleerd is niet meer toereikend omdat deze puur gericht is op zorg of zorggerelateerd.²² Uit de vraaganalyse blijkt dat er behoefte ontstaat aan gerichte ondersteuning op een breder spectrum: behoud, bevordering en bescherming van gezondheid en zorg. Naast aan zorg gerelateerde, diagnose, behandeling, verwijzing en preventie gaat het ook om populatiegerichte preventie (gemeentelijke zorg), nazorg en maatschappelijke ondersteuning. De term die we verder zullen hanteren voor het geheel aan functies die nodig zijn om te voldoen aan de primaire vraag naar bevordering, behoud en bescherming van de gezondheid en zorg is “primaire gezondheidsondersteuning”. Wat is nodig om primaire gezondheidsondersteuning naar de behoeften van de zorgvrager te laten functioneren?

3.2 Samenhang

Naarmate diversiteit en multimorbiditeit toenemen, is er meer behoefte aan overzicht en samenhang. Primaire gezondheidsondersteuning behelst zowel generalistische monodisciplinaire zorg als multidisciplinaire zorg. Specialistische zorg wordt via consultatie naar de primaire gezondheidsondersteuning gehaald. Ook in de primaire gezondheidsondersteuning kan specialisatie optreden. Uit de zorgvraaganalyse blijkt dat bepaalde aandoeningen binnen groepen zorgvragers veelvuldig voorkomen waarvoor specifieke zorg gewenst is. Denk bijvoorbeeld aan ouderen en dementie. Om aan deze zorgvraag tegemoet te

²² Eerstelijnszorg is algemene medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging, niet gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en aan deze vormen van zorg gerelateerde preventie en voorlichting.

komen specialiseren zorgverleners zich op deelgebieden: de fysiotherapeut die specifieke programma's aanbiedt voor COPD patiënten en de huisarts die zich specialiseert in ouderengeneeskunde of diabeteszorg; de gespecialiseerd verpleegkundigen en nurse practitioners. Het is belangrijk dat zij de kennis en kunde beschikbaar stellen aan elkaar. Daarnaast zijn bij de primaire gezondheidsondersteuning paramedici betrokken zoals de fysiotherapeut, de diëtist, de logopedist en de verloskundige.

Primaire gezondheidsondersteuning is dus steeds meer een zaak van meerdere disciplines en subdisciplines. Om optimale zorg te kunnen leveren is samenhang en samenwerking daarom onontbeerlijk. Om het zorgproces rondom de zorgvrager te organiseren is dus regie nodig²³. Er is grote behoefte aan medisch inhoudelijke regie *en* aan organisatorische regie.

Gezien de groei van chronische ziekten en de noodzakelijke verschuiving van aandacht voor ziekte naar aandacht voor kwaliteit van leven, wordt samenhang met voorzieningen buiten het traditionele zorgdomein belangrijker. Zorgvragen raken vervlochten met vragen op het gebied van preventie, welzijn, ondersteuning, participatie en arbeid. Om daarop te kunnen anticiperen, is verbinding noodzakelijk tussen eerstelijns zorgverleners, zorgverleners die uitvoering geven aan de publieke gezondheid en arbeidsgeneeskundige zorg en professionals buiten het traditionele zorgdomein: politie, onderwijs en huisvesting.

3.3 Wijkgerichte zorg

Primaire gezondheidsondersteuning is laagdrempelig en gericht op de mens in zijn omgeving. Primaire gezondheidsondersteuning zal zich daarom moeten oriënteren op de wijk en zijn populatie. De nadruk op wijkgerichte zorg heeft twee redenen.

1. Doelmatigheidsoverwegingen: technologische ontwikkelingen dragen bij aan een verschuiving van zorg uit de traditionele – dure - tweedelijns instellingen naar de – goedkope - eerste lijn.
2. Verschillen in levensverwachting zijn te verklaren vanuit biologische factoren, maar ook door een complex van so-

²³ Dit beeld wordt door de minister in zijn brief 'de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging' nog eens bevestigd. TK 29 247, nr. 88.

ciaal economische factoren²⁴. Het belang van de relatie van leefomgeving met gezondheidsbevordering wordt daarmee onderstreept²⁵. Inzicht in de wijkgebonden populatie en de daarbij behorende epidemiologie verbetert daarom de mogelijkheid tot het verlenen van adequate zorg. De huisarts en gemeentelijke diensten vervullen een signalerende functie omdat beide aanspreekpunt zijn voor burgers uit de wijk en zodoende goed inzicht hebben in wat er zich in de wijk afspeelt. Gezamenlijk hebben zij kijk op zorgvragen en problemen op het terrein van jeugd, welzijn, participatie, ouderdom, eenzaamheid en sociaal isolement. Verbinding tussen zorg, welzijn, participatie, werk en inkomen op wijkniveau is daarmee een vanzelfsprekende stap naar meer vraaggerichte dienstverlening.

3.4 Preventie, leefstijl en gedrag

Gedrag en leefstijl kunnen invloed hebben op zowel het ontstaan als op regressie van ziekten. De toename van chronisch zieken maakt de behoefte aan een passend preventiebeleid nog meer zichtbaar. Gelet op de factoren die bepalend zijn voor ongezondheid is het voor een effectief preventiebeleid noodzakelijk nieuwe verbindingen te leggen²⁶. Verbindingen moeten worden gelegd tussen gedrag, leefomgeving, curatieve zorg, publieke gezondheid en arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

De zorgprofessional heeft kennis over zowel individuele gezondheidsrisico's als over preventieve interventies. Deze kennis wordt momenteel vooral benut bij geïndiceerde preventie. De kennis van de zorgprofessionals kan echter ook van groot nut zijn in het kader van de publieke gezondheidszorg gericht op groepen met verhoogd risico (selectieve preventie)²⁷. Gemeenten zijn op grond van de Wet publieke gezondheid verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg. Nauwe samenwerking tussen de publieke gezondheid en de primaire gezondheidsondersteuning draagt bij aan een effectiever preventiebeleid.

²⁴ Preventiebeleid voor de volksgezondheid TK 2008–2009, 22 894, nr. 209

²⁵ Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) «Gezond Gedrag Bevorderd»

²⁶ TK 2007-2008, 22894, nr. 134.

²⁷ TK 2008–2009, 22 894, nr. 209.

3.5 Taakherschikking, taakdifferentiatie en verplaatsing van werkzaamheden

De houdbaarheid van de bestaande taakverdeling in de primaire gezondheidsondersteuning staat onder druk door de veranderende en stijgende zorgvraag en toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Voor de primaire gezondheidsondersteuning betekent de toenemende zorgvraag een verwachte stijging van de behoefte aan huisartsenzorg van tussen de 13% en 20%²⁸. De vraag is of uitbreiding van de huisartsencapaciteit een adequaat antwoord is op de veranderende zorgvraag. Slimmer omgaan met de beschikbare capaciteit en kunde van zorgprofessionals draagt waarschijnlijk meer bij aan primaire gezondheidsondersteuning die kwaliteit en capaciteit biedt die past bij de toekomstige zorgvraag. Bovendien draagt het bij aan carrièreperspectief voor werkers in de zorgsector.

Slimmer omgaan met capaciteit en kunde betekent:

1. Adequate eerste opvang van vragen rond zorg, psychosociale problemen, maatschappelijke opvang, ondersteuning en preventie. In Groningen leidt vroegtijdige inzet van de sociaal psychologisch consulent bijvoorbeeld tot afname van de druk op de huisarts.
2. De zorgvrager zo snel mogelijk naar de juiste zorgprofessional geleiden. Dat kan door snelle verwijzing van zorgvragers naar de meest passende zorgverleners en door directe toegankelijkheid van (paramedische) zorgprofessionals.
3. Meer en snellere specialistische consultatie in de eerste lijn. Mogelijkheden hiervoor zijn spreekuren van specialisten in de eerste lijn en consultatie via het internet.
4. Gebruik maken van de variëteit aan opleidingen in de zorg. Leidraad moet zijn: laat de professional doen waar hij voor is opgeleid. Naast taakherschikking en taakdifferentiatie moeten de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden aangepast.
5. Om doelmatigheidswinst te behalen is tot slot substitutie nodig, uitruil van formatie van arts naar ondersteuner of caseload verhoging van de arts nodig. Dat gebeurt nu nog nauwelijks²⁹.

De kennis en kunde van (gespecialiseerd) verpleegkundi-

²⁸ Nivel RIVM: op een lijn, 2005, pag. 87.

²⁹ Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis, Prismant december 2009, p. 7.

gen en praktijkondersteuners wordt dan veel beter benut. Uit onderzoek blijkt dat de inzet van beide professionals in één praktijk kan leiden tot een tijdsbesparing van 18 % voor de huisartsen!³⁰ Vooral de reguliere zorg voor chronisch zieken is altijd een mix van care, cure, periodieke herindicatie en preventie. De zorg na diagnose en behandeling kan door verpleegkundig specialisten worden overgenomen.

6. Om mensen in staat te stellen hun chronische ziekte zo goed mogelijk in het leven in te passen en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te behouden is adequaat 'zelfmanagement' essentieel. Een vorm van zelfmanagement is bepaalde handelingen zelf uitvoeren en verwerken. Technische ontwikkelingen maken dat steeds meer mogelijk. Denk aan het meten van suikerspiegel en cholesterolwaarden.

3.6 Een andere relatie tussen ziekte, zorgvrager en professional

De veranderende zorgvraag vraagt om een andere relatie tussen ziekte en zorgvrager en tussen zorgvrager en zorgprofessional.

1. Ziekte en zorgvrager
Ziekte maakt onderdeel uit van het leven van de zorgvrager. Net als met andere aspecten die het leven van de zorgvrager raken, kan hij zelf bijdragen aan de inpassing van zijn ziekte in zijn leven. Zelfmanagement kan de zorgvrager daarin ondersteunen. De primaire gezondheidsondersteuning heeft het overzicht op de ziekte en de gevolgen en daarom is hulp bij zelfmanagement bij uitstek een taak die in de primaire gezondheidsondersteuning een stevige plek moet krijgen.
2. Zorgvrager-zorgprofessional
Een multidisciplinaire benadering van ziekte betekent voor de zorgprofessional dat hij nadrukkelijk oog heeft voor de gevolgen van ziekte in het dagelijks leven van de zorgvrager. Een zorgprofessional hoort daar zijn behandeling op aan te passen.

³⁰ Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician assistant, UMC Utrecht, december 2008, pag. 22.

De zorgvrager wil inzicht in de mogelijkheden en beperkingen die er zijn. Hij wil keuzen maken die passen bij zijn persoonlijke situatie. Hij vraagt om begrijpelijke informatie, op een begrijpelijke manier uitgelegd. De urgentie van goede zorgvraaganalyse en interpretatie neemt hiermee toe.³¹ De relatie tussen zorgvrager en zorgprofessional is er een van zorgvrager en adviseur. In de eerder door de RVZ uitgegeven rapportage 'geven en nemen in de spreekkamer' worden hiervoor aanbevelingen gegeven³².

3.7 Conclusie

Veranderingen in de zorgvraag vragen om veranderingen in het zorgaanbod en de organisatie van primaire gezondheidsondersteuning. Om gezondheidsondersteuning te bieden is het volgende nodig:

- onderlinge samenhang tussen zorgprofessionals: positionering van verschillende beroepsgroepen en specialisaties naast elkaar;
- wijkgerichte aanpak van zorg,
- zorg gecombineerd met leefstijlprogramma's en
- inzetten op gedragsverandering en preventie,
- samenwerking met gemeenten,
- het stimuleren van zelfmanagement bij zowel zorgvrager als zorgprofessional.

³¹ Phaxx 1/2004, 1 Geven en nemen voor een effectieve behandeling, Hans Rohlof.

³² Geven en nemen in de spreekkamer, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag 2009.

4 primaire gezondheidsondersteuning in beleid

In het vorige hoofdstuk is ingegaan op de vraag wat er nodig is om primaire gezondheidsondersteuning te laten aansluiten op de behoeften van zorgvragers. *Wat is er aan beleid nodig om het volgende te kunnen realiseren:*

- onderlinge samenhang tussen zorgprofessionals en positionering van verschillende beroepsgroepen en specialisaties naast elkaar zodat; in een vroeg stadium de juiste zorg wordt verleend door de juiste zorgverlener;
- wijkgerichte aanpak van zorg;
- zorg gecombineerd met leefstijlprogramma's en inzetten op gedragsverandering en preventie;
- samenwerking met gemeenten;
- het stimuleren van zelfmanagement bij zowel zorgvrager als zorgprofessional.

4.1 Samenhang vraagt een andere strategie

In hoofdstuk 3 werd duidelijk dat samenhang en samenwerking onmisbaar is bij een steeds complexere zorgvraag waar steeds meer zorgverleners bij betrokken zijn. De kwaliteit van de zorg in de toekomstige primaire gezondheidsondersteuning wordt niet meer uitsluitend bepaald door de individuele prestaties, maar juist door de samenhang van de prestaties³³. Soms zijn er meer dan vier zorgprofessionals betrokken die alleen gezamenlijk aan de zorgbehoefte van de zorgvrager kunnen voldoen. Dat vraagt om een netwerkstructuur in plaats van de lineaire structuur die is gebaseerd op de oude beroepsstructuren: de zorgvrager gaat naar de huisarts met zijn algemene klacht en wordt vervolgens, indien nodig, doorgestuurd naar de volgende zorgprofessional. Als die klaar is wordt de zorgvrager terug verwezen naar de huisarts en stuurt de huisarts hem weer verder door. Deze manier van werken leidt tot informele hiërarchische verhoudingen tussen de verschillende professionals. De zorgvrager weet ook niet anders dan dat deze hiërarchie er is en dat beeld wordt versterkt door het overheidsbeleid: de huisarts is de poortwachter; een DBC kan

³³ De kwaliteit van netwerken wordt bepaald door samenhang: Porter, 1985.

alleen geopend worden door de huisarts en de zorgvrager heeft een verwijzing nodig van de huisarts voor de vervolgzorg. De verantwoordingsrelaties in de primaire gezondheidsondersteuning versterken deze relaties. Zorgprofessionals worden afge-rekend op de voor hen geldende procedures en regels in plaats van op het gezamenlijke resultaat. Echter, hiërarchie alleen kan de omgang met de complexiteit die karakteristiek is voor het functioneren van netwerken, niet aan.³⁴ Voor effectieve netwerken is iets anders nodig. In netwerken gaat het om geza-menlijkheid, gelijkwaardigheid, afhankelijkheid, integraliteit en vertrouwen. De zorgvrager is partner in het proces rond zijn zorg. Daar hoort een systeem bij dat gebaseerd is op elkaar vertrouwen, partnership en controle op afstand.

De overheid heeft veel initiatieven op gang gebracht om sa-menhang en samenwerking te stimuleren. De ontwikkeling van zorgstandaarden,³⁵ functionele bekostiging en het stimuleren van samenwerkingsinitiatieven door middel van subsidies en projectgelden zijn voorwaarden voor het ontstaan en de ont-wikkeling van samenwerkingsverbanden in de primaire ge-zondheidsondersteuning. Ze bepalen echter maar ten dele het eindresultaat daarvan.³⁶ Het eindresultaat wordt mede bepaald door de intrinsieke motivatie van professionals op de werk-vloer. Teveel beleidsinitiatieven en bestuurlijke druk verminde-ren deze motivatie en hebben een negatief effect op het be-oogde resultaat. Samenwerking is niet programmatisch als een traditioneel beleidsconcept uit te rollen over betrokken partij-en. Er ontstaan dan weliswaar gebouwen en samenwerkings-verbanden op papier, maar daarbinnen werkt men nog steeds langs elkaar heen. Naast het ingezette beleid is het daarom nodig een strategie te hanteren met als uitgangspunt het ver-diepen van de reeds bestaande verbanden en relaties. De over-heid kan dat stimuleren door maatschappelijke opgaven meer

³⁴ Prof. Roel in 't Veld, Bekwame burger redt democratie, Binnenlands bestuur, augustus 2009.

³⁵ Een zorgstandaard bevat alle zorg die nodig is om een bepaalde ziekte te kunnen managen: preventieve zorg, diagnostiek, herstel en nazorg; geleverd door zowel de huisarts, de medisch specialist en andere zorgverle-ners. De betrokken zorg beperkt zich niet meer tot één echelon.

³⁶ Proefschrift: Samenwerking in de publieke dienstverle-ning, ontwikkelingsverloop en resultaten, dr. P.J. van Delden, augustus 2009.

concreet te maken en betrokken partijen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid.

4.2 Contraproductief beleid aanpassen

Een aantal beleidsmaatregelen werken contraproductief op de beoogde samenwerking en op het streven naar optimalisatie van de inzet van de meest passende behandelaar. Aanpassing op de volgende onderdelen is nodig.

Functionele beschrijving van primaire gezondheidsondersteuning

Zolang te verzekeren prestaties gekoppeld zijn aan beroepsbeoefenaren, zal daadwerkelijke taakherschikking moeizaam gerealiseerd kunnen worden. De trend naar specialisatie, het ontstaan van nieuwe beroepen, technologische ontwikkelingen: het draagt allemaal bij aan taakherschikking en functiedifferentiatie.

Multidisciplinaire samenwerking wordt beperkt omdat de Zorgverzekeringswet (Zvw) geen functionele beschrijving geeft van de primaire gezondheidsondersteuning. Artikel 10 van de Zvw zoemt in op welke risico's de zorgverzekering dekt. Hieronder valt de behoefte aan geneeskundige zorg waaronder de integrale eerstelijnszorg (primaire gezondheidsondersteuning) zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden (artikel 10 Zvw). Onder plegen te geschieden wordt verstaan: de interventie maakt deel uit van de beroepspraktijk van een zorgaanbieder. In het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) wordt de inhoud en de omvang van de te verzekeren prestaties verder uitgewerkt maar ook hierin wordt nog verwezen naar beroepsbeoefenaren (artikel 2.4 Bzv).

Belemmeringen substitutie opheffen

Substitutie naar de primaire gezondheidsondersteuning draagt bij aan doelmatigheid in de zorg. De bestaande systematiek van functionele bekostiging belemmert op een aantal punten substitutie.

1. Verzekeraars contracteren de hele keten DBC bij een zorggroep.³⁷ De zorggroep onderhandelt met de verschil

³⁷ Een zorggroep is een organisatie waarbinnen een groep zorgaanbieders zich in een juridische entiteit hebben verenigd om de zorgverlening op het gebied van één of meer (chronische) ziekten te verzorgen. Zij sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren

lende zorgverleners. Mogelijke substitutie wordt dus feitelijk bepaald door de zorggroep. Als de te verzekeren prestatie financieel gekoppeld is aan beroepsbeoefenaren vindt er geen substitutie plaats. Ook kan het gebeuren dat medisch specialisten en huisartsen vooraf afspraken maken over behandelingen gebaseerd op het verleden. Substitutie zal ook dan niet plaatsvinden.

In het contracteringssysteem met de zorggroep moeten prikkels worden ingebouwd om zo veel mogelijk substitutie te bevorderen.

2. Het feit dat sommige tarieven in de ene sector vrij zijn en in de andere sector gebonden zijn aan maximum tarieven belemmert substitutie. Tarieven dienen in alle sectoren op dezelfde wijze gewaardeerd te worden.
3. De verzekeraar heeft geen kostenvoordeel van het stimuleren van substitutie. Het leidt niet tot een verlaging van het DBC tarief en ook niet tot aanpassing van het ziekenhuisbudget. Dat laatste is wel mogelijk maar gebeurt in de praktijk niet.
Er moet een mogelijkheid komen om DBC tarieven aan te kunnen passen en verzekeraars moeten geprikkeld worden de budgetten van ziekenhuizen aan te passen.

Het hoofdbehandelaarschap van de patiënt is gekoppeld aan de behandelaar die kan declareren.³⁸ In het huidige systeem is het daarom voor verpleegkundigen niet mogelijk de rol van 'de door de patiënt gekozen behandelaar' op zich nemen. Om de verpleegkundige in het systeem van primaire gezondheidsondersteuning haar rol adequaat te kunnen laten vervullen, is het nodig dat verpleegkundigen ook DBC's kunnen openen. Vervolgens zouden DBC's overdraagbaar moeten zijn, net als de zorgvrager die overgedragen wordt aan een andere professional.

Aanpassen bekostigingsstructuur

De bestaande bekostigingsstructuur leidt soms tot dubbele bekostiging. Om dit te voorkomen, moet de inhoud van keten

en uit te voeren. (NZa, visiedocument functionele bekostiging).

³⁸ Hoofdbehandelaar: zorgaanbieder die de patiënt gekozen heeft als behandelaar voor de gedeclareerde zorg. (NZa, WMG).

DBC's eenduidig gedefinieerd worden. Dat is nu nog niet het geval.³⁹

4.3 Slimmer omgaan met capaciteit en kunde zorgprofessionals

Hulpvragen van zorgvragers lopen nogal uiteen. Niet elke hulpvraag van een patiënt hoeft een dokter te beantwoorden. Ook bij andere zorgprofessionals is veel deskundigheid aanwezig. Er zijn een aantal maatregelen nodig om er voor te zorgen dat al in een vroeg stadium de juiste zorg wordt verleend door de juiste zorgverlener en dat medicalisering van niet-medische problemen wordt voorkomen. Het volgende draagt daar aan bij.

1. Introductie van een laagdrempelige voorziening die onderdeel uitmaakt van de primaire gezondheidsondersteuning.

Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om het creëren van een extra zorglaag, maar om een andere opvang van een deel van de zorgvragen die nu vooral bij de huisarts terecht komt.

Het doel van een dergelijke voorziening is om burgers met vragen op het gebied van preventie, leefstijl, opvoeding, maatschappelijke ondersteuning, eenvoudige psychosociale vragen en vragen over werk en inkomen op een laagdrempelige manier hulp te bieden of naar de juiste hulp door te geleiden. De inzet van (gespecialiseerd) verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en consultatiebureaus voor jong en oud leidt tot verplaatsing van werkzaamheden die nu door de huisarts worden gedaan maar daar eigenlijk niet horen. Na een snelle triage kan de directe toegankelijkheid tot bijvoorbeeld de paramedische zorg bijdragen aan een snelle behandeling van duidelijke klachten. Niet medische klachten kunnen direct worden afgehandeld of er volgt een doorverwijzing naar de juiste instantie. Zorg en gemeente dragen samen bij aan deze voorziening.

Primaire gezondheidsondersteuning hoort in de wijk thuis, in het 'loopje' van de burger. Door middel van wijk en populatie analyse kan worden bezien op welke manier aan deze voorziening kan worden vormgegeven. In een wijk met veel jongeren en hoger opgeleiden is meer aandacht voor een virtuele voorziening, terwijl in een wijk met veel sociaal kwetsbaren waarschijnlijk meer outreached gewerkt zal worden.

³⁹ RIVM, experimenteren met de keten-dbc diabetes, de eerste zichtbare effecten, 2009, p. 11.

Een dergelijke opzet van primaire gezondheidsondersteuning draagt bij aan wijkgerichte laagdrempelige zorg en aan het optimaal benutten van de beschikbare expertise. Het zorgt voor aansluiting op gemeentelijke zorg en welzijnsactiviteiten en andere gemeentelijke voorzieningen. Het ontlast de huisartsenpraktijk zodat deze de toename van medische klachten in de toekomst aan kan.

2. Behoudt overzicht, maar wie?

De toekomstige zorgvragen met een multidisciplinair karakter vragen om coördinatie en overzicht in de primaire gezondheidsondersteuning. Binnen het bestaande krachtenveld doet de huisarts dat meestal. In de toekomstige primaire gezondheidsondersteuning is dat niet vanzelfsprekend. Nieuwe professionals gaan een rol spelen. De vraag is of een huisarts de coördinerende rol die nodig is voor optimale multidisciplinaire samenwerking moet (willen) vervullen. Huisartsen zijn in ieder geval nu nog niet opgeleid en geëquipeerd voor het vervullen van complexe coördinatie- en regietaken. Het is evident dat het medisch inhoudelijke overzicht onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Maar voor de coördinatie van verschillende vormen van zorg is een casemanager, een verpleegkundige, die intensief met de huisarts samenwerkt een meer voor de hand liggende oplossing.

3. Herziening functieopvatting zorgverleners primaire gezondheidsondersteuning.

Specialisatie en functiedifferentiatie vragen om heroriëntatie functieopvatting van zorgverleners in de primaire gezondheidsondersteuning. Steeds meer behandelingen kunnen vanuit een instelling naar de primaire gezondheidsondersteuning worden overgeplaatst. Denk aan delen van de ouderenzorg die door zowel de specialist ouderengeneeskunde uit het verpleeghuis in het gezondheidscentrum kan worden geleverd, als door de huisarts die zich heeft gespecialiseerd in ouderenzorg. Ook kleine medische ingrepen kunnen in de primaire gezondheidsondersteuning plaatsvinden. Stimulering van taakdifferentiatie en taakherschikking naar gespecialiseerd verpleegkundigen en nurse practitioners dragen daaraan bij.

De tendens naar specialisaties in de primaire gezondheidsondersteuning mag niet ten koste gaan van de aandacht voor generalistische zorg. De burger met een algemeen onduidelijk probleem heeft behoefte aan een professional met een brede blik: een generalist. Dat vraagt een ander profiel en andere capaciteiten en vaardigheden dan een specialist. Er moet daarom per verzorgingsge-

bied een afweging worden gemaakt of specialisme op consultatiebasis vanuit het ziekenhuis of instelling wordt ingebracht in de primaire gezondheidsondersteuning of dat gelet op de populatie van een wijk er meer behoefte is aan een generalist met een specialisme.

4.4 Preventie en leefstijl uit twee werelden verbinden

Leefstijlprogramma's en preventieactiviteiten die leiden tot gedragsverandering hebben het meeste effect wanneer burgers in een zo vroeg mogelijk stadium gestimuleerd worden. De collectieve preventie is de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Het richt zich op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering van de algemene bevolking en op risicogroepen in de bevolking via preventieprogramma's. Binnen de zorgsector richt men zich op de geïndiceerde preventie, bedoeld om ziekte te voorkomen van mensen die nog niet echt ziek zijn maar risicosymptomen of klachten hebben. Daarnaast richt de zorg zich op de mensen die al ziek zijn met het doel de ziektelast te reduceren en erger te voorkomen. Het gemeentelijk preventiebeleid heeft een populatiegerichte aanpak. Preventie in de zorg kent een individuele benadering. Beide benaderingen zijn nodig en kunnen elkaar versterken als zij op elkaar aansluiten. Er is dan echt sprake van primaire gezondheidsondersteuning. Op lokaal niveau worden reeds initiatieven ontplooid om gemeentelijke zorg en curatieve zorg te verbinden. Een programma als Big Move⁴⁰ is daar een voorbeeld van.

Beleidsmatig en financieel zijn preventie activiteiten van gemeenten en zorg nog twee gescheiden werelden. De beleidsmatige prikkels en stimuleringsmaatregelen in de primaire gezondheidsondersteuning zijn nog teveel alleen gericht op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De huidige disease-managementprogramma's starten op het moment dat de burger bij de huisarts komt. In de zorgstandaarden moet ruimte zijn voor een wijkgerichte benadering zodat collectieve preventie een plek krijgt in de primaire gezondheidsondersteuning.

⁴⁰ De 'Big' van Big!Move staat voor Beweging In Gedrag. De 'Move' doelt op een omslag. De Big!Move is gericht op gedragsverandering die een brugfunctie vormt tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de maatschappij door de wijkgerichte benadering.

De bekostigingsystematiek van preventieactiviteiten zal dan ook aangepast moeten worden. De kosten en baten van preventieactiviteiten slaan nu op verschillende plaatsen neer. Valpreventieactiviteiten worden door de gemeenten opgezet en gefinancierd, terwijl de opbrengsten zichtbaar worden in de AWBZ-zorg. Een preventiefonds zoals voorgesteld in de achtergrondstudie 'gezond gedrag en de zorgverzekering' biedt daarvoor een oplossing.

4.5 Zelfmanagement

De mogelijkheden van zelfmanagement worden nog onvoldoende benut. Het feit dat er wel een wegwijsfunctie⁴¹ voor de aanbieders van de primaire gezondheidsondersteuning wordt ontwikkeld, maar niet voor zorgvragers, zegt genoeg. Activeren van zelfmanagement bij patiënten en hun familie heeft op termijn een gunstig effect op het zorggebruik. De zorgvrager en zijn familie kunnen bijvoorbeeld een rol vervullen bij het luisteren en interpreteren van signalen van het eigen lichaam, bij het afwegen van gezondheidsaspecten bij alledaagse, algemene beslissingen en bij het bedenken van oplossingen indien de patiënt niet alles meer kan. Dat vraagt hulp bij het aanleren van deze vaardigheden en het inpassen daarvan in de dagelijkse routine. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat zelfmanagement zeker niet alleen voorbehouden is aan hoger opgeleide gemotiveerde mensen⁴².

Voor de professionals in de primaire gezondheidsondersteuning betekent zelfmanagement dat zij moeten leren hoe ze de zorgvrager daarin kunnen ondersteunen. In Amsterdam heeft de gemeente het initiatief opgepakt om professionals van GGD'en en ambtenaren die betrokken zijn bij de WMO te scholen in hoe zij hun cliënten kunnen stimuleren in zelfregie. Bij beleidsmakers en zorgprofessionals is daarover nog onvoldoende kennis.

Er wordt nog veel te weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheden die het internet biedt. Burgers kunnen door de komst van het internet veel meer zelf gaan doen aan hun gezondheid. Ontwikkelingen als gezondheid 2.0 geven zorgvragers de mogelijkheid keuzevaardigheden op te doen, mits zorgaanbieders

⁴¹ Zorgaanbieders krijgen daarin informatie over het aanbod in de omgeving ten behoeve van verwijzingen.

⁴² Eric Coleman, the care transition program, www.caretransitions.org

en beleidsmakers daar aan meewerken. De zorgprofessionals in de primaire gezondheidsondersteuning moeten veel meer gebruik maken van deze nieuwe technieken. Zij moeten daarin ondersteund worden door voorlichting over de mogelijkheden en de opbrengsten die dat ook voor hen met zich meebrengt. Ook de bekostigingssystematiek moet worden aangepast aan deze nieuwe vormen van zorgverlening.

4.6 Conclusie

Van eerstelijnszorg naar primaire gezondheidsondersteuning betekent van klacht en ziekte naar kracht en gezondheid. De hulpvragen van de burger van morgen neemt toe, zijn niet meer alleen gericht op zorg, complex en divers en overstijgen daarmee de grenzen van de huidige eerstelijnszorg. Deze zorgvraagontwikkeling vraagt om steeds weer andere samenwerkingscoalities van hulpverleners. Hulpvragen worden steeds breder: het gaat niet meer alleen om zorg maar om gezondheidswinst. Dat betekent aandacht voor preventie, leefstijl en gedragsverandering en (zorg)ondersteuning.

Bovenstaande ontwikkelingen hebben gevolgen voor de opvang van hulpvragen: eerstelijnszorg wordt primaire gezondheidsondersteuning.

Het huidige systeem van organisatie, wetgeving en bekostiging is daarvoor niet meer toereikend. De volgende veranderingen zijn nodig.

- De overheid schetst de kaders waarbinnen de primaire gezondheidsondersteuning zijn werk kan doen. De overheid maakt maatschappelijke opgaven meer concreet en spreekt partijen aan op hun verantwoordelijkheid. De bestuurlijke druk moet afnemen om intrinsieke motivatie tot samenwerking te kunnen stimuleren.
- Om substitutie te bevorderen moeten ook verpleegkundigen DBC's kunnen openen en deze moeten overdraagbaar worden naar andere behandelaars.
- In de Zorgverzekeringswet moet een functionele beschrijving van de primaire gezondheidsondersteuning worden opgenomen zodat deze niet gekoppeld is aan beroepsbeoefeningen.
- Er moet een laagdrempelige voorziening komen in de primaire gezondheidsondersteuning. Doel daarvan is niet-medische vragen direct naar de juiste hulpverlener te geleiden en burgers helpen met het vinden van de meest adequate hulp in hun persoonlijke situatie.

- Preventieactiviteiten van gemeenten en zorg worden op elkaar aangesloten. In zorgstandaarden worden daarom wijkgerichte kenmerken opgenomen. Er moet een preventiefonds komen voor de financiering van preventieactiviteiten.
- Zelfmanagement vraagt van zowel zorgvragers als zorgprofessionals scholing. De mogelijkheden van zelfmanagement via gezondheid 2.0 moeten veel meer gebruikt worden.