

NATIONALE STUDIE

naar ziekten en zorg in de

EERSTE LIJN

Een eerste schets

Liesbeth Meuwissen¹

Nancy Hoeymans²

François Schellevis¹

Robert Verheij¹

Dinny de Bakker¹

¹) NIVEL: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

²) RIVM: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

ISBN 97-8906-9058-542

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2729700

Fax 030 2729729

<http://www.rivm.nl>

info@rivm.nl

Telefoon 030 2749111

Fax 030 2742971

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT
RIVM, Postbus 1, 3720 BA BILTHOVEN

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUDSOPGAVE



	Kernpunten	5
1	Waarom dit initiatief	7
	1.1 Maatschappelijke opgaven	
	1.2 Veranderingen in de eerstelijnsgezondheidszorg	
	1.3 Nieuwe spanningsvelden	
2	De Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn	13
	2.1 Van huisarts naar brede eerste lijn	
	2.2 Op welke vragen gaat deze Nationale Studie antwoorden geven?	
	2.3 Integrale dataverzameling bij bevolking en zorgverleners	
3	Wat levert de Nationale Studie op voor verschillende gebruikers?	22
	3.1 Nationale overheid	
	3.2 Lokale en regionale partijen	
	3.3 Beroepsgroepen	
	3.4 Patiënten/cliënten	
	3.5 Zorgverzekeraars	
	3.6 Onderzoeksinstituten	
4	Hoe nu verder?	27
	4.1 Betrokkenheid van stakeholders tijdens de studie	
	4.2 Verspreiding van de resultaten	

Sterke eerste lijn als oplossing voor maatschappelijke uitdagingen

De gezondheidszorg staat voor grote maatschappelijke uitdagingen. De bevolking vergrijst, steeds meer mensen kampen met overgewicht en het aantal behandelmogelijkheden voor ziekten groeit. Hierdoor zal de zorgvraag toenemen en complexer worden en komt de gezondheidszorg onder druk te staan. De vraag is hoe het zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag, wat knelpunten zijn en hoe de zorg georganiseerd moet worden om ook in de toekomst goede en toegankelijke zorg te kunnen bieden. Het ministerie van VWS, patiëntenorganisaties en beroepsgroepen zijn het erover eens dat het antwoord gezocht moet worden in een sterke eerstelijnsgezondheidszorg. Er zijn dan ook veel initiatieven gaande om de eerstelijnszorg te versterken.

Hoe staat de eerste lijn ervoor?

Binnen de eerste lijn is al veel veranderd. Zo wordt binnen de huisartspraktijk de zorg steeds meer gedeeld tussen huisarts, assistente en praktijkondersteuner, wordt de avond-, nacht-, en weekendzorg op de meeste plaatsen vanuit centrale huisartsenposten verleend, is de fysiotherapeut vrij toegankelijk geworden en is een deel van de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg gedelegeerd naar gemeenten. Patiënten/cliënten krijgen meer keuzemogelijkheden en verzekeraars hebben meer invloed op het zorgaanbod. Om inzicht te krijgen in de betekenis van deze veranderingen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, hebben het NIVEL en het RIVM het initiatief genomen voor een *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* (NSE). Deze studie bouwt voort op de Eerste en Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Vanwege bovengenoemde ontwikkelingen en uitdagingen richt de studie zich niet langer alleen op de huisarts, maar op de brede eerstelijnsgezondheidszorg.

Is het zorgaanbod afgestemd op de zorgvraag?

De kern van de *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* is het onderzoek naar de afstemming van het zorgaanbod op de vraag naar zorg in de bevolking. De eerstelijnszorg zal doorgelicht worden vanuit veelvoorkomende gezondheidsproblemen en bijbehorende vragen naar zorg: acute problemen, problemen van het bewegingsapparaat, psychische problemen, zwangerschap en bevalling, geneesmiddelengebruik, chronische ziekten en problemen met het dagelijks functioneren. Per gezondheidsprobleem zullen we relevante zorgverleners in het onderzoek betrekken. Daarnaast kijken we ook naar vragen rondom gezond leven en preventie van ziekten.

KERNPUNTEN

Voor elk van deze gezondheidsproblemen beantwoorden we vier vragen:

1. Wat zijn de ontwikkelingen in gezondheid, ziekte en zorgvraag in de algemene bevolking? (trends, invloed van etnische en sociaal-economische diversiteit)
2. Hoe is de toegankelijkheid van de zorg? (zorggebruik, 'unmet needs', bereikbaarheid)
3. Hoe is de kwaliteit van de zorg? (professionele kwaliteit, communicatie, patiëntveiligheid, patiëntervaring)
4. Hoe is de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg? (rol van de zorgverleners, onderlinge afstemming en regie, onderlinge samenwerking en relatie met andere sectoren van de zorg, continuïteit vanuit patiëntenperspectief, wijkgerichte aanpak, aandacht voor preventie, rol ICT)

Hoe kan een nationale studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn een antwoord geven?

De kracht van de Nationale Studie zit in de integrale gegevensverzameling. De informatie wordt zowel bij zorggebruikers als bij zorgverleners verzameld, met enquêtes, interviews, registraties van contacten en video-opnames. Door ziekten en zorggebruik te vergelijken met de vorige nationale studies is het mogelijk trends te ontdekken. Deze studie zal veel input leveren voor nationale rapporten over gezondheid en gezondheidszorg en met deze studieopzet zal het mogelijk zijn gefundeerde aanbevelingen te doen voor de toekomst. De Nationale Studie kan hierdoor een belangrijke bijdrage leveren aan de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland.

WAAROM DIT INITIATIEF?

1

Het NIVEL en het RIVM treffen voorbereidingen voor een *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* (NSE). Centraal in deze studie staat de vraag naar gezondheidszorg in de bevolking en de afstemming daarop van de zorg door de huisarts, fysiotherapeut, apotheker, eerstelijnspsycholoog, verloskundige en thuiszorg. In dit eerste hoofdstuk beschrijven we het waarom van dit initiatief en gaan we kort in op relevante maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg. Ook beschrijven we de spanningsvelden die door de ontwikkelingen in de zorg ontstaan zijn. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de hoofdvragen die deze Nationale Studie wil beantwoorden en beschrijft in het kort de onderzoeksopzet. In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens in op wat deze Nationale Studie zal opleveren voor het ministerie van VWS en andere belangrijke partijen in de gezondheidszorg. Hoofdstuk 4 tot slot, geeft de vervolgstappen aan en een voorstel van de wijze waarop we de verschillende partijen zullen betrekken bij deze Nationale Studie.

1.1 Maatschappelijke opgaven

De gezondheidszorg staat voor grote maatschappelijke uitdagingen. De bevolking vergrijst, steeds meer mensen kampen met overgewicht en het aantal behandelmogelijk-

Tekstblok 1: Maatschappelijke ontwikkelingen

Grotere en complexere zorgvraag

- De vergrijzing van de bevolking
- Toename van het aantal mensen met chronische ziekten
- Toename van het aantal mensen met meerdere ziekten tegelijk (multimorbiditeit)
- Door medische ontwikkelingen/technologie kunnen meer ziekten behandeld worden en leven mensen langer, al dan niet met een chronische aandoening
- De zorgvraag verandert: dé patiënt bestaat niet (meer), grote diversiteit aan verwachtingen en vragen

Grotere druk op gezondheidszorg

- De groeiende (ervaren) werkdruk onder zorgverleners (zo is er sprake van een toenemend beroep op huisartsenzorg, intensivering van de contacten met mondige patiënten, met mensen met chronische ziekten, met mensen die langdurig thuis verpleegd/verzorgd worden)
- Een acuut dan wel dreigend capaciteitstekort bij diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg
- De roep van patiënten om een betere afstemming en continuïteit van zorg

heden voor ziekten groeit. Hierdoor zal de zorgvraag toenemen en complexer worden en komt de gezondheidszorg onder druk te staan (zie *tekstblok 1*). De vraag die hieruit voortkomt, is hoe het zorgaanbod aansluit bij de zorgvraag, waar knelpunten liggen en hoe de zorg georganiseerd moet worden om ook in de toekomst goede en toegankelijke zorg te kunnen bieden.

Gebaseerd op deze maatschappelijke ontwikkelingen ziet het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, 2006) zich gesteld voor een aantal 'maatschappelijke opgaven volksgezondheid en gezondheidszorg', die zij als volgt formuleert:

- Anticiperen op groeiende en veranderende zorgvraag
- Langer leven in gezondheid
- Houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid
- Grenzen aan zorg en omgaan met schaarste en risico's
- Versnellen van ontwikkeling en toepassing medische innovaties

Om aan deze maatschappelijke opgaven tegemoet te kunnen komen is een groot aantal veranderingen in de aansturing van de gezondheidszorg ingezet. Deze worden gekenmerkt door de volgende punten:

- Er is een nieuwe oriëntatie in de zorg gericht op vraagsturing in plaats van aanbodsturing.
- Door de invoering van het nieuwe zorgstelsel hebben verzekeraars in de organisatie van de zorg een belangrijkere positie gekregen dan voorheen en moeten individuele zorgverleners zoals huisartsen onderhandelingen voeren over zorgpakketten en tarieven.
- De nieuwe oriëntatie in de zorg gericht op 'gereguleerde marktwerking' vereist een grotere transparantie over het aanbod en de kwaliteit van de zorg om keuzemogelijkheden voor zorginkopers (de verzekeraars) en patiënten te vergroten.
- Er is een decentralisatie gaande waarbij lokaal ondernemerschap en het toesnijden van het zorgaanbod op de lokale situatie gestimuleerd wordt.
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) is ingevoerd en daarmee zijn gemeenten verantwoordelijk gesteld voor veel maatschappelijke zorg en voor de organisatie van de huishoudelijke hulp, voorheen een taak van thuiszorgorganisaties.

1.2 Veranderingen in de eerstelijnsgezondheidszorg

Inzetten op een goed functionerende eerstelijnsgezondheidszorg is een veelbelovende strategie om de gezondheidszorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Beleidsmakers, beroepsgroepen en patiëntenverenigingen zijn het er dan ook over eens dat oplossingen voor de toekomst gezocht moeten worden in een sterke eerstelijnsgezondheidszorg. De organisatie waarin de zorgverleners binnen de eerste lijn relatief onafhankelijk van elkaar kunnen opereren, zou daarin vervangen moeten worden door een geïntegreerde eerste lijn. In deze geïntegreerde eerste lijn werken zorgverleners op een transparante manier samen en is er duidelijkheid over de coördinatie en regie, taken en verantwoordelijkheden (Commissie Modernisering Eerste Lijn, 2002). Deze geïntegreerde eerste lijn zou de meeste vragen rondom gezondheid en ziekten moeten kunnen oplossen, dicht bij de mensen, op een goede, toegankelijke en betaalbare manier, door onderling goed samenwerkende professionals.

Als reactie op de ontwikkelingen in maatschappij en beleid, zijn er veel zaken aan het veranderen binnen de eerste lijn:

Veranderingen in de huisartsenzorg

De huisartsenzorg ontwikkelt zich van een huisartsenpraktijk naar een voorziening waarin meerdere zorgverleners onder toezicht van de huisarts samenwerken. In veel praktijken hebben praktijkassistenten de taak gekregen de patiëntenstroom te sturen en te bepalen welke zorgvrager door welke zorgverlener gezien wordt en wanneer (instroommanagement en triage). Nieuwe beroepen in de huisartspraktijk als praktijkondersteuners en nurse practitioners nemen een deel van de taken over die de huisarts traditioneel zelf uitvoerde en breiden die uit met bijvoorbeeld preventieve taken, educatie en voorlichting aan mensen met een chronische ziekte zoals diabetes mellitus of COPD.

De avond-, nacht-, en weekendvoorziening huisartsenzorg wordt op de meeste plaatsen verleend vanuit centrale huisartsenposten (HAP). Er wordt nog gezocht naar een goede afstemming van deze nieuwe voorziening met de ambulancedienst en de afdelingen spoedeisende hulp (SEH) van de ziekenhuizen.

Veranderingen in de regelgeving en het vergoedingensysteem hebben ertoe geleid dat andere zorgverleners of instanties zorg kunnen verlenen, die traditioneel door de huisarts werd verleend. Zo kunnen patiënten zonder verwijzing van de huisarts de fysiothe-

rapeut consulteren. Bedrijfsartsen en jeugdartsen (in sommige regio's) kunnen patiënten rechtstreeks verwijzen naar de tweede lijn, waardoor deze patiënten hun huisarts niet meer hoeven te consulteren voor een verwijzing. Ook zijn er initiatieven binnen de ketenzorg, waarbij ook andere instanties bepaalde zorgpakketten kunnen aanbieden, zoals speciale extramurale centra voor diabeteszorg.

Naast deze veranderingen die al in gang zijn gezet, zijn er ook nieuwe richtingen in de eerstelijnszorg. Zo wordt er over nagedacht hoe de eerstelijnszorg bij kan dragen aan effectieve preventie, hoe de eerste lijn zich meer dan nu kan richten op de wijk en hoe ICT een grotere rol kan spelen in de zorg. Deze onderwerpen staan hieronder toegelicht.

Meer aandacht voor preventie

Het grootste deel van de Nederlanders komt jaarlijks bij de huisarts of een andere eerstelijns hulpverlener. Zorgverleners in de eerste lijn staan dicht bij de patiënten en kennen hun gezondheid en risicoprofiel, een ideaal uitgangspunt om gezondheidsadvies op maat te geven. Deze mogelijkheden zijn veel beter te benutten. Zo kunnen fysiotherapeuten worden ingezet voor adviezen over gezond bewegen, apothekers voor de diabetescheck en verloskundigen voor preconceptieadvies.

Wijkgerichte oriëntatie

De eerstelijnsgezondheidszorg is over het algemeen gehuisvest in de wijk, dicht bij de mensen. Dit maakt deze voorzieningen bij uitstek geschikt om bij te dragen aan de verbetering van de leefbaarheid van wijken en buurten (Bussemaker, mei 2007). Hoewel er wel modellen zijn om het aantal zorgaanbieders af te stemmen op de problematiek in de wijk, zoals bij het model van de achterstandswijken, zou de zorg ook qua inhoud meer kunnen differentiëren naar de specifieke problematiek van het verzorgingsgebied.

Beter gebruik van ICT

Steeds meer zorgverleners binnen de eerste lijn beschikken over een elektronisch medisch dossier. Vergeleken met andere landen en met specialisten lopen de Nederlandse huisartsen hierin voor. De systemen zijn echter vooral monodisciplinair ontwikkeld. Mede hierdoor vindt elektronische communicatie tussen zorgverleners slechts sporadisch plaats, terwijl dit de communicatie tussen de verschillende zorgverleners, en ook de patiëntveiligheid en de continuïteit van zorg zou kunnen verbeteren. Afstemming van registratiesystemen maakt het bovendien mogelijk patiënten te volgen op hun weg door de gezondheidszorg en informatie te verzamelen die geschikt is voor

monitoring van zowel de gezondheid als de zorg. Hiernaast wordt van beter gebruik van ICT verwacht dat het de administratieve lasten kan verminderen en de zorg efficiënter kan maken (Klink, 2007).

1.3 Nieuwe spanningsvelden

De ingezette veranderingen in de organisatie en aansturing van de eerstelijnszorg beogen de capaciteitsproblemen in de zorg als geheel te verminderen, de kwaliteit te verbeteren en de betaalbaarheid te vergroten. Tegelijkertijd zijn er door de veranderingen ook spanningsvelden ontstaan waarvoor oplossingen nog gevonden moeten worden. We zullen er hiervan een aantal noemen.

Marktwerking, equity en kwaliteit

Een van de doelstellingen van marktwerking in de zorg is dat zorgverleners zich gaan onderscheiden door het leveren van (extra) kwaliteit. De verwachting is dat dit de andere zorgverleners zal stimuleren om betere kwaliteit te leveren. Bovendien zal in toenemende mate het zorgaanbod bepaald gaan worden door onderhandelingen tussen de lokale bij de zorg betrokken partijen, zoals de zorgaanbieders, verzekeraars en gemeente. Het idee is dat de zorg hiermee beter zal aansluiten bij de lokale behoeften. Een belangrijke vraag is hoe deze ontwikkelingen in de praktijk uitpakken. Ontstaan hierdoor verschillen in kwaliteit van zorg en toegang tot zorg die wenselijk zijn voor de volksgezondheid? Of ontstaan hierin ook ongewenste verschillen? Hoe beïnvloedt de concurrentie tussen zorgverleners hun onderlinge samenwerking?

Aansturing van het zorgproces: de professionele ruimte

Zorg wordt steeds meer geprotocolleerd en de kwaliteit van de professional wordt afgemeten aan het volgen van die protocollen. Vaak worden ook financieringsmogelijkheden van bepaalde zorg hierop gebaseerd. Protocollen zijn echter meestal gebaseerd op mensen met één ziekte, en niet op patiënten met multimorbiditeit, waardoor de aanbevelingen niet altijd zijn toe te passen. Bovendien wordt er veel belang gehecht aan het verlenen van zorg 'op maat'. Om zorg toe te kunnen snijden op de situatie van de patiënt, is handelingsvrijheid naar inzichten van de zorgverlener nodig. Hoe organiseer je de zorg zo, dat de werkers in de eerste lijn effectief kunnen handelen, met kwaliteit, scherpheid en samenhang, en dat de zorg tegelijkertijd transparant is?

Vrije toegankelijkheid eerste lijn en huisarts als regisseur van de zorg/poortwachter

Het belang van de huisarts als coördinator van de zorg wordt door alle stakeholders onderschreven (VWS, beroepsorganisaties, patiëntenverenigingen en verzekeraars). Er zijn partijen die voor rechtstreekse toegang tot meerdere eerstelijnszorgverleners pleiten. Hoe verhoudt die rechtstreekse toegankelijkheid zich tot de verantwoordelijkheid van de huisarts als coördinator? Hoe wordt de continuïteit van de zorg gewaarborgd?

Vraagsturing en 'evidence based medicine'

De nieuwe oriëntatie van beleid is dat zorgverleners vraaggestuurd gaan werken. De vraag is hoe dat zich verhoudt tot evidence based werken. Welke plaats heeft de professionele deskundigheid? Wie zal zich inzetten om onnodig zorggebruik (bijvoorbeeld overbodige prescripties, zelftesten of doorverwijzingen) te voorkomen, als klanttevredenheid een van de belangrijkste indicatoren wordt van de kwaliteit van de zorg?

Integrale benadering van de mens in zijn omgeving en ketenzorg gebaseerd op aandoeningen

De kracht van de huisartsenzorg is de integrale benadering dicht bij de mensen, en de kracht van ketenzorg is dat mensen die een bepaalde aandoening hebben een goed op elkaar afgestemde dienstverlening krijgen door de verschillende lijnen heen. Veel mensen hebben meer dan één aandoening, en de vraag is in hoeverre ketenzorg georganiseerd rond één aandoening gecombineerd kan worden met de integrale benadering.

DE NATIONALE STUDIE NAAR ZIEKTEN EN ZORG IN DE EERSTE LIJN

De vele veranderingen die de afgelopen jaren zijn ingezet in de organisatie en aansturing van de eerstelijnsgezondheidszorg hebben nieuwe uitdagingen opgeleverd. Aangezien een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg van groot maatschappelijk belang is, is het noodzakelijk het effect van deze veranderingen op het functioneren van de zorg zorgvuldig vast te stellen. Een brede onafhankelijke studie over de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag, en over de kwaliteit en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg is nodig om goed onderbouwde keuzes te kunnen maken voor de toekomst. Deze keuzes liggen op het terrein van organisatie en financiering, van inhoud en samenwerking, en van opleiding of bijscholing van beroepsgroepen. Een Nationale Studie is hiervoor een ideale studieopzet, zoals wij in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk toelichten. In paragraaf 2 gaan we in op het doel en de vraagstellingen, in paragraaf 3 op de dataverzameling.

2.1. Van huisarts naar brede eerste lijn

De *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* (NSE) bouwt voort op de ervaring en resultaten van de Eerste en Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Deze onderzoeken hebben aangetoond dat het mogelijk is om de eerstelijnsopvang voor gezondheidsproblemen in al zijn complexiteit in kaart te brengen. Om dit mogelijk te maken was het wezenlijk dat in dezelfde tijdsperiode op verschillende manieren informatie werd verzameld over hetzelfde proces. De kracht van zowel de Eerste als de Tweede Nationale Studie was dat de informatie zowel bij de bevolking als bij de huisarts werd verzameld met onder meer enquêtes, contactregistraties en video-opnames.

Daar waar echter bij de eerdere studies het accent lag op het functioneren van de huisarts, ligt bij deze Nationale Studie het accent op de brede eerstelijnsgezondheidszorg. De organisaties die bij de Tweede Nationale Studie betrokken waren, ondersteunen deze verbreding, zoals ook blijkt uit de evaluatie (zie *tekstblok 2*). Dat betekent dat we het onderzoek zullen verbreden naar andere zorgverleners binnen en buiten de huisartsenpraktijk. Een belangrijk deel van de zorgvragers wordt immers ook geholpen door

Tekstblok 2: Van NS2 naar NSE.

De Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (NS2) heeft veel opgeleverd, in zowel maatschappelijke als wetenschappelijke zin. In maatschappelijke zin heeft de Nederlandse huisartsen-sector zich met de NS2 uitermate transparant getoond en vormde de NS2 de opmaat voor de ontwikkeling van kwaliteits- en prestatie-indicatoren voor de huisartsenzorg. De resultaten lieten zien dat de Nederlandse huisarts flexibel heeft ingespeeld op de toenemende vraag naar huisartsenzorg en de noodzaak tot kostenbeheersing. De huisartsenzorg is efficiënt, de grote vraag naar zorg is opgevangen door betere organisatie en taakdelegatie en de kwaliteit van de zorg is daarbij hoog gebleven.

Deze gegevens van de NS2 zijn wijdverbreid en gebruikt in publicaties en rapporten ter ondersteuning van beleidsontwikkeling en beleidsvoorbereiding in diverse sectoren (ministerie van VWS, Inspectie voor de Gezondheidszorg, RIVM, huisartsenberoepsorganisaties, NPCF). In wetenschappelijke zin heeft de NS2 een uitgebreid scala aan rapporten, dissertaties en artikelen opgeleverd.

Bij de externe evaluatie van de NS2 zijn door de bovengenoemde stakeholders ook speerpunten geformuleerd voor een volgende nationale studie:

- nieuwe beroepen in de eerste lijn
- preventie
- verbreding van huisartsenzorg naar eerstelijnszorg
- geïntegreerde zorg, ketenzorg, samenwerking in de eerste lijn
- evaluatie vrije toegang fysiotherapie

praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, apothekers, (eerstelijns)psychologen, verloskundigen en thuiszorgmedewerkers.

Historische context: van planningsmodel naar gereguleerde marktwerking

Omdat deze studie in het voetspoor treedt van de eerdere nationale studies, is het mogelijk om optimaal gebruik te maken van de historische datasets. Trends in zorgvraag en zorggebruik binnen de bevolking zijn te detecteren door de vergelijking met de gegevens uit 1987 en 2001. Deze trends zijn interessant omdat de jaartallen belangrijke periodes in het gezondheidszorgbeleid markeren. De Eerste Nationale Studie vond plaats in 1987/1988 toen het rapport van de commissie Dekker verscheen. Deze commissie stelde voor om zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling te laten concurreren. Het rapport is daarmee eigenlijk te beschouwen als startsein om een op een planningsmodel gebaseerde gezondheidszorg om te vormen tot een systeem gebaseerd op onderlinge concurrentie en gereguleerde marktwerking. De Eerste Nationale Studie is dan ook als een 'nulmeting' te beschouwen. De Tweede Nationale Studie vond plaats in 2001, toen al verschillende initiatieven om de marktwerking te vergroten waren genomen. In januari 2006 vond de invoering van de Wet op de Zorgverzekering plaats. Een meting in de vorm van een nieuwe nationale studie in de periode 2008/2009 kan inzicht geven in het verloop van deze ontwikkeling, in de successen en bedreigingen.

Bovendien komen de resultaten van een nieuwe nationale studie op een moment dat nieuwe lijnen voor de toekomst worden uitgewerkt, bijvoorbeeld rondom preventie, wijkgericht werken, geïntegreerde samenwerkingsverbanden en ICT.

2.2 Op welke vragen gaat deze Nationale Studie antwoorden geven?

Het doel van de *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* is de evaluatie van de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag in de populatie. De hoofdvragen die wij willen beantwoorden zijn:

1. Wat zijn de ontwikkelingen in gezondheid, ziekte en zorgvraag in de algemene bevolking? (trends, invloed van etnische en sociaal-economische diversiteit)
2. Hoe is de toegankelijkheid van de zorg? (zorggebruik, 'unmet needs', bereikbaarheid)
3. Hoe is de kwaliteit van de zorg? (professionele kwaliteit, communicatie, patiëntveiligheid, patiëntervaring)
4. Hoe is de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg? (rol van de zorgverleners, onderlinge afstemming en regie, onderlinge samenwerking en relatie met andere sectoren van de zorg, continuïteit vanuit patiëntenperspectief, wijkgerichte aanpak, aandacht voor preventie, rol ICT)

Het startpunt van het onderzoek is de zorgvraag van de gebruiker. Met andere woorden, we zullen het zorgaanbod en de afstemming tussen de zorgverleners bestuderen

Tabel 1: De onderzoeksvragen vanuit verschillende gezondheidsproblemen

Gezondheidsproblemen	Onderzoeksvragen			
Gezond leven	1. Beschrijving zorgvraag	2. Toegankelijkheid	3. Kwaliteit en patiëntveiligheid	4. Organisatie van de zorg <ul style="list-style-type: none"> • Rol van de zorgverleners • Andere sectoren van de zorg • Continuïteit • Onderlinge afstemming en regie • Wijkgerichte aanpak • Rol van de ICT
Acute Problemen				
Problemen van het bewegingsapparaat				
Psychische problemen				
Zwangerschap en bevalling				
Geneesmiddelengebruik				
Chronische Ziekten				
Problemen met dagelijks functioneren (ADL)				
Het totaal van de zorgvragen				

vanuit de vraag die er is in de bevolking. Aangezien het zorgaanbod verschilt per type gezondheidsprobleem, zullen we de onderzoeksvragen uitwerken per groep van gezondheidsproblemen: acute problemen, psychische problemen, problemen van het bewegingsapparaat, zwangerschap en bevalling, geneesmiddelengebruik, chronische ziekten en problemen met dagelijks functioneren (ADL) en vragen rondom gezond leven (zie *tabel 1*). Deze keuze is gebaseerd op de meest voorkomende gezondheidsproblemen, en deze zijn zo gegroepeerd dat per probleem een specifieke groep zorgverleners in beeld komt.

Bij ieder gezondheidsprobleem beschrijven we de zorgvraag en het zorgaanbod vanuit de relevante zorgverleners uit de eerste lijn. Concreet betekent dit bijvoorbeeld voor 'acute problemen', dat we eerst bekijken welke problemen mensen ervaren, voor welke problemen ze hulp zoeken en waar ze dan terecht komen: bij de huisartsenpraktijk, de huisartsenpost of de spoedeisende hulp. Vervolgens onderzoeken we bij deze hulpverleners aspecten van toegankelijkheid, organisatie en kwaliteit, zowel vanuit het perspectief van de patiënt als uit dat van de zorgverlener. Voor problemen van het bewegingsapparaat zal de zorgverlening door de huisarts, de fysiotherapeut, oefentherapeut en ergotherapeut bestudeerd worden. Voor de mensen die problemen hebben met het dagelijks functioneren (ADL), zullen we de thuiszorg bestuderen en voor geneesmiddelengebruik komt de apotheker in beeld. Hieronder beschrijven we de onderzoeksvragen meer in detail.

1. Wat zijn de ontwikkelingen in gezondheid, ziekte en zorgvraag in de algemene bevolking?

De zorgvraag brengen we in kaart met een beschrijving van de gezondheidsproblemen van de Nederlandse bevolking, vanuit het perspectief van de bevolking en van de zorgverlening. Het gaat dan zowel om gezondheidsproblemen zoals mensen die zelf ervaren en de door hen gerapporteerde klachten en aandoeningen, als om de ziekten en klachten zoals die geregistreerd zijn in de huisartspraktijk, de huisartsenpost, bij de fysiotherapeut en andere zorgverleners. De zorgvraag wordt niet alleen uitgewerkt voor de in tabel 1 genoemde specifieke gezondheidsproblemen, maar zal ook in zijn totaliteit beschreven worden. Hierbij gaan we in op verschillen in gezondheid, ziekte en zorgvraag tussen verschillende bevolkingsgroepen. We denken aan verschillen tussen mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, stad en platteland, mensen met en zonder chronische ziekten, armen en rijken, en allochtonen en autochtonen. Op dit punt maken we ook vergelijkingen met resultaten uit de Eerste en Tweede Nationale Studie.

2. Hoe is de toegankelijkheid van zorg?

De zorgvraag zullen we vervolgens relateren aan het zorggebruik. In hoeverre leiden zorgvragen tot zorggebruik? Zijn er ook zorgvragen die onvoldoende beantwoord worden ('unmet needs')? En waar zitten de knelpunten? Wat zijn hierin de verschillen tussen bevolkingsgroepen? Bij het beantwoorden van deze onderzoeksvraag komt ook de bereikbaarheid aan bod, zowel in de tijd (telefonische wachttijd, wachtlijsten in de zorg) als in afstand (geografische nabijheid). Ook zal worden onderzocht in hoeverre de eerder genoemde veranderingen in de zorg invloed hebben op de toegankelijkheid. Ervaren (bepaalde groepen) patiënten de invoering van triage in de huisartsenzorg bijvoorbeeld als een drempel voor een contact met de huisarts? En wat is de invloed van de directe toegang tot de fysiotherapeut op de ervaren toegankelijkheid van zorg?

3. Hoe is de kwaliteit van zorg?

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag naar de kwaliteit van de zorg zijn meerdere aspecten van belang. Zo analyseren we in hoeverre de zorg verleend wordt vanuit professionele standaarden, zullen we kijken naar de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverlener en patiënt, en onderzoeken we oordelen van patiënten over de zorg. Ook de patiëntveiligheid zal worden bestudeerd. Voorbeelden zijn de rol van de apotheker bij de bewaking van geneesmiddelengebruik en de kwaliteitsbewaking in ketenzorg. Tot slot is ook hier weer het vraagstuk van de diversiteit van de samenleving van belang. Zijn er verschillen in kwaliteit van zorg tussen bevolkingsgroepen?

4. Hoe is de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg?

Bij de beschrijving van de organisatie van zorg gaat het om de rol van de huisarts en andere zorgverleners in de eerste lijn, hun onderlinge samenwerking en afstemming, de relatie met de tweede lijn en de rol die ICT speelt. Ook kijken we of er sprake is van een wijkgerichte aanpak, en hoe aandacht besteed wordt aan gezond leven en preventie. Een aantal van deze vragen over de organisatie van zorg zullen we nader uitwerken.

a. Rol van de huisarts en andere zorgverleners in de eerste lijn

De huisartsenzorg speelt een centrale rol binnen de eerste lijn en deze komt dan ook bij alle zorgvragen terug. Per zorgvraag komen ook andere zorgverleners in beeld. We onderzoeken de rol van de verschillende zorgverleners, hun werkzaamheden, taakopvatting en taakafbakening. Wie heeft de regie en hoe verloopt de onderlinge afstemming? Hoe ervaren patiënten de continuïteit van zorg? Hoe is de relatie met andere sectoren van de zorg zoals de tweede lijn en instellingen van de openbare gezond-

heidszorg, zoals de jeugdgezondheidszorg en de arbeidsgeneeskunde? We zullen deze vragen beantwoorden en een overzicht geven van het functioneren van de eerste lijn in zijn geheel.

b. Wijkgerichte aanpak

De onderzoeksvraag die we hier willen beantwoorden, is of de eerstelijnszorg wijkgericht werkt en hoe dat beter kan. Dit betekent dat we bijvoorbeeld onderzoeken in hoeverre het zorgaanbod zich differentieert naar het verzorgingsgebied, en wat de mogelijkheden zijn om op wijkniveau preventie aan te bieden. Draagt de zorg bij aan de samenhang en aantrekkelijkheid van de wijk? Kan geïntegreerde eerstelijnszorg (in het bijzonder de huisartsenzorg en thuiszorg) ervoor zorgen dat hulpbehoevende ouderen in de wijk kunnen blijven wonen?

c. Aandacht voor gezond leven en preventie

Een van de onderzoeksvragen van de Nationale Studie heeft betrekking op de rol van de eerste lijn in de preventie. We willen bijvoorbeeld de rol van de huisarts in kaart brengen in de preventie van roken en overgewicht, en de rol van de fysiotherapeut in het bevorderen van gezond bewegen. We focussen hierbij op de contacten van de zorgverlener met de patiënt, op de manier waarop gezondheidsbevordering gestalte krijgt (adviezen, medicatie), op de taakopvatting van de zorgverleners en het perspectief van de patiënt. Ook de samenwerking en afstemming met de openbare gezondheidszorg (gemeente en GGD) zullen we onderzoeken, zodat belemmeringen aan het licht komen.

d. Rol ICT

Al werken de meeste zorgverleners in de eerste lijn inmiddels met een elektronisch medisch dossier, elektronische communicatie tussen zorgverleners is nog een relatief onontgonnen terrein. Onderzocht moet worden hoe systemen op elkaar zijn af te stemmen en waar de mogelijkheden en knelpunten zitten. Hierbij zullen we uitgaan van de initiatieven voor het Elektronisch Medicatie Dossier (EMD) en het Waarneem Dossier Huisartsen (WDH).

5. Additionele studies

De studie zal, net zoals de Nationale Studies naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, ruimte bieden aan onderzoeksgroepen of andere geïnteresseerden om aan te haken met specifieke onderzoeksvragen. Er bestaan al concrete plannen voor twee additionele studies: naar de Europese context en naar regionale mogelijkheden.

Het zou bijvoorbeeld ook mogelijk zijn om de studie uit te breiden met aanvullend onderzoek onder allochtone Nederlanders naar de afstemming van het zorgaanbod op hun zorgvragen.

a. Europese context

Het is belangrijk dat de Nederlandse eerstelijnsgezondheidszorg de goede positie in prijs/kwaliteitsverhouding ten opzichte van andere Europese landen weet te behouden en versterken. Een van de vragen is, hoe de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg zich verhouden ten opzichte van het buitenland. Met een aantal internationaal gebruikte prestatie-indicatoren zullen we op deze vraag een antwoord zoeken.

b. Regionale mogelijkheden

De Nationale Studie zal ook expliciet de mogelijkheid bieden voor regio's of provincies om op regionaal niveau aan te haken. Gezondheidszorg wordt toenemend regionaal gepland en aangestuurd, en de registratie uit de eerstelijnszorg kan een belangrijke bron van informatie worden om bijvoorbeeld regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen te voeden. De Nationale Studie kan worden uitgebreid met een of meerdere pilots om de mogelijkheden van een regionale verdieping verder te verkennen.

2.3 Integrale dataverzameling bij bevolking en zorgverleners

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden maken we, net als in de vorige Nationale Studies, gebruik van integrale dataverzameling. Dit betekent dat we zowel bij de bevolking als bij de zorgverleners informatie verzamelen, met verschillende methoden, zoals enquêtes, interviews, registraties van consulten en video-opnames.

Zorgvraag en vraaggestuurde zorg

De bevolkingsenquête zal zowel de vraag naar gezondheidszorg in kaart brengen als het gebruik van zorgvoorzieningen. Om de zorgvraag en het zorggebruik van mensen met psychische problematiek te onderzoeken zullen we een aantal instrumenten afstemmen met de NEMESIS II studie (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study), die door het Trimbos instituut wordt uitgevoerd. De ervaring met zorg vanuit patiëntenperspectief zal geïnventariseerd worden met de consumer quality (CQ) indexen. Op een aantal locaties zal informatie over de wijk zoals die bekend is uit de gezondheidsenquêtes van de GGD en basisadministratie van de gemeente geëxtraheerd worden voor het verzorgingsgebied van de huisartsenvoorzieningen. Dit geeft extra

informatie over de aansluiting van de eerstelijnszorg op de zorgvraag in de wijk.

Registratie in de huisartsenpraktijken

De dataverzameling door het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH, zie *tekstblok 3*) zal net als bij de vorige Nationale Studie, een belangrijke plaats innemen in de verzameling van informatie, in het bijzonder over ziekten en trends. Binnen de huisartspraktijken zullen ook de activiteiten van praktijkassistenten, praktijkondersteuners en praktijkverpleeg-

kundigen worden onderzocht. Welke verrichtingen doen zij? Wat zijn de ervaringen van de patiënten? Hoe is de communicatie en de onderlinge samenwerking? Vanwege de ontwikkelingen in de richting van geïntegreerde eerstelijnscentra, willen we naast het bestaande netwerk extra praktijken werven die gekenmerkt worden door vernieuwende samenwerkingsvormen.

Tekstblok 3 Kenmerken LINH netwerk

Bron: Verheij et al., 2007

- Bestaat sinds 1996
- 80 huisartsenpraktijken
- 120 artsen
- Continue registratie contacten, verwijzingen, medicatie en morbiditeit
- Representatief voor Nederland: gegevens van 350.000 personen

Gegevensverzameling bij andere eerstelijnsvoorzieningen

Er zal een sociale kaart gemaakt worden van alle eerstelijnszorgverleners die in het verzorgingsgebied van de huisartsenpraktijk actief zijn. Een groot aantal van hen zal direct worden benaderd om mee te doen aan de studie. Activiteiten van anderen kunnen via koppelingen in beeld gebracht worden. We zullen ons in eerste instantie richten op de volgende zorgverleners:

- *Centrale Huisartsenposten*: voor het verzamelen van informatie over huisartsenzorg buiten kantooruren zullen we gebruik maken van de methodologie die ontwikkeld is in de pilot Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen Posten, LINHAP.
- *Fysiotherapeuten, oefentherapeuten en diëtisten*: van belang voor samenwerking rond klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat en voor bewegings- en voedingsadviezen. Deze data zullen we verzamelen in samenwerking met de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg, LiPZ.
- *Eerstelijnspsychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, praktijkondersteuner-GGZ, algemeen maatschappelijk werk*: van belang voor samenwerking rond psychische problematiek.

- *Apothekers*: deze spelen rond geneesmiddelengebruik en patiëntveiligheid een belangrijke rol.
- *Verloskunde*
- *Thuiszorg*

Daarnaast zullen we, indien relevant, het zorggebruik in de tweede lijn meenemen in het onderzoek, bijvoorbeeld voor informatie over de ketenzorg en voor substitutie van verrichtingen van de tweede naar de eerste lijn.

Integrale dataverzameling: registraties, enquêtes en video-opnamen

Behalve met de eerder genoemde enquêtes onder de bevolking en registraties bij zorgverleners worden ook gegevens verzameld met video-opnamen van consulten in de huisartsenpraktijk, enquêtes en interviews met zorgverleners. Gezien het belang van de goede onderlinge samenwerking zal er veel aandacht zijn voor taakopvatting, taakafbakening, samenwerking, verantwoordelijkheden en de condities die nodig zijn om optimaal te functioneren. *Tekstblok 4* geeft een overzicht van de belangrijkste instrumenten die we zullen gebruiken.

Tekstblok 4. Belangrijkste instrumenten voor de dataverzameling in de Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn

- Registratie van achtergrondkenmerken (census) van alle patiënten in het verzorgingsgebied van huisartsen
- Patiëntenquête bij a-selecte steekproef van patiënten over leefstijl, sociale context, gezondheid, zorggebruik en opvattingen over kwaliteit van zorg
- Registratie van klachten, ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk
- Registratie van klachten, ziekten en verrichtingen in andere eerstelijnsvoorzieningen: huisartsenposten, fysiotherapiepraktijken en praktijken van eerstelijnspsychologen
- Enquête onder huisartsen, praktijkondersteunend personeel, fysiotherapeuten en eerstelijnspsychologen over praktijkvoering, werkzaamheden, samenwerking, taakopvattingen en tevredenheid
- Registratie van de organisatie en inhoud van de zorg in de huisartsenpraktijk
- Videoregistraties van consulten voor informatie over de relatie tussen communicatie, therapietrouw, gidsfunctie en kwaliteit vanuit het patiëntenperspectief
- Koppeling aan apothekersregistratie en andere registraties, zoals bijvoorbeeld de AWBZ zorgregistratie in de thuiszorg (AZR)

WAT LEVERT DE NATIONALE STUDIE OP VOOR VERSCHILLENDE GEBRUIKERS?

Er zijn verschillende gebruikers van de resultaten van deze *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn*. De belangrijkste zijn de overheid (zowel landelijk als regionaal), de beroepsgroepen, patiëntenverenigingen, de verzekeraars en de onderzoeksinstituten. In dit hoofdstuk zullen we voor elk van deze stakeholders ingaan op de bruikbaarheid van het onderzoek.

3.1 Nationale overheid

De eerste die we hier noemen is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het ministerie heeft de eerste verantwoordelijkheid om voorwaarden te scheppen en het kader aan te geven waarbinnen alle partijen functioneren. Al is de overheid steeds minder direct verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg, zij heeft wel de verantwoordelijkheid voor het systeem. In de bundel 'Niet van later zorg' wordt gesteld dat het bepalen van de optimale balans tussen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid, het primaat is van de politiek/overheid. Daarbij worden zes taken gedefinieerd die belangrijk zijn voor de overheid (zie *tekstblok 5*). Bij de invoering van de stelselwijziging heeft de minister van VWS de belofte gedaan deze zorgvuldig te evalueren. *De Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* is een goede manier om deze belofte in te lossen.

Sterke eerste lijn als bijdrage aan maatschappelijke opgaven

Het eerste thema van de overheid is het systeem zo vorm te geven dat tegemoet wordt gekomen aan de maatschappelijke opgaven (zie hoofdstuk 1). Een van de kernpunten is de afstemming van het zorgaanbod op de toenemende en steeds complexer wordende zorgvraag. De trend naar een geïntegreerde eerste lijn is hierbij wezenlijk: een eerste lijn waarbinnen de meeste vragen rond gezondheid en ziekten worden opgelost op een goede,

Tekstblok 5: De zes thema's waarbij de overheid een belangrijke rol moet vervullen

Bron: VWS, 2007

1. De maatschappelijke opgaven vaststellen en relateren aan het instrumentarium
2. De nieuwe transparantie kunnen interpreteren
3. De balans tussen de zorgpartijen bewaken en indien nodig herstellen
4. Ondergrens van kwaliteit en bereikbaarheid vaststellen...
5. en handhaven
6. Solidariteit bepalen

toegankelijke en betaalbare manier, door onderling goed samenwerkende professionals. Resultaten van de Nationale Studie beschrijven niet alleen de stand van zaken en de knelpunten, maar bieden ook handvatten en oplossingsrichtingen voor een verdere versterking van de eerste lijn. Ook aan de andere thema's kan de Nationale Studie een bijdrage leveren, bijvoorbeeld om de transparantie in de zorg en de ondergrens van kwaliteit en bereikbaarheid vast te stellen.

Wijkgerichte eerste lijn van belang voor leefbaarheid en gezondheid

Een ander belangrijk kenmerk van de geïntegreerde eerste lijn is dat deze uitgaat van de vraag naar zorg in het verzorgingsgebied, bijvoorbeeld de wijk. Een geïntegreerde eerste lijn zal daarmee bijdragen aan de gezondheid en leefbaarheid in buurten en wijken. Ze kan ook een belangrijke bijdrage leveren aan effectieve preventie en daarmee de doelmatigheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg bevorderen. Hoewel de kleinschalige organisatie van de eerste lijn zich uitstekend leent voor een buurt- en wijkgerichte aanpak, is er nog geen duidelijk ontwikkelde methode om het aanbod af te stemmen op de vraag. Deze Nationale Studie kan hier een belangrijke impuls aan geven door gebruik te maken van wijkgerichte informatie over de gezondheid. Door de gezondheidsinformatie die de gemeente en GGD verzamelen terug te geven aan de zorgverleners in een bepaald gebied, krijgen deze wijkspecifieke informatie in handen die relevant kan zijn voor het zorgaanbod. We bouwen hierbij voort op inzichten van de 'Pilot Benchmarking huisartsenzorg Rotterdam' (zie *tekstblok 6*).

Tekstblok 6: Pilot Benchmarking huisartsenzorg Rotterdam

Huisartsen die deelnemen aan de 'pilot benchmarking huisartsenzorg in Rotterdam' ontvangen van de GGD op hun persoonlijke situatie toegespitste informatie over de gezondheid van hun praktijkpopulatie. Samen met gegevens over patiëntervaring wordt deze informatie gebruikt om het zorgaanbod beter af te stemmen op de lokale behoefte en vraag.

Inspectie voor de gezondheidszorg

De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) zal de resultaten van deze studie goed kunnen gebruiken. Niet alleen om meer zicht te krijgen op de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar ook om tot betere kwaliteitscriteria te komen, patiëntervaring in de evaluatie van de zorg te integreren en de ICT te innoveren.

3.2 Lokale en regionale partijen

Behalve voor de rijksoverheid zijn de resultaten van de Nationale Studie ook van belang

voor lokale en regionale overheden zoals de provincie, gemeente en GGD en voor de Regionale Ondersteunings Structuren (ROS). Zo zijn de eerder genoemde wijkgerichte kenmerken van de eerste lijn en de mogelijkheden voor preventie voor gemeenten van belang. Gemeenten hebben in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) immers de verantwoordelijkheid voor de afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve zorg. Preventieactiviteiten worden lokaal bepaald, afhankelijk van de gezondheidsproblemen in de wijk. Verder vormt informatie over gezondheid, zorgvraag en zorgaanbod, bijvoorbeeld op het niveau van een GGD-regio of een gemeente belangrijke input voor de nota volksgezondheid die gemeenten elke vier jaar maken. Deze nota's zijn tot nu toe vooral geënt op informatie uit lokale gezondheidsenquêtes en uit zorgregistraties op landelijk niveau (die op basis van demografische informatie zijn vertaald naar lokaal niveau). In enkele GGD-regio's (onder andere in West-Brabant en Hart voor Brabant) is een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) gemaakt, om te voorzien in de informatiebehoefte van gemeenten. Informatie afkomstig uit de registratie van zorgverleners in de betreffende regio's ontbreekt hierin nog vrijwel geheel. De Nationale Studie zou voor enkele pilotregio's informatie uit de zorgregistraties op regionaal niveau beschikbaar kunnen maken. Deze informatie heeft de potentie de regionale VTV's te versterken en kan belangrijke input geven voor het volksgezondheidsbeleid van gemeenten. Ook zullen de uitkomsten van de *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* gebruikt kunnen worden voor het verder ontwikkelen en up to date houden van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM).

3.3 Beroepsgroepen

Een belangrijk initiatief dat in 2004 is genomen, is de 'intentieverklaring voor versterking van de eerstelijnszorg' (VWS, 2004). Deze intentie is opgesteld en ondertekend door VWS samen met 12 koepelorganisaties en schetst de contouren voor een toekomstbestendige eerstelijnszorg. De fysiotherapeuten, apothekers, thuiszorgorganisaties, verloskundigen, eerstelijnspsychologen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, patiëntenverenigingen, oefen-therapeuten en zorgverzekeraars ondertekenden de verklaring, en de huisartsenorganisaties ondersteunden deze. De eerstelijnszorg wordt beschouwd als de 'ruggengraat' van de gezondheidszorg. Zij kan buurtgerichte geïntegreerde zorg leveren en daarmee bijdragen aan (het bewaken van) de toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van het hele gezondheidszorgsysteem. Hiervoor is verdergaande samenwerking binnen de eerste lijn en met zorgaanbieders in de tweede lijn noodzakelijk. Door de inventarisatie van de samenwerkingservaringen en de evaluatie vanuit het perspectief van patiënten en van zorgverleners, zal er belangrijke informatie komen hoe de samenwerking en afstemming verder te verstevigen. Het belang dat de beroepsgroepen hechten aan een sterke en geïntegreerde eerste lijn wordt

geïllustreerd door recente publicaties. Zo hebben het NHG en de LHV de toekomstvisie op de huisartsenzorg geformuleerd, waarin de huisarts steeds meer samenwerkt en taken delegeert, maar waarin zijn spilfunctie behouden blijft (zie *tekstblok 7*).

Tekstblok 7: De huisarts in 2012

Bronnen: Toekomstvisie huisartsenzorg, NHG, 2002; Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening Concretisering Toekomstvisie 2012, NHG, 2003.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben in 2002 een toekomstvisie huisartsenzorg geformuleerd. In deze visie blijft de huisarts ook in de toekomst het eerste aanspreekpunt van patiënten en de regisseur of coördinator van de zorg. De huisarts zal net als nu persoonsgerichte, integrale, continue en toegankelijke zorg bieden. Om deze ambitie te kunnen realiseren zullen er wel veranderingen nodig zijn. Zo zal de huisartsenzorg geleverd worden vanuit een huisartsenvoorziening, een kleinschalige organisatie waarin meerdere huisartsen en ondersteunend personeel samenwerken met bovendien verdergaande samenwerking binnen de eerste en met de tweede lijn. Samenwerken betekent ook delegatie van taken, zowel management- en beheerstaken als medische taken. Ondersteunend personeel biedt zelfstandig zorg aan specifieke patiëntengroepen. Voorwaarde is dat deze zorg is geprotocolleerd, waardoor sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid. Huisartsen houden het overzicht over het geheel. Als meerdere mensen zorg verlenen, is een goed onderhouden en toegankelijk elektronisch medisch dossier van vitaal belang om de kwaliteit en continuïteit van de zorg te garanderen.

Deze visie is op een aantal punten geconcretiseerd, bijvoorbeeld voor de zorg voor patiënten met diabetes mellitus en voor ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk. Zo kunnen chronisch zieken hoogwaardige zorg krijgen door de inzet van praktijkverpleegkundigen.

Informatie over het effect van samenwerkingsverbanden en de versterking van de eerstelijnszorg op deze spilfunctie van de huisarts (ook vanuit het perspectief van andere zorgverleners en patiënten) kan bijdragen aan het verder ontwikkelen van deze toekomstvisie op de huisartsenzorg.

3.4 Patiënten/cliënten

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) wil dat de eerstelijnszorg de ruggengraat van onze gezondheidszorg is en blijft, zoals ook blijkt uit het rapport dat zij onlangs heeft uitgebracht: 'Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief'. In dit document werkt de NPCF in 10 stappen uit hoe de eerste lijn versterkt kan worden en gezondheidszorg dichtbij huis, veilig en voordelig kan worden gerealiseerd (zie tekstblok 8). Doordat de Nationale Studie de eerste lijn doorlicht vanuit de zorgvraag, zal deze studie veel relevante informatie voor de patiëntenverenigingen opleveren. Met informatie over toegankelijkheid, kwaliteit, continuïteit vanuit patiëntenperspectief en preventie, kunnen patiëntenverenigingen verder met het ontwikkelen van aandachtspunten, en prioriteiten stellen.

Tekstblok 8: De NPCF over de eerste lijn:*Bron: NPCF, 2006*

- Eerstelijnsgezondheidszorg is de ruggengraat van onze gezondheidszorg
- De huisarts is niet meer automatisch het eerste aanspreekpunt voor patiënten
- De huisarts wordt vooral ingeschakeld om met het oog op zijn of haar brede geneeskundige blik de diagnose te stellen en de patiënt indien nodig verder te gidsen
- Meer zorgverleners zijn in de eerste lijn rechtstreeks toegankelijk
- Wel inschrijving op naam bij huisarts, maar ook gemakkelijker wisselen van huisarts

3.5 Zorgverzekeraars

De Eerste en Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de professionalisering en versterking van de huisartsenzorg in Nederland. De zorgverzekeraars hechten veel belang aan een goede eerstelijnszorg, transparantie in de zorg, substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, het verbeteren van kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. *De Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* (NSE) zal de verzekeraars nieuwe inzichten geven over het meten van de kwaliteit en over de afstemming van de elektronische registratiesystemen van de verschillende zorgaanbieders.

3.6 Onderzoeksinstituten

De studie zal verder input geven aan instrumenten die belangrijk zijn voor de sturing en beleid van de gezondheidszorg. Zo zal het NIVEL de uitkomsten van de *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* onder andere gebruiken voor het verder ontwikkelen en beter op elkaar afstemmen van de registratienetwerken in de eerste lijn (LINH, LiPZ) en het up to date houden van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM). Het RIVM zal de informatie van de Nationale Studie nodig hebben zowel voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen als voor de Zorgbalans. In deze rapporten worden de resultaten van relevante studies samengevoegd en doorgerekend om tot beleidsaanbevelingen te komen. In het verleden zijn beide documenten voor een belangrijk deel gevuld met informatie uit de eerdere Nationale Studies.

Bij de vorige twee Nationale Studies hebben het CBS, de universitaire huisartsencentra, en de andere onderzoeksinstituten voor belangrijke wetenschappelijke spin-off gezorgd. Ook zij zullen nauw worden betrokken bij de studie.

Gezien het grote aantal partijen dat bij de eerstelijnsgezondheidszorg is betrokken, is het van belang dat er betrouwbare, onafhankelijke en integrale informatie komt over de prestaties en uitkomsten van de eerstelijnszorg. Deze informatie is een voorwaarde om gedegen beleid te kunnen ontwikkelen voor de toekomst, in termen van organisatie en financiering, van inhoud en samenwerking, en van opleiding en nascholing van beroepsgroepen. Het NIVEL en het RIVM hebben vele malen bewezen dergelijke veelomvattende onderzoeksprojecten te kunnen realiseren, waarvan de resultaten worden geaccepteerd en gebruikt door alle stakeholders in de gezondheidszorg.

Zoals de titel al zegt, is dit plan niet meer dan een eerste schets. In de komende maanden zal het design verder worden uitgewerkt en de haalbaarheid van de plannen getoetst. In deze fase zullen we ook een consultatieronde starten om bij de belangrijke stakeholders en belanghebbenden uit de gezondheidszorg in Nederland te informeren naar hun beleidsvragen. Deze beleidsvragen zullen we vertalen in onderzoeksvragen die we proberen in te passen in het ontwerp van het onderzoek. Ook zullen we verschillende onderzoeksgroepen nauw betrekken bij het ontwerp. Eind 2007 zal het projectplan zijn afgerond.

4.1 Betrokkenheid van stakeholders tijdens de studie

Als de studie van start gaat, zal een klankbordgroep worden opgericht om tot goede afstemming en prioriteitstelling te komen. Deze klankbordgroep heeft tot doel mede te bewaken dat de studie de vragen gaat beantwoorden die relevant zijn voor de overheid en andere betrokkenen uit het veld. Verder zal de groep tot taak hebben om mee te denken over te maken keuzes, het bijstellen van doelstellingen en het oplossen van eventuele obstakels.

Tijdens de analyse en rapportage zal per themagebied een begeleidingsgroep van direct betrokkenen worden opgericht, om te zorgen dat de resultaten van de studie zo worden gepresenteerd dat zij bruikbaar zijn voor het veld en input geven aan de discussies van beroepsgroepen, patiëntenorganisaties, verzekeraars en beleidsmakers.

4.2 Verspreiding van de resultaten

De *Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn* zal een schat aan informatie

opleveren. Een – qua vorm en timing – goede verspreiding van deze informatie zal dan ook veel aandacht vragen. Om de diverse gebruikers zo goed en tijdig mogelijk te informeren over deze studie, denken we aan de volgende producten:

- Website met basisinformatie over gezondheid en ziekten, zorggebruik, toegankelijkheid, kwaliteit en organisatie van zorg. Op deze website kunnen gebruikers hun eigen selectie maken van de informatie die zij nodig hebben.
- Debatten, waarin de belangrijkste resultaten per themagebied gepresenteerd worden, en waarin over de consequenties voor beroepsorganisaties, overheid en belangenverenigingen kan worden gediscussieerd.
- Per themagebied een toegesneden deelrapport waarin de onderzoeksvragen beantwoord worden.
- Een handzaam rapport met de belangrijkste resultaten en kernboodschappen.
- Lezingen en presentaties over de resultaten van de studie.
- Wetenschappelijke artikelen en proefschriften.
- Publieksversie van het rapport.
- Congres.

Literatuur

Bussemaker, J. Brief aan de Tweede Kamer: Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan. DLZ/KZ-2771018. VWS, 2007.

Commissie Modernisering Eerste Lijn. Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag, 2002.

Klink, A. Brief aan de Tweede Kamer: Samen zorgen voor beter. Proloog VWS-beleid 2007-2010. DBO/ADV-2761821. VWS, 2007.

Ministerie van VWS. Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg. Den Haag, 2004.

Ministerie van VWS. Maatschappelijke opgaven volksgezondheid en gezondheidszorg. Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector. Den Haag, 2006.

Ministerie van VWS. Niet van later zorg. Den Haag, 2007.

NPCF. Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht, 2006.

NHG Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht, 2002.

NHG/LHV Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening Concretisering Toekomstvisie 2012. Utrecht, 2003.

Verheij RA, Te Brake JHM, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.LINH.nl>>, bezocht op 7 mei 2007.