TNO Preventie en Gezondheid

Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek / Netherlands Organisation for Applied Scientific Research

Divisie Bewegen en Gezondheid
Gorter gebouw
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
info-B&G@pg.tno.nl

028

TNO-rapport

PG/B&G 2003.118

Coördinatie Informatie en Communicatie in de Eerste Lijn (CICEL)
Een verkenning van de CICEL functie in de eerste lijn

TNO Preventie en Gezondheid
Gorter Bibliotheek
22 JUL 2003
Postbus 2215
2301 CE LEIDEN
Stamboeknummer
18672

Datum	Juli 2003
Auteur(s)	W.T.M. Ooijendijk B.C.M. Tuin M. Stiggelbout O.R.W. de Jong
Aantal pagina's	74
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2003 TNO

Samenvatting

Vanuit het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is TNO Preventie en Gezondheid benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie 'Coördinatie Informatie en Communicatie in de Eerste Lijn' (CICEL).
Het doel van de verkennende studie is 4-ledig:

- Helder krijgen welk programma van eisen door de verschillende partijen in de eerste lijn worden gesteld met betrekking tot een CIC functie in de eerste lijn. Het betreft een inventarisatie op zowel beleidsniveau als op uitvoerend niveau. Tot het programma van eisen behoren in ieder geval: goede afstemming van de bedrijfsprocessen, cliëntgericht, transparant, efficiënt, effectief etc.
- Identificeren van 'best practices' van de CIC functie in de eerste lijn op basis van de geformuleerde criteria.
- Nagaan welke 'best practices' in aanmerking komen voor verdere ontwikkeling en implementatie.
- Aanvullend is de vraag gesteld aandacht te besteden aan de bedrijfsprocessen in de eerste lijn en mogelijke belemmeringen voor een afstemming van de bedrijfsprocessen.

De verkennende studie is uitgevoerd via de volgende stappen:

1 Inventarisatie en verwerking literatuur en documenten;
2 Interviews met landelijke en regionale koepelorganisaties over een programma van eisen dat gesteld dient te worden aan 'best practices' met betrekking tot de CIC functie in de eerste lijn;
3 Interviews patiëntenorganisaties idem 2;
4 Inventarisatie bestaande initiatieven voor verbetering van de CIC functie in de eerste lijn door (telefonische) interviews en gegevensverzameling via Internet binnen een regio;
5 Regionale benchmark 'best practices' CIC functie in de eerste lijn;
6 Selectie 'best practices' CIC functie in overleg met het veld;
7 Implementatieplanning verbeteringsprojecten CIC functie in de eerste lijn.

Als algemeen toekomstbeeld voor een moderne eerstelijns gezondheidszorg komt in documenten en interviews sterk het patroon naar voren dat kan worden aangeduid als 'Zorg in de buurt'. In alle gevallen betreft het een samenwerkingsverband voor een aantal inwoners van 10.000 – 15.000. In een dergelijk samenwerkingsverband vormen de volgende disciplines de basis: paramedische zorg, huisartsenzorg, verpleegkundige zorg, psychologische zorg, verloskundige zorg en farmaceutische zorg.

In de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg doen zich tal van varianten voor.
De ontwikkelingen zoals die in de beleidsdocumenten en interviews naar voren komen lijken gericht te zijn op het versterken van de samenwerking in de eerste lijn. In die zin wordt er ook gesproken over een verschuiving van het doel van de samenwerking van ideaal naar noodzaak. Voor een gezonde toekomstige ontwikkeling van de eerste lijn is een geïntegreerde ontwikkeling het perspectief dat breed wordt gedragen. Niet alle partijen zijn momenteel al zover om die stap te kunnen zetten. Veel disciplines binnen de eerste lijn hebben nog niet volledig uitgekristalliseerde ideeën over de ontwikkeling van de eerste lijn. Veelal is het beleid nog gericht op aspecten als toegankelijkheid, opname in het ziekenfondspakket e.d.

Het hoofdmodel van de 'eerstelijns zorginstelling' past binnen die ontwikkeling en past ook binnen het gemaakte onderscheid naar organisatietypen. In wezen betreft dit een moderne inkleuring van het gezondheidscentrum waarin doeltreffendheid en doelmatigheid naast kwaliteit een belangrijke plaats innemen.

Het 'facilitair' bedrijf is niet een uitvoerende eerstelijns organisatie, maar betreft een ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn. Ook voor de overige onderscheiden organisatietypen is het van wezenlijk belang dat een goed facilitaire ondersteuning verder tot ontwikkeling wordt gebracht. Die ondersteuning dient daarbij niet te worden beperkt tot een of enkele disciplines, maar bij voorkeur tot die disciplines die bij de eerstelijns zorginstelling worden genoemd: huisartsengeneeskunde, verpleegkundige zorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, psychologische zorg, verloskundige zorg, ouder en kindzorg en diagnostische voorzieningen.

Coördinatie speelt in de ontwikkeling van een geïntegreerde eerste lijn op diverse aspecten een rol. In de eerste plaats als synoniem voor management, in de tweede plaats in de betekenis van zorgcoördinatie (ketenzorg) en in de derde plaats de coördinatie van de eerste opvang van de patiënt.
Een goed management van de eerste lijn kan bijdragen aan een doelmatig en doeltreffend functioneren van de eerste lijn. Management speelt niet alleen een rol op het niveau van de uitvoerende organisatie, maar ook op het niveau van een ondersteunende structuur; het facilitair bedrijf.

Op het terrein van de zorgcoördinatie (ketenzorg) kunnen multidisciplinaire werkafspraken (richtlijnen of protocollen) bijdragen aan een goede afhandeling van de vragen van de patiënt. Hierbij dient echter een evenwicht te worden gevonden tussen het ideaal om gedetailleerd de keten te willen beschrijven en het behouden van een praktisch haalbare werkwijze. Hierbij kan wellicht de functie van zorgcoördinator een rol spelen. De functie van zorgcoördinator kan worden vervuld door alle medewerkers binnen de eerste lijn, maar lijkt in belangrijke mate aan te sluiten bij het werkterrein van de praktijkondersteuners en nurse practitioners. Daarbij is het belangrijk dat de betreffende functionaris met name beschikt over een goed vermogen om de vraag van de patiënt te vertalen in een concrete hulpvraag en dient goed op de hoogte te zijn met de competenties van de onderscheiden disciplines in de eerste lijn zodat de hulpvrager doeltreffende en doelmatige hulp ontvangt.
Voor het snel naar de juiste vorm van hulpverlening leiden van de patiënt zijn de volgende modellen in de praktijk reeds ontwikkeld: poortwachters model, één-loketmodel, triagemodel en het callcentermodel.

De toekomstige ontwikkelingen van de communicatie binnen de eerste lijn lijken in belangrijke mate afhankelijk te zijn van de ontwikkelingen op het terrein van de Informatica. Daarbij lijkt niet zozeer de technologie het struikelblok te vormen, maar veeleer de attitude van de werkers binnen de eerste lijn. De domeincultuur staat ontwikkelingen in de weg.

Communicatie binnen de eerste lijn vindt om die reden veelal nog op een traditionele manier plaats. Op deze regel zijn echter uitzonderingen zoals de in de laatste jaren sterk verbeterde communicatie tussen huisarts en apotheker. Laatstgenoemde ontwikkeling is mede door het Electronisch Voorschrijf Systeem sterk verbeterd.
Communicatie in de eerste lijn zou kunnen worden gerealiseerd conform het gepresenteerde margrietmodel waar eerstelijnsdisciplines bijdragen aan een goed

gedocumenteerd elektronisch patiëntendossier dat door (geautoriseerde) hulpverleners kan worden geconsulteerd.

Randvoorwaarden voor een effectieve en efficiënte communicatie met behulp van moderne informatie technologie zijn: koppeling van geautomatiseerde technologieën, de wil en bereidheid om conform de geïntegreerde aanpak te werken, duidelijke afspraken, benoemen van hoofdverantwoordelijke voor het bijhouden van het patiëntendossier, aanpassing van wet- en regelgeving, autorisatie van bevoegdheden en een goede kwaliteitsborging.

Uit de verkenning komt naar voren dat een geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnsvoorziening voordelen biedt ten opzichte van een samenwerkende eerste lijn van zelfstandige beroepsbeoefenaars die elk vanuit een eigen locatie te werk gaan. Met name de facilitaire ondersteuning kan op een aanzienlijk efficiëntere wijze worden ingevuld. Mogelijke effecten van een bedrijfsmatige aanpak zijn: kostenreductie, kwaliteitsverbetering van het zorgproces, verhoging van het aantal patiënten per zorgverlener, verkorting van de wachtlijsten en mogelijkheden voor specialisatie voor de zorgaanbieder.

Van belang is dat zorgaanbieders in sterkere mate verantwoording afleggen over hun bedrijfsvoering. Activiteiten die daarbij een rol kunnen spelen zijn: managementrapportages, financiële en beleidsmatige jaarverslagen en inventarisatie van tijdsbesteding gekoppeld aan het zorgaanbod. Dergelijke instrumenten geven een georganiseerde eerste lijn mogelijkheden tot een meer bedrijfsmatige organisatie toe te groeien.

De realisatie van de Coördinatie, Informatie en Communicatie functie in de eerste lijn betekent een vernieuwingsimpuls voor de eerstelijnszorg waarbij rekening dient te worden gehouden met de volgende actoren en aspecten die voor de diverse actoren van belang zijn:

- Beleidsomgeving: wet- en regelgeving en financiering;
- Aanbieders/organisaties/instellingen in de zorg: gereedheid tot ontwikkeling en invoering, ervaren deskundigheid, benodigde faciliteiten, draagvlak om tot organisatie aanpassingen te komen;
- Uitvoerders: eigen taakopvatting, zelfeffectiviteit, ervaren en te verwachten eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit, flexibiliteit;
- Patiëntenorganisaties: eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit.

Uit de uitgevoerde verkenning blijkt dat op alle niveaus draagvlak bestaat voor een modernisering van de eerste lijn waarin de communicatie, informatie en coördinatie worden versterkt.

Op basis van de verkenning van het CICEL project en een inventarisatie van initiatieven in de provincie Groningen die in hoofdstuk 8 van het rapport zijn weergegeven lijken zich de volgende mogelijkheden voor projecten af te tekenen.

1 In overleg met de diverse partijen ontwikkelen van een facilitaire organisatie die in principe werkt ten behoeve van alle disciplines in de eerste lijn.
2 Het opzetten van een éénloketfunctie of triagefunctie in overleg met de beroepsorganisaties in Groningen.
3 De ontwikkeling van een informatie en communicatie systeem dat het mogelijk maakt op efficiënte wijze informatie uit te wisselen.
4 Inzetten van praktijkondersteuners of nurse practitioners als zorgcoördinatoren voor meervoudige en complexe zorgvragen.

Inhoudsopgave

1 Inleiding ... 9

2 Doel CICEL project ... 11

3 Ontwikkeling in de eerstelijnsgezondheidszorg ... 13
3.1 Inleiding ... 13
3.2 Commissie Modernisering Eerste Lijn ... 13
3.3 LHV/NHG ... 14
3.4 Zorgverzekeraars ... 15
3.5 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) ... 17
3.6 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport ... 18
3.7 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ... 20
3.8 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) ... 22
3.9 Aanvullende informatie vanuit de interviews ... 22
3.10 Conclusies ... 23

4 Organisatietypen van de eerste lijn ... 27
4.1 Inleiding ... 27
4.2 Solopraktijken ... 28
4.3 Samenwerking onder één dak ... 28
4.4 Gezondheidscentra ... 29
4.5 Hoofdmodellen voor een georganiseerde eerste lijn ... 30
4.6 Conclusies ... 31

5 De coördinatiefunctie binnen de eerste lijn ... 33
5.1 Inleiding ... 33
5.2 Coördinatie en management ... 33
5.3 Zorgcoördinatie ... 35
5.4 Coördinatie eerste opvang ... 40
5.5 Conclusies ... 43

6 Communicatie en informatie ... 45
6.1 Inleiding ... 45
6.2 Communicatie en informatievoorziening vanuit patiëntenperspectief ... 45
6.3 Communicatie tussen zorgverleners ... 46
6.4 Ontwikkeling van de IC functie ... 47
6.5 Randvoorwaarden ... 49
6.6 Conclusie ... 50

7 Naar een bedrijfsmatige eerste lijn ... 51
7.1 Inleiding ... 51
7.2 Monodisciplinaire organisatievorm ... 51
7.3 Multidisciplinaire organisatievorm ... 52
7.4 Effecten op bedrijfsmatige aanpak ... 53
7.5 Conclusies ... 54

8 Implementatie van innovatie; praktijkillustratie provincie Groningen ... 55
8.1 Inleiding ... 55
8.2 Succesfactoren voor innovaties in de eerste lijn ... 55

8.3 Schets van initiatieven in de provincie Groningen 58

9 Algemene conclusies en aanbevelingen 63
9.1 Inleiding 63
9.2 Vraagstelling 63
9.3 Programma van eisen CIC functie en best practices 63
9.4 Mogelijke projecten 65

10 Literatuurlijst 67

Bijlage(n)
A Hoofdmodellen voor een georganiseerde eerste lijn (LVG, 2002; STG, 2003)
B Verantwoordelijkheden georganiseerde 1e lijn (bron: STG 2003)

1 Inleiding

Vanuit het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is TNO Preventie en Gezondheid benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie 'Coördinatie Informatie Communicatie Eerste Lijn' (CICEL).
Veranderingen in de omvang en de inhoud van zowel de vraag als het aanbod van de zorg stelt eisen aan de coördinatie, informatie en communicatie binnen de eerste lijn.
In de nota 'Een perspectief voor de eerstelijnszorg' (commissie modernisering eerste lijn, 2002) zijn de volgende overwegingen naar voren gebracht om de urgentie van een nieuw eerstelijnsperspectief te onderbouwen:

- De roep van patiënten om een betere afstemming en continuïteit van zorg, wat onder meer bereikt kan worden door een betere inzet van mogelijkheden op het gebied van de informatie en communicatietechnologie (ICT);
- De stijgende zorgvraag die steeds complexer wordt;
- De groeiende ervaren werkdruk onder zorgverleners;
- Een acuut dan wel dreigend capaciteitstekort bij diverse beroepsgroepen in de eerste lijn wat leidt tot wachtlijstproblemen en problemen in de contractering van zorg door verzekeraars. Ook in de huisartsenzorg dreigt de continuïteit in de toekomst in gevaar te komen.

Naast bovengenoemde punten is er een autonome behoefte aan verandering voortkomend uit de context van de eerste lijn. De commissie modernisering eerste lijn noemt daarbij de volgende punten:

- Patiënten raken steeds beter geïnformeerd over ziektebeelden en mogelijkheden van het zorgaanbod;
- 'De patiënt' bestaat niet meer, er is een toenemende differentiatie in doelgroepen;
- Toenemende roep om transparantie van de zorg;
- Organisatie verschuift in de richting van grotere samenwerkingsverbanden;
- Ver doorgevoerde splitsing van taken (met name in de thuiszorg) waardoor soms te hoog en soms te laag gekwalificeerde hulpverleners worden ingezet;
- Wens van de huisartsenorganisaties om de verantwoordelijkheid voor de generalistische medische zorg bij de huisarts te laten;
- Onvoldoende afstemming tussen hulpverleners;
- Onvoldoende afstemming tussen organisaties;
- Gebrekkige informatievoorziening wat de continuïteit niet ten goede komt;
- Behoefte aan flexibilisering van de financiering van de zorg;
- De verwachting dat de zorgverzekeraars zorgen voor een regionaal passende organisatie van het zorgaanbod, waarbij zij doelmatig zorg inkopen.

Bovenstaande analyse van de huidige situatie in de eerste lijn vormt het uitgangspunt voor een nieuw perspectief voor de eerstelijnszorg: vraaggerichtheid, doelmatigheid en functionaliteit. Als perspectief ziet de commissie het werken aan één aanspraak op zorg in de eerste lijn waarbij als het ware sprake zal zijn van een 'verstrekking eerste lijn' waarbinnen verschillende zorgfuncties bestaan. Zorgverzekeraars en aanbieders maken op regionaal niveau afspraken over de invulling van en de afstemming en samenwerking tussen de diverse beroepsbeoefenaars.

Het CVZ onderschrijft de analyse en oplossingsrichtingen zoals die door de commissie modernisering eerste lijn naar voren zijn gebracht en wil op de genoemde punten en ontwikkelingen ingaan en bijdragen aan de ontwikkeling van een coördinatie-,

informatie- en communicatiefunctie (CIC-functie) binnen en tussen beroepsgroepen in de eerste lijn.

Terwijl de potentiële voor- en nadelen van een betere CIC-functie evident lijken, blijkt het moeilijk deze voor de individuele zorgverlener, de patiënt en de zorgverzekeraar concreet te maken. Gesproken wordt over het verminderen van de administratieve lasten voor alle betrokkenen, over een efficiëntere en doelmatiger patiëntenzorg, over betere afstemming van vraag en aanbod en over het transparanter maken van de organisatiestructuur. In het verlengde daarvan wordt verondersteld dat verbeteringen in de CIC-functie een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van enkele belangrijke problemen in de zorg, zoals continuïteit, wachtlijsten en stijgende werkdruk.

De commissie modernisering eerste lijn geeft als een van de acties aan 'stimuleren en gebruiken van praktijken en praktijkvoorbeelden die bijdragen aan de realisering van het geschetste perspectief (**best practices**)'.
Een dergelijke aanpak kan ertoe bijdragen dat oplossingen goed aansluiten bij de praktijk en dat regionale en lokale inkleuringen mogelijk blijven en sluit goed aan bij de uitgangspunten van het CVZ waarbij voorop staat dat adequaat op lokale en regionale initiatieven dient te worden ingespeeld en gebruik dient te worden gemaakt van ontwikkelde praktijkervaring.

2 Doel CICEL project

Het *CICEL* project heeft tot doel de kwaliteit en beschikbaarheid van zorg op lokaal en regionaal niveau te bevorderen. Het handelt daarbij om de volgende knelpunten:

1 Het efficiënt doorgeleiden van de patiënt door het zorgsysteem naar de zorgverlener(s) die bij uitstek de noodzakelijke zorg kan (kunnen) verlenen. Zorg dragen dat de patiënt op de goede plek belandt.
2 Zorgverleners ontlasten door te voorkomen dat patiënten zich met vragen tot hen wenden die niet op hun terrein liggen.
3 Adequate afhandeling van enkelvoudige zorgvragen waarbij informatie uit het verleden op adequate wijze beschikbaar is.
4 Het ondersteunen van een kwalitatief voldoende multidisciplinaire behandeling van complexe zorgvragen op bedrijfsmatig niveau.
5 Het ondervangen van de gevolgen van de vermaatschappelijking van zorg (ouderen langer thuis, verkorting ligduur in het ziekenhuis etc.) waardoor de eerste lijn geconfronteerd wordt met het verlenen van tweede- en derdelijnszorg.
6 Het verbeteren van de continuïteit van de zorg.

Doel, werkzaamheden en fasering CICEL

Het doel van de verkennende studie is 3-voudig:

- Helder krijgen welk programma van eisen door de verschillende partijen in de eerste lijn worden gesteld met betrekking tot een CIC functie in de eerste lijn. Het betreft een inventarisatie op zowel beleidsniveau als op uitvoerend niveau. Tot het programma van eisen behoren in ieder geval: goede afstemming van de bedrijfsprocessen, cliëntgericht, transparant, efficiënt, effectief etc.
- Identificeren van 'best practices' van de CIC functie in de eerste lijn op basis van de geformuleerde criteria.
- Nagaan welke 'best practices' in aanmerking komen voor verdere ontwikkeling en implementatie.

Afbakening (functioneel)

Het CICEL project zal zich in eerste instantie richten op de curatieve zorg en betreft de volgende functies in de eerste lijn:

- huisartsenzorg;
- fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg;
- thuiszorg;
- apotheek;
- GGZ.

Afbakening (regionaal)

Vanwege de praktische haalbaarheid zal het CICEL project wat betreft de regionale verkenning en de verkenning op uitvoerend niveau zich beperken tot één regio, in concreto de provincie Groningen.

Werkplan verkennende studie

De verkennende studie bestaat uit de volgende stappen:

1 Inventarisatie en verwerking literatuur en documenten.
2 Interviews met landelijke en regionale koepelorganisaties over een programma van eisen dat gesteld dient te worden aan 'best practices' met betrekking tot de CIC functie in de eerste lijn.

3 Interviews met landelijke en regionale patiëntenorganisaties idem 2.
4 Inventarisatie bestaande initiatieven voor verbetering van de CIC functie in de eerste lijn door (telefonische) interviews en gegevensverzameling via Internet binnen een regio.
5 Regionale benchmark 'best practices' CIC functie in de eerste lijn.
6 Selectie 'best practices' CIC functie in overleg met het veld.
7 Implementatieplanning verbeteringsprojecten CIC functie in de eerste lijn.

Bedrijfskundige analyse
Een onderdeel van de haalbaarheidsstudie is een bedrijfskundige analyse. Deze analyse heeft tot doel om na te gaan in hoeverre de bedrijfsprocessen binnen de eerstelijnszorg op elkaar afgestemd zouden moeten zijn om zo de grondslag te kunnen leggen voor één aanspraak op zorg in de eerste lijn waarbij vraaggerichtheid, doelmatigheid en functionaliteit voorop staan.
De bedrijfskundige analyse valt uiteen in de volgende onderdelen:
- Analyse van de bedrijfsprocessen/ organisatievormen binnen de gezondheidszorg.
- Beschrijven van een model waarbinnen de CIC functie vormgegeven kan worden.
- Aangeven binnen welke mogelijke organisatievormen de CIC functie optimaal werkbaar kan zijn, zodat vraaggerichtheid, doelmatigheid en functionaliteit tot zijn recht kunnen komen.
- Aangeven onder welke randvoorwaarden de CIC-functie binnen de eerste lijn optimaal kan werken en aangeven van mogelijke belemmeringen.

Implementatie CICEL
De realisatie van de Coördinatie, Informatie en Communicatie functie in de eerste lijn betekent een vernieuwingsimpuls voor de eerstelijnszorg waarbij rekening dient te worden gehouden met de volgende actoren en aspecten die voor de diverse actoren van belang zijn:
- Beleidsomgeving: wet- en regelgeving en financiering.
- Aanbieders/organisaties/instellingen in de zorg: gereedheid tot ontwikkeling en invoering, ervaren deskundigheid, benodigde faciliteiten, draagvlak om tot organisatie aanpassingen te komen.
- Uitvoerders: eigen taakopvatting, zelfeffectiviteit, ervaren en te verwachten eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit, flexibiliteit.
- Patiëntenorganisaties: eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit.

In de eerste plaats zullen de hier genoemde aspecten bij de diverse actoren worden geïnventariseerd.

In de tweede plaats zal worden ingegaan op de diverse Implementatiestrategieën die een rol kunnen spelen bij de CICEL functie. Deze strategieën zijn: informerend, educatief, faciliterend en sturend. Deze implementatiestrategieën zijn mede bepalend voor de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de vernieuwing en richten zich op het stimuleren en bevorderen van adoptie, implementatie en/of institutionaliseren van de vernieuwing.

Mogelijke uitkomstmaten zijn:
- Adoptie van CICEL, de beslissing conform de CICEL uitgangspunten te gaan werken.
- Implementatie van CICEL, het daadwerkelijk werken conform de uitgangspunten van CICEL; en tot slot
- Institutionalisering van CICEL, verankering en brede implementatie van CICEL.

3 Ontwikkeling in de eerstelijnsgezondheidszorg

3.1 Inleiding

Momenteel doen zich in de eerstelijnsgezondheidszorg tal van ontwikkelingen voor die direct van invloed zijn op de behandeling van de door CVZ gestelde vragen. In dit hoofdstuk zal een schets worden gepresenteerd van enkele relevante ontwikkeling aan de hand van recente publicaties. Deze publicaties zijn met name geselecteerd omdat in de interviews met overheden, zorgverzekeraars, zorgverleners en consumenten de hierin naar voren gebrachte standpunten uitdrukkelijk terug kwamen en als het ware de basis lijken te vormen voor de toekomstige ontwikkelingsrichtingen voor de eerste lijn.
Voor een belangrijk deel liggen de visies vast in documenten voor een deel betreft het visies die naar voren zijn gebracht in persoonlijke en telefonische interviews met de betrokken partijen.

3.2 Commissie Modernisering Eerste Lijn

De Commissie Modernisering Eerste Lijn (v.d. Grinten, 2002) heeft een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg geschetst. Deze commissie identificeerde (in ieder geval) de volgende drie uitgangspunten voor dit nieuwe perspectief:

Vraaggericht
De vraag van de patiënt staat centraal bij de toekomstige organisatie van de eerstelijnszorg. Dit betekent dat het aanbod van zorg dient aan te sluiten bij de specifieke vraag van de patiënt, met kennis van zijn/haar persoonlijke achtergrond en context.
De RVZ definieert het begrip vraaggerichte zorg als volgt:
"Een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn/haar verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden."
Meer specifiek wordt door de NPCF geformuleerd dat patiënten over het algemeen de volgende verwachtingen van de eerstelijnszorg hebben:

- Medische deskundigheid en een persoonsgerichte attitude.
- Onafhankelijkheid en basis voor een vertrouwensrelatie.
- Adequate informatievoorziening.
- Goed georganiseerde zorg. Patiënten verwachten 7 maal 24 uur adequate opvang voor hun medische klachten.
- Patiëntgerichte organisatie van het aanbod.
- Keuzevrijheid in de zorg (vrije keus van de arts) en variatie in het zorgaanbod.
- Continuïteit van de behandeling. De patiënt verwacht dat de zorgaanbieders de verschillende soorten zorgverlening op elkaar afstemmen in overleg met de patiënt. Hiervoor is een goede samenwerking tussen hulpverleners en instellingen noodzakelijk.

Doelmatig
De toekomstige eerstelijnszorg dient efficiënt gebruik te maken van de beschikbare capaciteiten, zowel waar het gaat om die van de huisartsenzorg als de capaciteit van ondersteunend personeel en andere zorgverleners in de eerste en de tweede lijn. Hierbij

is het van cruciaal belang dat er sprake is van een goede taakafbakening, taakdelegatie en protocollering.
Dit uitgangspunt is niet alleen gebaseerd op de toenemende werkdruk en de personele tekorten in sommige sectoren, maar ook op de roep om kwaliteit, transparantie en publieke verantwoording voorzover het gaat om het publieke belang.

Functioneel
Bij de modernisering van de eerstelijnszorg dient niet te worden uitgegaan van het bestaande zorgaanbod, maar van een 'functionele' toenadering van de zorgverlening. De uitdaging is om zorgfuncties te 'matchen' met de specifieke zorgvragen, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en kosten de criteria zijn. Maatwerk voor de patiënt is het parool.

Als richting voor de eerstelijnsgezondheidszorg dient naar de mening van de commissie voortvarend te worden gewerkt aan het ontstaan van eerstelijnszorgnetwerken, waarbinnen de uitvoering van zorgfuncties kleinschalig (dicht bij de patiënt) kan plaatsvinden. Een zorgnetwerk kan bestaan uit wisselende samenstellingen al naar gelang lokale en regionale omstandigheden en ontwikkelingen. De commissie geeft daarbij wel aan dat vooralsnog de huisartsenzorg de aangewezen voorziening is om de medisch generalistische zorgfuncties in de eerste lijn te coördineren. Daarbij wordt echter opgemerkt dat het huisartsentekort deze voorziening onder druk zetten en dat een nadere definiëring van generalistische eerstelijnszorg nodig is.
Gesignaleerd wordt dat de coördinatie van de eerstelijnszorg in de toekomst een belangrijk punt is bij de inrichting van zorgnetwerken. Op termijn zijn daarbij meerdere modellen mogelijk die verdere uitwerking verdienen.
De commissie stelt vervolgens een aantal essentiële voorwaarden voor de vormgeving en werking van een geïntegreerde eerst lijn.

- De geïntegreerde eerste lijn dient te voldoen aan vast te stellen kwaliteitseisen.
- binnen de geïntegreerde eerste lijn wordt zorggedragen voor coördinatie, overzicht en continuïteit van de zorg.
- Er bestaan geformaliseerde samenwerkingsafspraken zowel procedureel als inhoudelijk.
- Er bestaat duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden van betrokken zorgverleners.
- Er bestaan monodisciplinaire en multidisciplinaire richtlijnen.
- De eerstelijnszorg is voor de patiënt bereikbaar, toegankelijk en beschikbaar binnen redelijke termijnen en afstanden.
- De geïntegreerde eerste lijn dient verantwoording af te leggen over haar functioneren.
- De prestaties van de diverse zorgleveranciers zijn transparant.
- In de contracten tussen de zorgaanbieders en verzekeraars dienen afspraken te worden gemaakt ten aanzien van toegang, kwaliteit, financiering en bereikbaarheid.

In het verlengde van deze randvoorwaarden zijn vervolgens acties geformuleerd om het perspectief voor de eerste lijn op termijn haalbaar te maken.

3.3 LHV/NHG

Parallel aan de ontwikkeling van dit perspectief op de eerste lijn hebben eveneens de LHV/NHG een toekomstvisie ontwikkeld welke meer inzoomt op de situatie van de huisartsenzorg.

In de "Toekomstvisie huisartsenzorg" (LHV/NHG, 2002) wordt met name de ontwikkeling geschetst van huisarts naar huisartsenzorg, van solistisch functionerende huisarts naar de samenwerkende huisarts. Uitdrukkelijk wordt hierin de ontwikkeling van de rol van de huisarts geschetst. In de ogen van LHV/NHG behoudt de huisarts de centrale positie in de gezondheidszorg
Wat betreft de organisatievorm van de huisartsenzorg wordt geconcludeerd dat de ontwikkeling van de huisartsengeneeskunde in individuele huisartsenpraktijken naar huisartsenzorg als voorziening vraagt om aanpassing van de organisatiestructuur. De organisatorische vormgeving wordt, naast persoonlijke voorkeur van de huisarts, mede bepaald door lokale of regionale factoren. Dit leidt ertoe dat huisartsen in toenemende mate in samenwerkingsverbanden zullen werken.

Als actiepunten op de weg naar de toekomst worden door de LHV/NHG de volgende punten naar voren gebracht:
- Aanpassing functieomschrijving huisarts.
- Ontwikkeling protocollen voor inventarisatie van de hulpvraag en te delegeren taken.
- Opleiding en certificering van differentiaties.
- Concrete ondersteuning en bevordering van samenwerking zowel binnen de voorziening als met andere samenwerkingspartners binnen een geïntegreerde eerste lijn alsook met de organisatie en hulpverleners uit de tweede lijn.
- Inhoudelijke ondersteuning voor huisartsen bij actuele ontwikkelingen en kwaliteitsbeleid.
- Verbetering van de organisatie en inhoudelijke ondersteuning van avond-, nacht-, en weekenddiensten.
- Verbetering ICT binnen de voorziening, de geïntegreerde eerste lijn en verticale samenwerking tussen eerste en tweedelijn, inclusief adequaat elektronisch patiëntendossier en goede informatie uitwisseling.
- Instroom in de huisartsenopleiding aantrekkelijker maken.
- Beperking van de uitstroom uit het huisartsenvak, door het scheppen van loopbaanperspectief.
- Huisvesting en infrastructuur met (gemeentelijke) politiek en verzekeraars mogelijk maken.
- Opleiding, financiering en uitbreiding van ondersteunend personeel.
- Structurele aandacht voor kwalitatief hoogstaande huisartsenzorg vanuit de samenleving.
- Uitdragen van de Nederlandse visie op de huisartsenzorg en huisartsengeneeskunde in internationaal verband, tegen de achtergrond van de Europese eenwording.

Uit deze actiepunten kan worden afgeleid dat ook binnen de LHV/NHG draagvlak bestaat voor het werken aan een geïntegreerde eerste lijn, LHV/NHG zien hierbij een centrale rol voor de huisarts.

3.4 Zorgverzekeraars

In de visie van zorgverzekeraars op de herstructurering van de eerstelijnszorg (ZN, 2002) wordt ingegaan op de invoering van een functionele omschrijving van de eerstelijnszorg (lange termijn) en het opheffen van financiële en organisatorische belemmeringen om nieuwe organisatievormen in de eerste lijn te kunnen realiseren.
Duidelijk blijkt dat ZN streeft naar een geïntegreerde eerstelijnszorg gekenmerkt door:
- generalistisch karakter;
- vrije toegankelijkheid;

- situering dichtbij of temidden van de doelgroep;
- gerichtheid op de mens in de thuissituatie;
- ambulante wijze van zorgverlening.

Uitvoerig wordt ingegaan op de huisarts als poortwachter in de eerste lijn. De zorgverzekeraars zijn van mening dat de huisarts zijn werkzaamheden aanmerkelijk kan verlichten door samenwerkingsverbanden aan te gaan en zijn exclusieve rol van poortwachter in de eerste lijn los te laten. Als voorbeelden voor alternatieve poortwachters naast de huisarts worden gepresenteerd:

- De schoolarts of praktijkverpleegkundige verwijst rechtstreeks naar de logopedist, fysiotherapeut, psychotherapeut etc.
- Bedrijfsartsen verwijzen naar tweedelijns deskundigheid voor diagnostiek, consultatie en behandeling.
- Fysiotherapeuten bepalen zelf of ze patiënten met rugpijn of een knieblessure moeten behandelen.
- Ervaren praktijkverpleegkundigen en huisartsassistenten stellen met behulp van een beslissingsondersteunend systeem (triage) de ernst van klachten vast en de noodzakelijke zorgbehoefte.
- Binnen te ontwikkelen oogheelkundige netwerken maken deskundigen in de oogzorg (opticiens, oogartsen, huisartsen, optometristen of contactlenzenspecialisten) afspraken over de wijze waarop patiënten bij de juiste deskundigen terecht komen.

Naast de behandelingsfunctie van de huisarts worden de volgende poortwachters-functies door ZN onderscheiden:

- Selectie, verwijzing.
- Beoordeling of de zorgvraag al dan niet terecht is en voorkomen van onnodige medicalisering. Indien nodig vindt verwijzing naar andere beroepsbeoefenaren in de eerste en tweede lijn plaats.
- Verduidelijking en bemiddeling.
- Verduidelijking van het probleem van de patiënt. Op basis hiervan wordt bepaald of de vraag medisch of niet medisch is en bij welke zorgverlener de vraag thuishoort.
- Vertrouwenspersoon.
- Patiënten kunnen lichamelijk en psychische problemen gerelateerd aan thuis/werksituatie voorleggen.
- Generalistisch overzicht en casemanager.
- Overzicht en regie over diverse behandelingen, relatie met gezondheids-, leef- en woonsituatie.
- Inzage/toegang medisch dossier.
- Beheer van het medisch dossier.
- Medicatiebewaking.
- Overzicht over het medicijngebruik.
- Informatievoorziening.
- Inzicht in het aanbod van behandelingen en preventieve mogelijkheden.

Wat betreft de zorgvraag van patiëntengroepen onderscheidt ZN de volgende patiënten categorieën:
Acuut: levensbedreigend, spoedeisend. Binnen een uur is behandeling vereist.
Urgent: binnen een dag is behandeling noodzakelijk.
Electief: behandeling kan wachten en kan in principe gepland worden.

Chronisch: cliënt heeft een chronische ziekte waardoor op gezette tijden een beroep wordt gedaan op behandeling. De behandeling kan niet altijd worden gepland, maar kan wel worden verwacht.
De acute patiënt heeft vooral behoefte aan een poortwachter die geïnformeerd is over het persoonlijk medisch dossier en kan selecteren. Het maakt in principe niet uit wie de hulp verleent als de poortwachter maar over de juiste informatie beschikt om de beste medische beslissingen te nemen. De overige poortwachtersfuncties zijn in deze situatie niet of van ondergeschikt belang.
Voor de urgente patiënt zijn de meeste functies van belang, met uitzondering van de rol van vertrouwenspersoon en informatieverstrekker.
Voor de electieve patiënt zijn alle poortwachtersfuncties van belang.
De chronische patiënt heeft voornamelijk behoefte aan casemanagement, beheer van het medisch dossier en medicatiebewaking. Minder relevant zijn de selectie, verwijzing en vraagverduidelijking. In tabel 1 wordt dit schematisch in beeld gebracht.

Tabel 3.1 Poortwachters functies naar patiënten categorieën

	acuut	urgent	electief	chronisch
selectie, verwijzing	+	+	+	-
vraagverduidelijking en bemiddeling	-	+	+	-
vertrouwenspersoon	-	-	+	-
generalistisch overzicht en casemanager	-	+	+	+
inzage/toezicht medisch dossier	+	+	+	+
medicatiebewaking	-	+	+	+
informatievoorziening	-	-	+	+

3.5 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

In de nota 'Huisarts in de eerstelijnszorg' (NPCF, 2002), gaat de NPCF in op een aantal ontwikkelingen in de eerste lijn in het algemeen en de huisartsensituatie in het bijzonder. Voor de NPCF is de huisarts een belangrijke speler op het terrein van de eerste lijn. De huisarts levert medische zorg dicht bij huis. Met zijn kennis begeleidt hij de patiënt op basis van gelijkwaardigheid bij de aanpak van een zorgvraag.
De NPCF stelt de positie van de patiënt centraal die optimaal invulling wil geven aan het eigen leven en wil deelnemen aan de samenleving. Dit vraagt om zorg in de eigen omgeving, waarbij zij de volgende verwachtingen hebben van de huisarts:

- dient deskundig te zijn;
- geeft volledige informatie over onderzoek, diagnose en de verschillende behandelingsmogelijkheden;
- speelt goed in op de problemen en behoeften en past hulp aan bij verandering;
- werkzaamheden en faciliteiten dienen goed georganiseerd te zijn, ook de 24-uurszorg en de bereikbaarheid dienen helder en duidelijk georganiseerd te zijn;
- heeft voldoende tijd voor een consult, spreekuren zijn patiëntgericht georganiseerd;
- continuïteit van de behandeling is belangrijk, de huisarts coördineert de verschillende soorten zorgverlening en stemt deze op elkaar af. Hiervoor is een goede samenwerking met andere hulpverleners en instellingen noodzakelijk;
- keuzemogelijkheid voor huisarts die past bij de individuele voorkeur van de patiënt;
- goede informatie over de huisarts en de zorg die hij biedt.

In meer algemene termen hanteert de NPCF de volgende kwaliteitscriteria: vakbekwaamheid, informatie, bejegening, begeleiding, organisatie, beschikbaarheid en patiëntenrechten.

De NPCF benadrukt eveneens in de nota dat er niet sprake is van dé patiënt, maar dat differentiatie noodzakelijk is. De NPCF onderscheidt de volgende groepen:

- Ouders en kinderen
  Hierbij is een vertrouwensrelatie met de zorgverlener van belang, evenals de generalistische blik die in staat is gezinsgerichte zorg te verlenen.
- Ouderen
  Deze doelgroep heeft behoefte aan een vertrouwde case-manager en bejegening. Delegatie van taken naar een praktijkverpleegkundige is acceptabel indien met deze verpleegkundige een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd.
- GGZ cliënten
  Goede opvang in de eerste lijn is wenselijk, zeker in crisissituaties. Dat kan door de inzet van andere hulpverleners waarmee de eerste lijn moet worden versterkt.
- Chronisch zieken
  Verwachten een begeleidende rol, rekening houdend met de eigen deskundigheid van de patiënt. Verwijzing naar specifieke deskundigheden is wenselijk in samenhang met de kennis van patiëntenverenigingen.
- Migranten
  Wensen serieus genomen te worden en correct te worden bejegend. Belangrijke punten zijn informatievoorziening over medicijnen, goede toegankelijkheid en informatie over organisatie van de zorg in de eigen taal.
- Consumenten
  Verzoeken vaak om gerichte doorverwijzing of hebben een kortdurend gezondheidsprobleem. De regie van het zorgtraject ligt bij de consument zelf.

Wat betreft de organisatievorm spreekt de NPCF een duidelijke voorkeur uit voor een regionale of lokale benadering, die de volgende kenmerken heeft:

- De organisatievorm is afhankelijk van de gezondheidsproblemen, patiëntenpopulatie en geografische omstandigheden.
- De huisarts werkt samen met andere huisartsen en andere zorgaanbieders in een eerstelijnszorgcentrum dat wijkgericht werkt.
- De werkzaamheden richten zich op de eerstelijnszorg.
- Management taken worden niet uitgevoerd door de huisarts.
- Spreekuren op afspraak (ook enkele avonden) en voldoende capaciteit.
- Verantwoordelijkheid voor de financiering ligt bij een stichting, de zorgverzekeraar of een gemeente.
- Afhankelijk van de vragen en behoeften houden specialisten spreekuur in het centrum.
- Het centrum is fysiek goed toegankelijk en verkeerstechnisch goed bereikbaar.
- Naast spreekuren is er een waarnemingsregeling ten behoeve van de acute zorg.

3.6 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Ook binnen het ministerie van VWS vindt een bezinning plaats op de toekomst van de eerste lijn, dit mede naar aanleiding van de hiervoor besproken adviezen en de rol die het ministerie van VWS kan spelen om de ontwikkelingen mee te helpen dragen.
De visie die momenteel wordt ontwikkeld luidt: 'Zorg in de buurt'. Door de huidige politieke onzekerheid is de visie echter nog niet aan de Tweede Kamer aangeboden.
Het ministerie van VWS signaleert een aantal belangrijke ontwikkelingen in de eerste lijn, waarbij onder meer kunnen worden genoemd: Achmea callcentrum, lokale visies op de eerstelijnszorg (Utrecht, Delft) en samenwerkingsprojecten in de eerste lijn.

De toekomst voor de eerstelijnszorg wordt gekenmerkt door 'Zorg in de buurt', een toegankelijke, vraaggestuurde en doelmatige eerstelijnsgezondheidszorg. Kenmerken hierbij zijn onder meer een doelmatiger wijze van toegang tot de eerste lijn, functiedifferentiatie en taakherschikking. Samenwerking in de eerste lijn in voor patiënten duidelijk herkenbare voorzieningen, waarbij patiënten uit verschillende hulpverleners kunnen kiezen. Zorgverzekeraars kunnen verschillende vormen van zorg inkopen bij de samenwerkingsverbanden.
De rollen van de verschillende spelers kunnen als volgt worden geschetst:
Patiënt moet op basis van betrouwbare en begrijpelijke informatie zelf kunnen kiezen of en hoe hij gebruik maakt van de eerstelijnsgezondheidszorg.
Patiënten en consumentenorganisaties moeten namens de cliënt op lokaal niveau actief deelnemen aan de beleidsontwikkelingen binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook andere maatschappelijke organisaties (buurtverenigingen e.d.) kunnen een dergelijke rol vervullen.
Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende en adequate zorg voor hun verzekerden. Zij dienen het recht op zorg voor hun verzekerden lokaal in te vullen door in de eerste lijn het initiatief te nemen tot het maken van afspraken en door samenwerkingsverbanden te stimuleren. Doel is optimale beschikbaarheid en doelmatigheid van zorg.
Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van adequate en kwalitatief hoogwaardige zorg.
Gemeenten hebben de regie voor de sociale infrastructuur en de algemene verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Op basis hiervan kunnen zij ondersteuning bieden bij de ruimtelijke inpassing van voorzieningen. Een goed werkende eerste lijn is een belangrijke kapstok voor preventie. Dit is des te belangrijker in die wijken waar het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen voorrang heeft.
Rijksoverheid stelt de algemene beleidskaders voor de eerstelijnszorg, waakt in algemene zin over de toegankelijkheid en de spreiding van de voorzieningen en zorgt voor een stelsel van wet- en regelgeving dat hieraan bijdraagt; ook geeft zij prikkels voor een doelmatige organisatie en hulpverlening.

Een nadere uitwerking van de rollen van met name de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars en de overheid wordt weergegeven in het STG rapport (2003), zie bijlage.

Maatregelen die reeds eerder door het ministerie van VWS in gang zijn gezet om de eerste lijn te versterken betreffen onder meer: verhoging van de opleidingscapaciteit, extra middelen voor praktijkondersteuning, verhoging van de normbedragen voor praktijkkosten, inkomensherijking en een regeling voor avond, nacht en weekenddiensten, een versterking van de eerstelijns GGZ, praktijkondersteuning (naar schatting heeft eind 2002 bijna 40% van de huisartsen een aanvraag voor praktijkondersteuning ingediend), verwijsfunctie huisartsen, directe toegankelijkheid van de fysiotherapie (pilotproject), lokale differentiatie van de kosten.
Te verwachten is dat een nieuw kabinet aan de ontwikkeling van de eerste lijn de nodige aandacht zal geven. Onderwerpen die daarbij aan de orde kunnen komen zijn onder meer:

- verbeteren van de instroom van huisartsen;
- verbeteren van de bedrijfsvoering in de eerste lijn;
- verlagen van de uitstroom van huisartsen.

Overige activiteiten die worden overwogen betreffen het opstellen van productbeschrijvingen van de eerstelijnsgezondheidszorg en flexibilisering van de aanspraken op basis van de ziekenfondswet.

3.7 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Een belangrijke bijdrage aan de ontwikkelingen in de eerste lijn kan ook voortkomen uit het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg "Taakherschikking in de gezondheidszorg" (RVZ, 2002).
Het advies komt voort uit de constatering dat er in de gezondheidszorg een aantal ontwikkelingen gaande is die kunnen worden gekarakteriseerd als taakverschuivingen. Veelal zijn deze verschuivingen informeel van aard. Daaraan kleven echter bezwaren. Het is belangrijk voor alle partijen dat de taakverschuivingen duidelijker worden gestructureerd. Dit geldt eens te meer voor de eerste lijn omdat zich nieuwe beroepen ontwikkelen die in de toekomst consequenties kunnen hebben voor de huidige taakverdeling in de eerste lijn.

Het RVZ rapport gaat in op vijf clusters die taakherschikking in de weg staan: acceptatie bij patiënten, domein denken bij beroepsgroepen, onzekerheid over effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières.
Op basis van de bevindingen worden op vijf terreinen concrete aanbevelingen gedaan door de RVZ: informatie en communicatie, opleidingen, innovatie en toegankelijkheid, financiële incentives en regelgeving. Deze aanbevelingen worden hieronder kort belicht.

Informatie en communicatie
Uit onderzoek blijkt dat consumenten taakherschikking in het algemeen steunen, maar dat een flinke minderheid, variërend van 20-30%, aangeeft niet in te kunnen schatten in hoeverre hulpverleners deskundig zijn (RVZ, 2003). Informatie over wie wat doet in de gezondheidszorg, en waarom, is essentieel in de gezondheidszorg. In de eerste plaats voor de patiënten, maar ook voor hulpverleners, die elkaar nodig hebben om de zorg voor patiënten te organiseren. Hier ligt dan ook in de visie van de RVZ een taak van de overheid. De Raad beveelt de overheid aan, te zorgen voor toegankelijke informatie aan patiënten over beroepsgroepen in de zorg. Wat is hun deskundigheid en welke opleiding hebben ze gevolgd? Dit is minimale noodzakelijke informatie.
Om dit te bewerkstelligen is er behoefte aan een voorlichtingsoffensief met gebruik van diverse communicatie middelen, waaronder Internet en de gezondheidskiosk. Op die manier kan het draagvlak voor taakherschikking verder worden vergroot (RVZ, 2003).

Opleidingen
Voor de opleidingen voor nieuwe beroepen beveelt RVZ aan een opleidingsfonds te creëren, zodat gelden ook daadwerkelijk aan vernieuwing worden besteed. Ook dienen de curricula aangepast te worden aan taakherschikking.

Innovatie en toegankelijkheid
De toegankelijkheid van de zorg kan volgens de RVZ vergroot worden door een voorziening te creëren waar patiënten 24 uur per dag en zeven dagen per week telefonisch terecht kunnen voor een eerste screening en eventueel voor telefonisch advies (Zorgadvieslijn of Zorglijn). Verder kan de toegankelijkheid worden vergroot door walk-in-centra, gerund door nurse-practitioners, door diagnostische centra en door

rechtstreekse toegankelijkheid van paramedische beroepen mogelijk te maken (RVZ, 2003).

Financiële incentives
Op het terrein van de eerste lijn zouden verzekeraars taakherschikking kunnen stimuleren door polisdifferentiatie.

Wet- en regelgeving
Het juridisch kader voor taakherschikking heeft als uitgangspunt een heldere verdeling van verantwoordelijkheid, waarbij de term "eindverantwoordelijkheid" niet past. Verantwoordelijkheden moeten gelegd worden waar ze thuis horen. De bij wet of AMVB vastgestelde deskundigheidsgebieden van beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg bieden daarvoor een goed aanknopingspunt. Om belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking weg te nemen en het juridisch kader toekomstbestendig te maken, doet het RVZ voorstellen om wetten aan te passen. Zo beveelt de Raad aan, deskundigheidsomschrijvingen in de Wet BIG aan te passen, verpleegkundigen en mondhygiënisten een zelfstandige bevoegdheid te geven voor een aantal voorbehouden handelingen, en de titel van doktersassistente te beschermen. Verder moet de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst zo aangepast worden, dat duidelijk is dat patiënten rechten ook gewaarborgd zijn in een overeenkomst met een zelfstandig gevestigde en rechtstreeks toegankelijke verpleegkundige of fysiotherapeut (RVZ Taakherschikking, 2003).

Een tweede rapport van de RVZ (2002) met directe relevantie voor het CICEL project is het e-health rapport. RVZ beschouwt e-health als de gezondheidszorg werkzaamheden en activiteiten die plaatsvinden via Internet (e-zorg, e-zorgondersteuning en e-public health).
In deze nota wordt dit omschreven als informatie- en communicatietechnologie (ICT).
Er doen zich ten aanzien van informatietechnologie in de zorg diverse knelpunten voor:

- Een van de belangrijkste knelpunten is het feit dat gegevens niet of onvoldoende tussen zorgverleners op een elektronische wijze kunnen worden uitgewisseld. Dit hangt enerzijds samen met het feit dat gegevens niet elektronisch zijn vastgelegd. In de tweede plaats hangt dit samen met het niet of onvoldoende toepassen van technische standaarden, waaronder wordt verstaan dat gegevens tussen actoren in de zorg digitaal gecommuniceerd kunnen worden.
- Een ander probleem is angst voor verandering, m.a.w. de cultuur binnen de zorgsector die onvoldoende openstaat voor de toepassing van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën.
- Op financieel-economisch gebied doen zich belemmeringen voor. Er wordt te weinig geïnvesteerd in ICT en de vergoeding van ICT is onduidelijk. Bovendien bestaat nog te weinig inzicht in de effectiviteit van ICT handelen.

De RVZ concludeert dat ICT een kansrijk instrument is om toegankelijke, kosteneffectieve zorg van hoge kwaliteit te bieden, maar dat het nog onvoldoende toegepast wordt. Om te komen tot een betere benutting van ICT zullen de genoemde belemmeringen dienen te worden weggenomen, hetgeen kan leiden tot een betere zorg aanbieding.

3.8 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG)

De STG (2003) signaleert in het rapport 'Duizend bloemen in een kleurrijk boeket' dat een van de grote (financiële) problemen in de eerstelijns gezondheidszorg is dat iedereen zijn eigen onderdeel optimaliseert, maar dat er geen regie is op het grote geheel. De huidige ondersteuning van het primaire (bedrijfs- en samenwerkings) proces in de eerste lijn is gefragmenteerd en weinig gestructureerd.
De rijksoverheid lijkt vooral te koersen op de 'regiefunctie' van de zorgverzekeraars en het 'zelfsturend' vermogen van de beroepsgroepen in de eerste lijn. Bij alle partijen en op alle niveaus leeft de vraag: wie brengt de infrastructuur voor samenwerking op lokaal en regionaal niveaus tot stand en hoe moet die gefinancierd worden?
In bijlage A worden twee hoofdmodellen gepresenteerd voor een georganiseerde eerste lijn zoals deze door de STG en de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (2002) zijn geformuleerd. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in de eerstelijns zorginstellingen en het facilitair bedrijf.

De STG heeft de volgende regionale samenwerkingsverbanden geïdentificeerd, waarbij op basis van een analyse uit de regionale overzichten van samenwerkingsverbanden 16 hoofdcategorieën zijn te onderscheiden:

1 Transmurale zorg.
2 Praktijkondersteuning.
3 Huisartsen dienstenstructuren.
4 Facilitaire dienstverlening.
5 Verbetering van de samenwerking tussen de huisartsen en de thuiszorg.
6 Jeugdgezondheid voor 0 tot 19 jarigen.
7 Opzetten van nieuwe eerstelijnsgezondheidszorginstellingen.
8 Samenwerking om mensen met beperkingen – zoveel als zij kunnen en willen – in de eigen omgeving te laten wonen.
9 Vermaatschappelijking van de GGZ door ondersteuning, consultatie en deskundigheidsbevordering van eerstelijns disciplines.
10 (Psycho)geriatrische netwerken.
11 Overbruggingszorg om de gevolgen van wachtlijsten zo acceptabel mogelijk te maken.
12 Verbetering van de patiënten logistiek en voorkoming van verkeerde beddenproblematiek.
13 Werkafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten.
14 Elektronisch berichten verkeer en elektronische patiënten dossiers.
15 Multidisciplinaire palliatieve teams en netwerken.
16 Meer integratie tussen medisch generalistische huisartsenzorg en specialistische ziekenhuiszorg.

Deze hoofdcategorieën van samenwerking vormen samen met een aantal voorbeelden een totaalbeeld van de duizend bloemen die in de regio's tot bloei zijn gekomen.

3.9 Aanvullende informatie vanuit de interviews

In het kader van het CICEL project zijn interviews gehouden en/of is informatie bestudeerd van: het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Landelijke Vereniging voor de Thuiszorg, de Landelijke vereniging van Gezondheidscentra, GGZ Nederland en KNMP.
Op regionaal niveau is met name ingegaan op de situatie in Groningen.

Met betrekking tot de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg kan worden geconcludeerd dat de in de hierboven besproken nota's naar voren gebrachte visies ook vanuit de interviews naar voren werden gebracht.
Nog aanvullende specifieke punten die hierbij naar voren kwamen (afhankelijk van de gesprekspartner) waren:

- Directe toegankelijkheid fysiotherapie.
- Rechtstreekse toegankelijkheid thuiszorg voor enkelvoudige zorgvragen.
- De mogelijke rol van de thuiszorg bij een modernisering van de eerste lijn, onder meer vanuit het gegeven dat de thuiszorg beschikt over een duidelijke infrastructuur op het terrein van de ICT en huisvesting.
- Rol van de GGZ in de eerste lijn.
- Relatie apotheek – huisarts en de rol van de apotheek in een moderne eerstelijnsgezondheidszorg.

3.10 Conclusies

Als algemeen toekomstbeeld voor een moderne eerstelijnsgezondheidszorg komt in documenten en interviews sterk het patroon naar voren dat kan worden aangeduid als 'Zorg in de buurt'. In alle gevallen betreft het een samenwerkingsverband voor een aantal inwoners van 10.000 – 15.000. In een dergelijk samenwerkingsverband vormen de volgende disciplines de basis:

- paramedische zorg;
- huisartsenzorg;
- verpleegkundige zorg;
- psychologische zorg;
- verloskundige zorg;
- farmaceutische zorg.

In figuur 3.1 wordt dit in beeld gebracht.

eerstelijns basisteam					
loketfunctie					
paramedische zorg	huisartsen-zorg	verpleegkundige zorg	psychologische zorg	verloskundige zorg	farmaceutische zorg

Figuur 3.1 Opbouw en samenstelling van een samenwerkingsverband in de eerste lijn

Op het niveau van 10 – 15 eerstelijns basisteams wordt gedacht aan de realisatie van een facilitaire unit. Functies die een dergelijke overkoepelende eerstelijnszorginstelling kan vervullen zijn:

- huisvesting;
- werkgeverschap;
- personeelsbeleid;
- ICT;
- inkoop;
- financiële administratie;
- protocol ontwikkeling;
- aansturing en leiding;
- kwaliteitsbeleid.

In tabel 3.1 wordt een overzicht geboden van de aspecten die in relatie tot de eerste lijn door diverse partijen naar voren worden gebracht.

Tabel 3.1 Overzichttabel van aspecten die van belang worden gevonden in relatie tot een modernisering van de eerste lijn.

	Cie Mod	VWS	ZN	NPCF	LHV	KNGF	LVT
Kwaliteitsborging/certificering	+	+	+	+	+	+	+
richtlijnen en protocollen	+	+	+	+	+	+	+
coördinatie/management	+	+	+	+	+	+	+
coördinatie/afstemming	+	+	+	+	+	+	+
multidisciplinaire protocollen en zorgstroomdiagrammen	+	+	+	+	+	+	+
coördinatie/eerste opvang	+	+	+	+	+	+	+
continuïteit 24-uurs bereikbaarheid	+	+	+	+	+	+	+
een loket, triage, gidsfunctie	+	+	+	+	+/-	+	+
huisarts poortwachter	-	-	-	+/-	+	-	-
samenwerking 1e lijn	+	+	+	+	+	+	+
samenwerking 1e lijn met 2e en 3e lijn	+	+	+	+	+	+	+
duidelijke taken en domeinen, functionele omschrijving	+	+	+	+	+	+	+
taakherschikking	+	+	+	+	+	+	+
bieden passende zorg	+	+	+	+	+	+	+
toegankelijkheid en beschikbaarheid	+	+	+	+	+	+	+
directe toegankelijkheid/ verbreden toegankelijkheid	+	+	+	+	+/-	+	+*
verantwoording functioneren en transparantie prestaties	+	+	+	+	+	+	+
geen overbodige bureaucratie	+	+	+	+	+	+	+

* De LVT richt zich hierbij met name op een directe toegankelijkheid voor patiënten bij enkelvoudige hulpvragen.

Uit deze tabel blijkt duidelijk dat voor praktisch alle onderscheiden criteria geldt dat deze door de diverse partijen van belang worden gevonden. Wel liggen daarbij de accenten verschillend. Het belangrijkste verschil van mening dat naar voren komt is de rol van de huisarts als poortwachter. De LHV houdt sterk vast aan de exclusieve rol van de huisarts op dit terrein. De overige spelers zien de huisarts als een van de disciplines binnen de eerste lijn. Een poortwachtersfunctie wordt daarbij door alle partijen als wenselijk naar voren gebracht, maar brengen daarbij verschillende mogelijkheden naar voren. Ook wordt voor een dergelijke loketfunctie de Advies, Instructie en Voorlichtingsfunctie als belangrijk gezien. Voor deze AIV functie lijken met name de thuiszorg, de praktijkondersteuning en de apothekersassistenten in beeld te komen.

4 Organisatietypen van de eerste lijn

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in hoofdlijnen ingegaan op de wijze van organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg.
De eerstelijnsgezondheidszorg kan via verschillende organisatievormen worden aangeboden. Als wordt gekeken naar de structuur dan is er op hoofdlijnen een viertal organisatietypen te onderscheiden. Deze zijn in onderstaande figuur 4.1 weergegeven.

Figuur 4.1 Organisatietypen in de eerste lijn

De symbolen vertegenwoordigen elk een discipline, het aantal en de aard van de disciplines kan per organisatie variëren.

Het belangrijkste onderscheid tussen deze typen is de mate van verbondenheid tussen de eigen en andere beroepsgroepen binnen de eerste lijn.
Deze verbondenheid uit zich in verschillende kenmerken:

- rechtspersoon (van eenmanszaak naar stichting met personeelsleden in loondienst);
- fysieke afstand tussen de beroepsgroepen (van verspreid naar geconcentreerd);
- informatievoorziening (van eigen systemen naar één geïntegreerd informatiesysteem);
- huisvesting (van eigen praktijken naar centra);
- communicatie (van ad hoc en ongestructureerd naar regelmatig en geïnstitutionaliseerd);
- afstemming van bedrijfsprocessen (van ongestructureerd naar onderlinge afstemming).

Wanneer we de verschillende organisatietypen op een continuüm zetten naar de mate van gebondenheid, dan staan de solopraktijken het meest links (onafhankelijk en ongebonden) en de gezondheidscentra het meest rechts.

Hieronder wordt kort op de organisatievormen ingegaan.

4.2 Solopraktijken

De eerstelijnsgezondheidszorg is traditioneel vormgegeven via wat 'kernen in de omgeving' kan worden genoemd. Dat zijn de solistenpraktijken en organisaties werkzaam binnen de eerste lijn: huisartsen, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werk, consultatiebureaus e.d. Zij werken zelfstandig en verzorgen ieder een eigen deel van de eerste lijn. De beroepsgroepen werken vanuit een solopraktijk of maatschap, verspreid over een geografisch gebied. Het aantal organisaties is dan afhankelijk van de bevolkingsdichtheid binnen dat gebied. Huisvesting wordt verzorgd door de arts/maatschap zelf, evenals de aanschaf en afschrijving van materialen, ondersteuning zoals assistenten en automatisering.
Van oudsher is geen sprake van gestructureerde of geformaliseerde informatie-voorziening en/of -uitwisseling, anders dan via verwijsbrieven van de huisartsen aan de andere beroepsgroepen en eventuele terugkoppeling van de andere beroepsgroepen aan de huisarts. Overleg, afstemming en intervisie is in deze organisatievorm evenwel goed mogelijk en effectief. Het gebruik van internettoepassingen en e-mail is daarbij een goede hulp.

4.3 Samenwerking onder één dak

Wanneer een aantal praktijken van dezelfde beroepsgroep samenwerken en daarbij zijn gehuisvest in eenzelfde gebouw, speken we van een verzamelpraktijk (huisartsen onder één dak, fysiotherapeuten onder één dak, etc.). Zij maken daarbij gebruik van de voordelen van de concentratie van beroepsgroepen, zodat parttime werken, praktijkwaarneming en zorg buiten reguliere werktijden mogelijk worden gemaakt.

De rechtsvorm waarbinnen verzamelpraktijken werken is meestal de eenmanszaak (soms de maatschap), waarbij de kosten voor huisvesting, ondersteuning etc. gezamenlijk worden gedragen.
Communicatie, informatie-uitwisseling en eventueel intervisie worden binnen de verzamelpraktijk vereenvoudigd, maar zijn niet altijd een logisch gevolg van de constructie. Het is mogelijk dat de verschillende praktijken inhoudelijk onafhankelijk en zelfstandig werken en alleen op logistiek en procesmatige aspecten samenwerken.

4.4 Gezondheidscentra

Gezondheidscentra zijn sinds de jaren '70 ontwikkeld. Zij concentreren verschillende beroepsgroepen, waarbij een samenhangend zorgproces kan plaatsvinden. Daarmee spelen zij in op de wensen/eisen van de patiënten en de veranderingen in de beroepsgroepen en de maatschappij. Er bestaat een grote verscheidenheid aan gezondheidscentra, allen verschillend qua organisatievorm, aansturing, rechtspersonen en werkwijze. Daarom kan niet gesproken worden van het gezondheidscentrum. Binnen het CICEL-project is een drietal gezondheidscentra bezocht, welke allen een andere vorm en aansturing hadden. Het belangrijkste verschil tussen de gezondheidscentra zit in de rechtsvorm: maatschappen, personeelsleden in vaste dienst, contracten met hulpverleners, of een combinatie van deze vormen. Op dit aspect wordt hieronder nader ingegaan. In hoofdstuk 7 wordt aangegeven aan welke organisatievorm het CICEL project de voorkeur geeft en hoe hierbinnen een aantal aspecten vormgegeven kunnen worden.

Gezondheidscentrum maatschappen

Maatschappen binnen een gezondheidscentrum zorgen voor hun eigen inkomsten en interne bedrijfsvoering: zij 'houden de eigen broek op'. Zij kunnen personeelsleden in dienst nemen, welke dan onder verantwoordelijkheid van de maatschap vallen. Afhankelijk van de organisatievorm van het gezondheidscentrum zorgen de maatschappen voor een eigen administratie en financiering. Soms worden deze afzonderlijke administraties en/of begrotingen gebundeld en als een geheel naar de verzekeraars gestuurd, maar soms ook gaat dit onafhankelijk van elkaar.
Het belangrijkste aspect van de maatschap zijn de financiële en arbeidsrechtelijke posities van de zorgverleners, die per beroepsgroep zijn gesplitst. De gemeenschappelijke kosten (balie/receptie, huisvesting, protocolvorming, overleg, staffuncties, zoals financiële administratie en budgettering, systeembeheer etc.) worden over de maatschappen verdeeld.

Gezondheidscentrum loondienst

Bij de organisatievorm waarbij alle personeelsleden in loondienst zijn, opereert het gezondheidscentrum als een bedrijf, meestal in de vorm van een stichting, met een eenduidige en gemeenschappelijke begroting en werkwijze. De belangrijkste doelstelling is om als krachtige actor te kunnen opereren in het krachtenveld van de gezondheidszorg. Daarnaast kan de keuze voor loondienst ruimte bieden aan overleg, samenwerking en uitwisseling. Centraal geregelde (ondersteunende) diensten worden uit de algemene middelen gefinancierd.

4.5 Hoofdmodellen voor een georganiseerde eerste lijn

In de rapportage van de STG (2003) en door de LVG worden twee hoofdmodellen voor de georganiseerde eerste lijn gepresenteerd. Het betreft: de eerstelijns zorginstelling en het eerstelijns facilitair bedrijf (in bijlage 2 wordt de integrale tekst van de hoofdmodellen weergegeven). Feitelijk betreft het conceptuele of ontwikkelings modellen en niet zozeer organisatiemodellen.

De *eerstelijnszorginstelling* is een zorgaanbodorganisatie, die tenminste één, maar bij voorkeur meerdere eerstelijnsfuncties aanbiedt en daarover een contract sluit met de verzekeraar(s).
De belangrijkste functies/disciplines voor een eerstelijns instelling zijn:
- Huisartsgeneeskunde;
- Verpleegkundige zorg;
- Farmaceutische zorg;
- Paramedische zorg (fysiotherapie; oefentherapie);
- Psychosociale zorg;
- Verloskundige zorg;
- Ouder en kindzorg;
- Diagnostische voorzieningen.

De invulling van het aanbod wat betreft soort en aantal functies hangt af van de lokale of regionale situatie en kan worden aangepast of uitgebreid.

Het eerstelijns facilitair bedrijf is een organisatie, die de hulpverleners ondersteunt bij de bedrijfsmatige en logistieke processen van hun werk.
Er worden twee doelen mee gediend: het creëren en bundelen van ondersteunende voorzieningen. Daarbij valt o.a. te denken aan de volgende functies:
- Werkgeversfunctie voor ondersteunend personeel: het poolen van personeel bij een ruimere schaalgrootte; personeelsbeleid; uitwisseling; mobiliteit.
- Huisvesting: ondersteuning bij huisvestingszaken; het leveren van coördinatie bij nieuw- en verbouw; eventueel ook optreden als eigenaar/verhuurder.
- Automatisering: systeembeheer; helpdesk; inkoop hard- en software.
- Administratie: het leveren van diensten op het gebied van financiële administratie (bijvoorbeeld facturering); personeelsadministratie; e.d.

- Inkoop: het verzorgen van de inkoop van praktijkbenodigdheden; apparatuur; meubilair.
- Ondersteuning bij de realisering van nieuwe samenwerkingsverbanden door middel van: advisering; projectleiding; procesbegeleiding; etc.
- Het stimuleren van de samenwerking: het gebruik van facilitaire diensten door meerdere hulpverleners en disciplines kan een stimulans zijn om ook de inhoudelijke samenwerking verder vorm te geven. Met het oog daarop kan de organisatie ook medewerkers aantrekken die deze inhoudelijke kant versterken. Bijvoorbeeld eerstelijns GGZ; relatie huisarts - medisch specialist; versterking en verbreding van het netwerk met het oog op bepaalde doelgroepen.

Het facilitair bedrijf kan ontstaan als initiatief van meerder lokale en regionale partijen. Aan aanbiederzijde valt daarbij te denken aan de DHV, gezondheidscentra, thuiszorg, een ziekenhuis, het districtsverloskundig platform en huisartsen diensten structuur (HDS). Daarnaast kan ook een belangrijke rol voor de verzekeraar(s) zijn weggelegd en kan ook de gemeente een rol spelen.

4.6 Conclusies

In de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg doen zich tal van varianten voor. Afhankelijk van specifieke samenwerkingsrelaties wordt gesproken over specifieke organisaties. In wezen zijn er enkele hoofdvarianten in de organisatie van de eerste lijn te onderkennen, afgezien van de relaties die met de tweede en derde lijn kunnen worden gelegd en die eveneens leiden tot variaties die apart te benoemen zijn.

De ontwikkelingen zoals die in de beleidsdocumenten en interviews naar voren zijn gekomen lijken gericht te zijn op het versterken van de samenwerking in de eerste lijn. In die zin wordt er ook gesproken over een verschuiving van het doel van de samenwerking van ideaal naar noodzaak. Voor een gezonde toekomstige ontwikkeling van de eerste lijn is een geïntegreerde ontwikkeling het perspectief dat breed wordt gedragen. Niet alle partijen zijn momenteel al zover om die stap te kunnen zetten. Veel disciplines binnen de eerste lijn hebben nog niet volledig uitgekristalliseerde ideeën over de ontwikkeling van de eerste lijn. Veelal is het beleid nog gericht op aspecten als toegankelijkheid, opname in het ziekenfondspakket e.d.

Het hoofdmodel van de eerstelijns zorginstelling past binnen die ontwikkeling en past ook binnen het gemaakte onderscheid naar organisatietypen. In wezen betreft dit een moderne inkleuring van het gezondheidscentrum waarin doeltreffendheid en doelmatigheid naast kwaliteit een belangrijke plaats innemen.

Het facilitair bedrijf is niet een uitvoerende eerstelijns organisatie, maar betreft een ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn. Ook voor de overige onderscheiden organisatietypen is het van wezenlijk belang dat een goed facilitaire ondersteuning verder tot ontwikkeling wordt gebracht. Die ondersteuning dient daarbij niet te worden beperkt tot een of enkele disciplines, maar bij voorkeur tot die disciplines die bij de eerstelijns zorginstelling worden genoemd: huisartsengeneeskunde, verpleegkundige zorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, psychologische zorg, verloskundige zorg, ouder en kindzorg en diagnostische voorzieningen.

5 De coördinatiefunctie binnen de eerste lijn

5.1 Inleiding

Voor het CVZ geldt dat met betrekking tot coördinatie en communicatie in de eerste plaats moet worden bereikt dat de patiënt zo direct mogelijk naar de juiste plaats in het zorgsysteem wordt geleid om zo de noodzakelijke zorg te ontvangen. Het CVZ pleit voor het formuleren van algemene kaders voor de coördinatie (en de communicatie) tussen beroepsbeoefenaren in de eerste lijn, die ruimte bieden voor initiatieven uit het veld. Het CVZ zal daarover een signalement opstellen. Verder dienen de functies in termen van coördinatie (en communicatie) nader te worden omschreven. Deze functies worden nu verenigd in de persoon van de huisarts, als zorgverlener, verwijzer in de eerste lijn, verwijzer naar de tweede lijn en coördinator van de zorg in de eerste lijn.

De vraag die hierbij moet worden beantwoord is hoe te bereiken is dat de patiënt zo direct mogelijk naar de juiste plaats in het zorgsysteem wordt geleid. In de visie van CVZ speelt de coördinatie hierbij een belangrijke rol waardoor het mogelijk is de kwaliteiten van de onderscheiden beroepsgroepen doelmatig in te zetten en op elkaar af te stemmen (CVZ, 2002).
Allereerst zal worden ingegaan op de vraag wat onder het begrip coördinatie dient te worden verstaan.

Ook in de nota 'Modernisering eerste lijn' (2002) heeft het begrip coördinatie een belangrijke plaats. Onder meer wordt opgemerkt dat de coördinatie van de eerstelijnszorg ook in de toekomst een belangrijk punt dient te zijn bij de inrichting van zorgnetwerken. Op termijn zijn er voor deze coördinatie, de verantwoordelijkheid, de verdeling en de uitvoering van de eerstelijnszorg meerdere modellen denkbaar. Deze modellen verdienen nadere uitwerking.
De uiteindelijke keuze van een model en de vormgeving van de eerste lijn komt tot stand op lokaal of regionaal niveau na overleg tussen aanbieders, patiënten en zorgverzekeraars.

Het begrip coördinatie wordt in de diverse stukken over de eerstelijnsgezondheidszorg in verschillende betekenissen gebuikt. In hoofdzaak betreft het de volgende aspecten:
- coördinatie als synoniem voor management;
- coördinatie in de zin van zorgcoördinatie (ketenzorg);
- coördinatie van de eerste opvang van de patiënt.

5.2 Coördinatie en management

De eerste mogelijke invulling van het begrip coördinator is het gebruik als synoniem voor praktijkmanager (LVG 2002; Management van huisartsenpraktijken). Daarbij kan het een manager/coördinator betreffen voor de praktijk als geheel, er kan echter ook sprake zijn van een coördinator per discipline. Over het algemeen wordt er voor een eerstelijnsgezondheidszorgorganisatie uitgegaan van een lichte managementstructuur, die als volgt kan worden geschetst.

Figuur 5.1 Organisatieschema eerstelijnsgezondheidszorg organisatie

De meest voorkomende taken van de coördinator zijn (LVG, 2002):

- Beleid maken:
  - beleidsvoorbereiding;
  - initiëren van nieuwe ontwikkelingen;
  - maken van jaar en werkplannen;
  - schrijven jaarverslag.
- Voorwaarden scheppen:
  - houden van functioneringsgesprekken;
  - verzuimbegeleiding;
  - uitwerken beleidsplannen;
  - kwaliteitsbewaking.
- Regelen van de uitvoering:
  - leiding en coördinatie;
  - regelen van formatie, verlof;
  - werkbegeleiding;
  - werkoverleg en coördinatie van de praktijkorganisatie.

De LVG merkt hierbij op dat het van belang is dat er voor de medewerkers van een eerstelijnsgezondheidszorgorganisatie een duidelijk aanspreekpunt is. De communicatie kan worden gestroomlijnd via de coördinator. Een goede communicatiestructuur is onontbeerlijk voor het onderhouden van een goede coördinatie.

Specifieke vaardigheden waarover de praktijkmanager/coördinator dient te beschikken zijn onder meer:

- communicatieve vaardigheden;
- besluitvaardigheid;
- procesmatig en planmatig kunnen werken.

De coördinatorfunctie kan door een huisarts worden vervuld, ook wordt wel bepleit dat iemand met meer specifieke managementcapaciteit een dergelijke functie zou moeten invullen. Ook kan een medewerker van een eerstelijnszorgorganisatie worden opgeleid voor het uitvoeren van de managementtaken. De afweging die daarbij moet worden gemaakt is het voordeel van een inhoudelijke leiding tegenover een organisatie gerichte leiding.
In de gehouden interviews wordt ervoor gepleit op het uitvoerend niveau te kiezen voor een lichte managementstructuur, vandaar de voorkeur om te kiezen voor de term coördinator. Een eventueel zwaarder management kan worden gerealiseerd op het niveau van 10 – 15 eerstelijnszorgorganisaties.

5.3 Zorgcoördinatie

De tweede betekenis van het begrip coördinatie die wordt gehanteerd is **zorgcoördinatie (ketenkwaliteit)** (zie: HKZ beoordelings/certificatieschema gezondheidscentra).
Zorgcoördinatie betreft de afstemming rond de individuele zorgverlening tussen alle bij de zorgverlening betrokkenen (gelijktijdig of opeenvolgend).
Interne zorgcoördinatie betreft de afstemming tussen medewerkers van het gezondheidscentrum.
Externe zorgcoördinatie betreft afstemming met andere beroepsbeoefenaren (van andere instellingen).

1 Alle zorgcoördinatie rondom de patiënt vindt plaats conform vastgelegde afspraken, waaronder verwijs en rapportage afspraken, overlegstructuren en een verantwoordelijkheidstoedeling.
2 In het geval van interne zorgcoördinatie vormen de aanwezige werkafspraken (inhoudelijk en procedureel) binnen en tussen de verschillende disciplines het uitgangspunt.
3 In het geval van externe zorgcoördinatie vormen aanwezige regionale afspraken/ procedures (tussen aanpalende disciplines en mogelijk andere actoren) het uitgangspunt.
4 Aan de patiënt wordt duidelijk gemaakt (zowel bij interne als externe zorgcoördinatie) wie aanspreekbaar is als zorgcoördinator.

Een mogelijke invulling van de coördinatiefunctie in de eerste lijn vormt het maken van werkafspraken. De Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG) heeft op dit terrein een aantal modellen ontwikkeld dat kan dienen als uitgangspunt. De modellen zijn gebaseerd op onderzoek in gezondheidscentra en op de richtlijnen voor de betrokken disciplines.
Naast basisvoorwaarden zijn in vervolgdelen enkele concrete werkafspraken nader uitgewerkt.

De LVG verstaat onder een werkafspraak:
Een schriftelijk vastgelegde afspraak over de afstemming van zorg tussen verschillende disciplines bij bepaalde ziektes of problematiek. Het gaat daarbij om het hulpverleningsbeleid, methodische aanpak en de samenwerkingsprocedures. De werkafspraken worden gemaakt voor problematiek die veel voorkomt of complex is en dienen als richtlijn voor de zorg aan de patiënt.
Het doel van het maken van werkafspraken is het doen van een gecoördineerd zorgaanbod die hoge eisen stelt aan de organisatie van de eerste lijn.

De LVG formuleert de volgende basiscondities voor het maken en invoeren van werkafspraken.

Schema 5.1: Basiscondities voor het maken en invoeren van werkafspraken

Vraag patiënten	• aantal patiënten: voldoende groot om meerdere malen per week hiermee geconfronteerd te worden; klein genoeg om in te kunnen passen in de zorgverlening • samenstelling van de patiëntenpopulatie; eventuele risicoselectie en speciale aandachtsgroepen (achterstandsgroepen, allochtonen)
Mogelijkheden organisatie	• formatieomvang: wanneer er twee of meer personen van een discipline bij betrokken zijn is taakdifferentiatie al mogelijk; afspraken over communicatie • aanwezige overlegstructuur goed regelen • uniforme manier van werken assistenten • minimaal 50% overlap patiëntenpopulatie betrokken disciplines • regelen interne en externe consultatie • route voor checken beleid regelen • nagaan haalbaarheid afspraken
Condities maken werkafspraak	• basis samenwerking aanwezig • visie op samenwerking bij en de hulpverlening aan patiëntengroep moet zodanig overeenkomen dat consensus te bereiken is • overeenstemming over knelpunten en de haalbaarheid van oplossingen • voldoende draagvlak voor de keuze van specifieke knelpunten en tijd om aan de oplossing te werken • voorbeeldmodel/methode hebben • literatuur met gefundeerde adviezen aanwezig • positieve motivatie betrokken hulpverleners • begeleiding voor ontwikkeling van implementatie • tijd voor betrokken hulpverleners • stappenplan met tijdpad voor ontwikkeling en implementatie • overeenstemming over vastleggen van werkafspraak: zo beknopt mogelijk, maar niet voor discussie toegankelijk, zo specifiek mogelijk omschreven • afspraken over bevoegdheden en verantwoordelijkheden • interne communicatie tijdens het ontwikkelen van de werkafspraak
Uitvoering werkafspraak	• voldoende formatieomvang om de aangegeven taken te kunnen uitvoeren • ruimte/werkplek voor uitvoering • praktijkorganisatie die delegatie van werkzaamheden of het uitvoeren van nieuwe taken mogelijk maakt • medisch materiaal • administratief materiaal • elektronische medische module • tijd en aandacht voor bijscholing betrokken disciplines • tijd en aandacht voor implementatie • financiële begroting voor uitvoering • direct zichtbare resultaten; stimuleert de motivatie

Zaken die in een werkafspraak kunnen worden opgenomen zijn (LVG, 1998):
- doel;
- doelgroep;
- betrokken disciplines;
- soort werkafspraak;
- datum;
- betrokken organisaties;
- contactpersoon (informant) voor de werkafspraak;
- gebruikte literatuur;
- inhoudelijke punten waarover afspraken worden gemaakt;
- hulpmiddelen bij onderzoek, behandeling, begeleiding en educatie;
- regelen van bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- benoemen van beslismomenten en mogelijke keuzen;
- voorlichting;
- registratie;
- implementatie;
- evaluatie;
- informatie over werkwijze aan patiënten.

Zoals uit de opsomming van de voorwaarden en de punten die in de werkafspraak dienen te worden opgenomen blijkt, vraagt de ontwikkeling van werkafspraken om te komen tot een goed gecoördineerd zorgaanbod de nodige tijd, aandacht en bereidheid om conform de werkafspraken te handelen.

Het werken conform de werkafspraken heeft een aantal consequenties voor de praktijkorganisatie om tot een goede zorg en serviceverlening aan specifieke patiëntengroepen te kunnen komen. Deze veranderingen betreffen:
1 delegatie van bevoegdheden;
2 differentiatie in de taken tussen bijvoorbeeld de assistenten;
3 specialisatie/differentiatie tussen huisartsen; specialisatie in de zorguitvoering en specialisatie in de consulentenfunctie;
4 inzet van een praktijkverpleegkundige;
5 de organisatie en uitvoering van het spreekuur.

Op elk van deze onderdelen dienen nadere afspraken te worden gemaakt.

Tot slot formuleert de LVG de basisvoorwaarden voor communicatie, toetsing en implementatie (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Basisvoorwaarden voor communicatie, toetsing en implementatie

Communicatie Betrokken disciplines	Overzicht wie waar wanneer bereikbaar is. Vaste afspraak voor patiëntenbespreking. Vaste afspraak voor consultatie huisarts tijden controle van patiënten als deze controle is gedelegeerd. Communicatie kan ook plaatsvinden via een gezamenlijk elektronisch dossier.
Toetsing Betrokken disciplines. Een persoon is eindverantwoordelijk voor toetsing en heeft regiefunctie	Toetsing van: • patiëntensatisfactie; • hulpverlenerssatisfactie; • kwaliteit van de hulpverlening; • patiëntenaantallen, stromen en behandelduur en –intensiteit; • kosten en financiële consequenties; • praktische bruikbaarheid werkafspraak; • proces van ontwikkeling en implementatie; • nakomen van afspraken.
Implementatie Betrokken disciplines	Afspraken maken over de stappen die moeten worden genomen om daadwerkelijk met de werkafspraak te kunnen werken. Dit zijn in de meeste gevallen: • ontwikkeling werkafspraak; • deskundigheidsbevordering; • informatie aan hulpverleners en patiënten; • organisatorische aanpassingen (indien nodig); • starten van werkafspraak voor beperkte groep patiënten; • uitbreiding naar de hele doelgroep; • uitvoeren en evaluatie; • afspraken maken over omzetten in reguliere werkwijze.

In het onderstaande schema wordt voor de delen 2 – 7 in de reeks werkafspraken zoals die zijn opgesteld door de LVG in beeld gebracht welke disciplines/werksoorten hierbij betrokken zijn.

Tabel 5.2 Betrokken disciplines bij werkafspraken op een zestal terreinen (bron LVG, reeks werkafspraken).

	diabetes	astma/ COPD	urine-incon-tinentie	intensieve zorg thuis	slaap-problemen	spannings-klachten
algemeen						
maatschappelijk werkers				X	X	X
apothekers	X	X	X	X	X	X
apothekers assistenten		X	X		X	
cb artsen		X			X	
diëtisten	X					
fysiotherapeuten/ oefentherapeuten		X	X	X	X	X
gezinszorg medewerkers			X	X		
haptonomen						X
huisartsen	X	X	X	X	X	X
huisartsen assistenten	X	X	X	X	X	X
ouder en kindzorg medewerkers		X				
ouderenwerkers				X		
vertegenwoordigers patiëntenvereniging	X	X	X	X	X	X
pre- en postnatale gymnastiek begeleiders			X			
psychologen					X	X
riagg medewerkers				X	X	
specialisten	X					
thuiszorg medewerkers	X		X	X	X	
verpleeghuiszorg medewerkers				X		
verpleegkundigen	X	X				
woon- zorgcentra medewerkers				X	X	
wijkverpleegkundigen/ inco verpleegkundigen	X	X	X	X		
zorgcoördinator	X	X	X	X	X	X

Uit deze tabel blijkt de complexiteit van het uitgangspunt dat op belangrijke terreinen met disciplines die bij de eerstelijnszorg betrokken zijn werkafspraken dienen te worden gemaakt en dat de zorg via de gemaakte afspraken dient te worden geleverd. Bij de beschrijving van de werkafspraken wordt soms expliciet vermeld dat één persoon direct aanspreekbaar is voor de patiënt. In wezen geldt dat echter voor alle gezondheidsproblemen waarvoor werkafspraken zijn gemaakt.

Het werken via geformaliseerde werkafspraken is binnen een gezondheidscentrum of een ander georganiseerde eerstelijnszorgorganisatie haalbaar, indien taakdifferentiatie, delegatie en specialisatie mogelijk zijn en mits aan een aantal voorwaarden in de personele sfeer is voldaan. Voor een solistisch werkende huisarts lijkt het echter weinig realistisch om te mogen verwachten dat via geformaliseerde werkafspraken met alle betrokken disciplines een gecoordineerd zorgaanbod kan worden gerealiseerd.

Een tweede mogelijkheid voor het invullen van de functie van zorgcoördinatie vormt het benoemen van een zorgcoördinator per cliënt. Dit is met name relevant in die situaties waarin de eerste lijn in een georganiseerd verband samenwerkt. Met name bij complexe en/of meervoudige problemen kan één functionaris de zorgcoördinatie voor de cliënt voor zijn of haar rekening nemen. Een hulpverlener houdt daarbij het overzicht over de afhandeling van de zorgvragen van de patiënt. Dat schept duidelijkheid voor de patiënt en voor de andere hulpverleners die bij die patiënt betrokken zijn. Het vervullen van de functie van zorgcoördinator is niet persé verbonden aan een bepaalde discipline. Per situatie kan dit verschillen.
Disciplines die echter meerdere keren zijn genoemd bij het vervullen van een dergelijke functie vormen praktijkondersteuners en nurse practitioners, beide relatief jonge disciplines die hun weg binnen de eerste lijn in belangrijke mate nog moeten vinden. Bij de toename van het aantal mensen met langdurige (meervoudige) chronische klachten (een van de gevolgen van de vergrijzing van de bevolking en de extramuralisering van de gezondheidszorg) dat binnen de eerste lijn dient te worden verzorgd.
Het werken met de functie van zorgcoördinator is niet een alternatief voor het maken van multidisciplinaire werkafspraken, maar kan een bijdrage leveren aan de coördinatie van de hulpverlening.

5.4 Coördinatie eerste opvang

Om ervoor te zorgen dat patiënten zo snel mogelijk naar de juiste vorm van hulpverlening worden geleid is de eerste opvang van de patiënt van direct belang.
Hiervoor zijn verschillende modellen denkbaar en in de praktijk reeds ontwikkeld, zoals:

- poortwachters model;
- één loket model;
- triage model;
- callcentermodel.

Poortwachters model

Het model dat momenteel wordt gehanteerd is het model van de huisarts als poortwachter. Bij de beschouwingen over de toekomst van de huisartsenzorg zoals geformuleerd door de LHV/NHG blijft de huisarts ook in een toekomstige gezondheidszorg de spil. De huisarts is het eerste aanspreekpunt van patiënten bij hun primaire gezondheidsvragen. De huisartsenzorg van de toekomst moet daarvoor over een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve zorg beschikken. De huisarts werkt vanuit een vraaggerichte attitude en vraagverheldering is de specifieke expertise van de huisarts. Wel zal in de toekomst een slag worden gemaakt naar huisartsengeneeskundige voorzieningen die kleinschalig van aard zijn en beschikbaar in de nabijheid van patiënten. Huisartsen werken binnen een dergelijke voorziening met elkaar samen en taakdelegatie en –differentiatie zullen plaatsvinden. Huisartsen blijven daarbij eindverantwoordelijk voor de toegang tot en de uitvoering van generalistische medische zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg.

In de visie van de huisartsen wordt door een goede eerste inventarisatie van de vraag de patiënt op het juiste moment naar de juiste medewerker geleid. Binnen het samenwerkingsverband zorgen de huisartsen voor de inhoudelijke verheldering van de hulpvraag en de coördinatie en de samenhang van het zorg- en begeleidingsaanbod. Samenwerken betekent voor de huisartsen delegatie van taken. De meerwaarde in de ogen van LHV/NHG is dat door de combinatie van en besluitvorming op grond van de veelheid van gegevens de huisarts ervoor zorgt dat de gehele behandeling meer is dan de som der delen.
Bij het poortwachtersmodel worden in toenemende mate vragen gesteld. Onder meer verband houdend met de volgende aspecten:

- de toegenomen kennis van patiënten;
- de groeiende zorgvraag;
- de stijgende complexiteit van de zorgvraag;
- de groeiende ervaren werkdruk onder zorgverleners;
- een acuut dan wel dreigend capaciteitstekort bij de huisartsen;
- een zich wijzigende beroepshouding van de toekomstige huisartsen (evenwicht tussen privé tijd en werktijd);
- de emancipatie van andere beroepsgroepen in de eerste lijn.

Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat toekomstvisies over de eerstelijns-gezondheidszorg door andere partijen zoals Zorgverzekeraars Nederland, de overheid, andere beroepsgroepen en de patiënten en consumentenorganisaties sterker worden gezocht in de richting van een eerstelijnsgezondheidszorg waarin meerdere disciplines werkzaam zijn en waarin de poortwachters functie niet per definitie is voorbehouden aan de huisarts.

Een loketmodel
Indien het poortwachtersmodel wordt verlaten, dan wordt algemeen onderkend dat er behoefte is aan een loket waarbij de patiënt zich met vragen kan melden. In andere organisaties wordt al langer met de één loket functie gewerkt.

Het karakter van de werkzaamheden door te werken met een loket worden in het volgende schema weergegeven (OL 2000):

Schema 5.2 Karakter werkzaamheden door realisatie één loket setting

Houding	Kennis	Vaardigheden
• vraaggericht • inspelen op klantbehoefte • initiatiefrijk	• generalistisch	• luisteren • signaleren • nemen van besluiten • aansturen

Gesteld wordt dat het kwalificatieniveau van de loketmedewerker afhankelijk is van het dienstenassortiment, het afhandelingniveau en het niveau van ICT (informatie en communicatie technologie) ondersteuning.
Van primair belang wat betreft de deskundigheid van een loket functionaris is een klantgerichte of vraaggerichte houding en sociale vaardigheden en een goede kennis van de expertise gebieden van de medewerkers.

De functie die door de loketmedewerker ten opzichte van de patiënt wordt gerealiseerd sluit aan op het advies, instructie en voorlichtingsfunctie (AIV) zoals die door de thuiszorgorganisaties is ontwikkeld.

De algemene verwachting is dat in de toekomst mensen zich, indien zij dat wensen, direct kunnen wenden tot andere eerstelijns hulpverleners dan de huisarts. Momenteel vinden in opdracht van CVZ proefprojecten plaats op het terrein van de fysiotherapie. Het werken met een loket vormt in principe geen belemmering voor de directe toegankelijkheid. Het loket vervult geen poortwachterfunctie, maar een advies, instructie en voorlichtingsfunctie. Het loket helpt mensen te bepalen welke hulpverlener in de eerste lijn gezien de vragen het meest adequaat is. Voor een toekomstige eerste lijn geldt dat mensen (in overleg met het loket) kunnen bepalen aan welke hulpverlener zij de voorkeur geven. De betreffende hulpverleners dienen vervolgens zelf te bepalen of zij adequaat in staat zijn de gevraagde zorg te verlenen. Zonodig wordt verwezen naar andere hulpverleners binnen de eerste lijn. Het werken via directe toegankelijkheid stelt stringente eisen aan de communicatie tussen de hulpverleners om de zorgprocessen op elkaar af te kunnen stemmen.

Triage model

Oorspronkelijk wordt de term triage met name gebruikt om slachtoffers in te delen in urgentiegraden en om de klinische urgentie te beoordelen en te classificeren (www.trauma-nursing.nl). Op de spoedeisende hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen wordt momenteel geëxperimenteerd met triage verpleegkundigen. Het doel van die projecten is het ontwikkelen van concept richtlijnen, het uittesten ervan, het bijstellen aan de hand van testresultaten en het implementeren van landelijke richtlijnen.

De term triage wordt echter ook in een bredere betekenis gebruikt, namelijk 'ervoor te zorgen dat de juiste persoon de juiste zorg op de juiste plaats en tijd en om de juiste reden krijgt'. In die betekenis kan triage ook in de eerste lijn een ontwikkeling doormaken.

De term triage hoort van oorsprong feitelijk thuis bij het reguliere huisartsenvak en maakt deel uit van de poortwachters functie (Voorn, 2003). In de toekomst kan triage echter eveneens door anderen in de eerste lijn worden uitgeoefend. Met name wordt hierbij een mogelijke rol toebedacht aan nurse practitioners en physician assistants. Twee relatief nieuwe opleidingen die opleiden tot het mastersniveau. Dit vormt een onderscheid met de praktijkondersteuner die is opgeleid tot het HBO niveau. Daarnaast wordt de praktijkondersteuner specifiek opgeleid tot een functionaris die zich met name richt op de zorg voor chronisch zieken in de huisartsenpraktijk. De NP en PA worden breed opgeleid voor diverse patiëntengroepen en voor zowel klinische als de niet klinische setting (zie voor nadere informatie: www.cbo.nl en www.lhv.nl).

Een nurse practitioner zou als zodanig invulling kunnen geven aan de triage functie in de eerstelijns gezondheidszorg. Goede afstemming van de overige hulpverleners in de eerste lijn is vanzelfsprekend een vereiste.
Ook wordt echter de praktijkondersteuner genoemd als functionaris die de triagefunctie kan uitvoeren. Vanaf 1999 bestaat de mogelijkheid om praktijkondersteuning huisartsen (POH) te financieren voor de huisartsen, dit budget is echter gemaximeerd. Door de sterke groei van POH de laatste jaren is het budget bij vrijwel alle ziekenfondsen opgebruikt. Een verdere groei van het aantal praktijkondersteuners zou betekenen dat de ziekenfondsen die vrijwel geheel zelf moeten financieren (bij elke particuliere verzekerde mag wel de opslag worden berekend). Dit veroorzaakt een verslechtering van de financiële positie en dus de kans op een verhoging van de nominale premie.

Een andere mogelijkheid om praktijkondersteuning te financieren is om de efficiencywinst die is te behalen in het werken met praktijkondersteuning in te zetten voor (gedeeltelijke) financiering van de praktijkondersteuning. Dit kan worden gerealiseerd door een vergroting van de praktijken van de aan de praktijkondersteuning deelnemende praktijken.

Callcentermodel
Een callcenter zoals het medisch callcenter 'De Huisartsenlijn van Achmea' is een vierde model via welke aan de coördinatiefunctie gestalte kan worden gegeven. Door een dergelijk callcenter wordt de huisartsenpraktijk ondersteund. Als de huisartsenpraktijk zijn telefoon heeft doorgeschakeld zorgt het medisch callcenter voor afhandeling van alle gesprekken. Uit een evaluatie blijkt dat 45% van de patiënten prijs stellen op voortzetting van de dienstverlening. Voor een flink deel van de patiënten heeft een dergelijk callcenter dus een meerwaarde. Uit het onderzoek door Prismant blijkt dat er draagvlak bestaat voor een medisch callcenter zoals De Huisartsenlijn. De doelstelling van De Huisartsenlijn is het garanderen voor de patiënten van toegang tot kwalitatief goede huisartsenzorg. Twintig procent van de patiënten kreeg een zelfzorgadvies. De patiënten beschouwen de zelfzorgadviezen als betrouwbaar, nuttig en uitvoerbaar. De kwaliteit, effectiviteit en veiligheid rusten op vier pijlers:

- De deskundigheid van de medisch assistenten van De Huisartsenlijn.
- Het triagesysteem dat de gesprekken met de patiënten ondersteunt.
- De arts die in het callcenter aanwezig is.
- De dagelijkse rapportage die na afloop van het gesprek plaats vindt met de eigen huisarts.

De arts op het medisch callcenter controleert en fiatteert de zelfzorgadviezen en de medisch assistente kan op ieder moment overleg plegen.
Momenteel is het medisch callcenter nog uitsluitend gericht op het ontlasten van de huisartsen praktijk, het is echter denkbaar dat een dergelijk model voor meerdere eerstelijns zorgverleners wordt ontwikkeld.
In zekere zin kan dit model eveneens aansluiten op de AIV functie van de thuiszorg.

5.5 Conclusies

Coördinatie speelt in de ontwikkeling van een geïntegreerde eerste lijn op diverse aspecten een rol. In de eerste plaats als synoniem voor management, in de tweede plaats in de betekenis van zorgcoördinatie (ketenzorg) en in de derde plaats de coördinatie van de eerste opvang van de patiënt.
Een goed management van de eerste lijn kan bijdragen aan een doelmatig en doeltreffend functioneren van de eerste lijn. Management speelt niet alleen een rol op het niveau van de uitvoerende organisatie, maar ook op het niveau van een ondersteunende structuur, het facilitair bedrijf.

Op het terrein van de zorgcoördinatie (ketenzorg) kunnen multidisciplinaire werkafspraken (richtlijnen of protocollen) bijdragen aan een goede afhandeling van de vragen van de patiënt. Hierbij dient echter een evenwicht te worden gevonden tussen het ideaal om gedetailleerd de keten te willen beschrijven en het behouden van een praktisch haalbare werkwijze. Hierbij kan wellicht de functie van zorgcoördinator een rol spelen. De functie van zorgcoördinator kan worden vervuld door alle medewerkers binnen de eerste lijn, maar lijkt in belangrijke mate aan te sluiten bij het werkterrein van de praktijkondersteuners en nurse practitioners. Daarbij is het belangrijk dat de

betreffende functionaris met name beschikt over een goed vermogen om de vraag van de patiënt te vertalen in een concrete hulpvraag en goed op de hoogte te zijn met de competenties van de onderscheiden disciplines in de eerste lijn zodat de hulpvrager doeltreffende en doelmatige hulp ontvangt.
Voor het snel naar de juiste vorm van hulpverlening leiden van de patiënt zijn de volgende modellen in de praktijk reeds ontwikkeld:

- poortwachtersmodel;
- éénloketmodel;
- triagemodel;
- callcentermodel.

6 Communicatie en informatie

6.1 Inleiding

Communicatie en informatie zijn essentiële onderdelen van een goede gezondheidszorg. Alle ogen (en veel inspanningen) zijn de afgelopen jaren gericht geweest op de ontwikkeling van ICT en de oplossingen die vanuit die hoek konden worden verwacht. De ontwikkelingen op het terrein van de ICT hebben echter niet gezorgd voor een oplossing van de communicatieproblemen in de eerste lijn. Knelpunten die zich daarbij voordoen zijn onder meer (RVZ, 2002):

- Gegevens kunnen niet of onvoldoende tussen zorgverleners op een elektronische wijze worden uitgewisseld. Dit hangt enerzijds samen met het feit dat gegevens niet elektronisch zijn vastgelegd. In de tweede plaats hangt dit samen met het niet of onvoldoende toepassen van technische standaarden, waaronder wordt verstaan dat gegevens tussen actoren in de zorg digitaal gecommuniceerd kunnen worden.
- Angst voor verandering, m.a.w. de cultuur binnen de zorgsector die onvoldoende openstaat voor de toepassing van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën.
- Financieel-economische belemmeringen, er wordt te weinig geïnvesteerd in ICT en de vergoeding van ICT is onduidelijk. Bovendien bestaat nog te weinig inzicht in de effectiviteit van ICT handelen.

In dit hoofdstuk zal niet uitvoerig worden ingegaan op de problemen op het terrein van de ICT, maar zal in meer algemene termen op de communicatie in de eerste lijn worden ingegaan.
Communicatie valt uiteen in verschillende onderdelen, zoals onderstaand schema laat zien.

Schema 6.1: Te onderscheiden onderdelen van communicatie

Communicatie			
Vorm	**Inhoud**	**Status**	**Doel**
Mondeling	Monodisciplinair	Formeel	Informatie uitwisseling
Schriftelijk	Multidisciplinair	Informeel	Kennisoverdracht
Elektronisch			Intervisie

De traditionele communicatie binnen de eerstelijns gezondheidszorg is voornamelijk gericht op mondelinge en schriftelijke informatie uitwisseling (verwijsbrieven en eventueel schriftelijke terugkoppeling). Alvorens in te gaan op de informatie uitwisseling tussen zorgverleners zal eerst worden ingegaan op de criteria die vanuit de patiëntenorganisatie naar voren worden gebracht.

6.2 Communicatie en informatievoorziening vanuit patiëntenperspectief

De patiënt dient in het denken over de communicatie en informatie centraal te staan. De problemen van de patiënt dienen te worden opgelost en communicatie en informatie uitwisseling kan daarbij een belangrijk hulpmiddel vormen.
Ook echter het informeren van de patiënt is een belangrijk aspect.

De NPCF heeft de volgende criteria geformuleerd waaraan informatie aan de patiënt dient te voldoen:

- Erop toezien dat de gegevens die noodzakelijk zijn voor de behandeling en verzorging van de patiënt op elk moment compleet en actueel zijn en dat deze gegevens niet in verkeerde handen vallen.
- Ervoor zorgen dat de door de patiënt gewenste informatie op het juiste moment beschikbaar komt, begrijpelijk is en relevant.
- De patiënt volledig informeren over de aard van de ziekte of aandoening, het mogelijke verloop en de eventueel blijvende gevolgen.
- Opening van zaken geven over het diagnostisch onderzoek, de behandeling en de revalidatie, het zorg- of behandelplan en eventuele wijzigingen en resultaten.
- De patiënt vertellen hoe de hulpverlenende organisatie is georganiseerd en welk beleid wordt gevoerd; hoe de patiënt wensen, twijfels en bezwaren kenbaar kan maken en waar hij eventueel een klacht kan indienen.
- De patiënt inlichten omtrent het zorg- en verzekeringsstelsel waarop hij een beroep kan doen, de maatschappelijke aspecten van de ziekte en de behandeling, het bestaan van patiëntenorganisaties, instellingen en instanties die van nut kunnen zijn.

6.3 Communicatie tussen zorgverleners

Ongeacht de diverse organisatiemodellen en voorstellen voor modernisering van de eerste lijn, zoals vraaggerichte aanbod van eerstelijnszorg, bedrijfsmatige zorgaanbod, poortwachtersmodel, een loketmodel, triagemodel of netwerkorganisaties, communicatie en informatie vormen essentiële voorwaarden voor een goed functioneren van de gezondheidszorg. Communicatie verbindt de zorgprocessen en organisatievormen met de informatiebehoefte en kennisoverdracht.

Waar de traditionele communicatie binnen de eerstelijns gezondheidszorg zich voornamelijk richtte op schriftelijke informatie (verwijsbrieven en eventueel schriftelijke terugkoppeling), wordt in de vernieuwingsvoorstellen steeds meer aanspraak gedaan op mondelinge en elektronische communicatie. Vooral elektronische communicatievormen bieden grote vernieuwingsmogelijkheden in de zorg. Hierbij worden vooral de ICT-toepassingen als kansrijke instrumenten gezien om toegankelijke, kosteneffectieve en snelle informatie uitwisseling te bieden. Vooralsnog worden ICT toepassingen nog onvoldoende toegepast. In de moderne netwerkorganisaties zijn ICT toepassingen van essentieel belang om snel informatie bij veel doelgroepen en belanghebbenden te verzorgen. Een extra impuls in ICT toepassingen is hiervoor een belangrijke voorwaarde.

Op inhoudelijk vlak ontwikkelt de communicatiefunctie binnen de gezondheidszorg zich steeds meer van monodisciplinaire naar multidisciplinaire communicatie. In gezondheidscentra bijvoorbeeld, is niet langer alleen de verwijsfunctie van huisarts naar andere zorgaanbieders (en eventueel terug) relevant, maar vindt overleg plaats in teams op multidisciplinair niveau. In zorgprogramma's wordt het zorgaanbod zorgvuldig op de benodigde disciplines afgestemd en wordt regelmatig overleg gevoerd over voortgang en ontwikkeling. Maar ook bij initiatieven als de één loket organisatie, directe toegang, triage-model en de netwerkorganisatie wordt communicatie tussen de ondersteunende partijen (nurse practitioner, physician assistant of praktijkondersteuner) en van de ondersteunende partijen naar de primaire zorgaanbieders steeds belangrijker. Het invlechten van multidisciplinair overleg en communicatie in de zorgprocessen is een belangrijke voorwaarde voor de optimalisering van de eerste lijn.

In gesprekken met gezondheidscentra in de praktijk klinkt een belangrijk pleidooi door voor de werking van de informele communicatie als belangrijke bijdrage aan de informatieoverdracht. Dit duidt op een belangrijk voordeel van geïntegreerd zorgaanbod boven gefragmenteerd en lokaal verspreide zorgaanbod. Over het algemeen wordt aan informele communicatie geen status verleend. Er is immers geen sprake van herleidbare, gestructureerd en georganiseerde informatieoverdracht. Ondanks de waarde die aan informele communicatie wordt toegedicht en die in de praktijk wordt ervaren, dient informele communicatie dan ook slechts als extra element boven de formele communicatie te worden beschouwd. Dat wil zeggen: het is een uitstekende aanvulling op de huidige informatie-uitwisseling, maar er kan niet op worden gestuurd. Veel belangrijker is de verankering van de formele communicatie in de organisatiestructuur van de eerste lijn, zoals protocolvorming, patiëntenoverleg, doorverwijsfunctie, formele terugkoppeling behandelingen en medicatiegegevens.

Tenslotte kunnen nieuwe communicatietechnieken de doeleinden van communicatie aanzienlijk verruimen. Zo zijn multidisciplinaire discussies, informatieverspreiding naar grote groepen gebruikers, kennisoverdracht via internettoepassingen en intervisiemogelijkheden via moderne communicatietoepassingen mogelijk geworden.

In de ontwikkeling van een goed communicatienetwerk kan een facilitaire dienst een belangrijke ondersteunende rol spelen. Een dergelijke facilitaire dienst dient dan niet uitsluitend een of enkele disciplines in de eerste lijn te ondersteunen, maar bij voorkeur alle eerstelijns disciplines. Inclusief bijvoorbeeld de thuiszorg die momenteel veelal eigen facilitaire ondersteuning biedt aan de medewerkers. Vanuit de thuiszorg wordt naar voren gebracht dat er mogelijkheden zijn om de facilitaire ondersteuning uit te breiden naar andere disciplines binnen de eerste lijn.
Ook echter vanuit bijvoorbeeld de huisartsenorganisaties (DHV's) worden dergelijke mogelijkheden geschetst. In enkele gevallen bieden intramurale voorzieningen facilitaire ondersteuning aan ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg.

6.4 Ontwikkeling van de IC functie

Een aantal ontwikkelingen in de eerste lijn vormen de uitgangspunten voor een nieuw perspectief: de vraaggerichtheid, doelmatigheid en functionaliteit. Een van de perspectieven om dit te bereiken is het aanbieden van één aanspraak op de eerstelijnszorg, waarbinnen dan verschillende zorgfuncties bestaan. Zorgverzekeraars en aanbieders maken op regionaal niveau afspraken over de invulling van en de afstemming en samenwerking tussen de diverse beroepsgroepen.
Ter ondersteuning van deze afstemming en samenwerking is een goed georganiseerde informatie- en communicatiefunctie (IC-functie) essentieel. In dit hoofdstuk presenteren wij een model waarbinnen de informatie en communicatie vormgegeven kan worden. Dit model is tijdens de gesprekken met de gezondheidscentra besproken. De reacties op dit model en de bevindingen uit de praktijkgesprekken zijn in dit rapport verwerkt.

IC-model

Het informatie- en communicatiemodel (IC-model), noemen wij vanwege haar vorm 'het margrietmodel'.

Het IC-model is een communicatiemodel, dat uitgaat van (geautomatiseerde) gegevensstromen, welke zijn aangegeven door de verschillende lussen. Iedere gegevensstroom ontstaat vanuit het middelpunt en komt ook weer in het middelpunt samen.
Het IC-model is gebaseerd op gelijkwaardige communicatie en informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgaanbieders binnen het model. Deze gelijkwaardigheid betekent dat iedere zorgaanbieder vanuit zijn eigen discipline en de behoefte en/of noodzaak aan de IC functie een zelfde bijdrage levert. De zorgaanbieders in bovenstaand plaatje zijn indicatief; het aantal en het karakter kunnen - afhankelijk van de situatie - worden aangepast. Zo is bijvoorbeeld denkbaar dat ook de tandheelkundige gezondheidszorg in het model wordt opgenomen.

Het model geeft niet aan hoe de verschillende disciplines fysiek of organisatorisch gerelateerd zijn. Dat betekent, dat de fysieke locatie van de verschillende disciplines in de praktijk uiteen kunnen liggen en dat er niet een specifieke organisatievorm aan het model ten grondslag ligt.

Het model bestaat uit de onderdelen: communicatie en informatie. De patiënt en de informatie- en communicatiefunctie staan centraal. Dat betekent dat de zorgvraag van de patiënt het startpunt vormt voor iedere vorm van coördinatie informatie of communicatie. De patiënt initieert immers het zorgproces. Vanuit dit zorgproces wordt informatie gegenereerd en ontstaat er de behoefte en /of de noodzaak aan communicatie en informatie.

Vanuit de traditionele werkwijze en procesgang binnen de eerstelijnsgezondheidszorg genereert de huisarts vanuit zijn poortwachterfunctie informatie. Via de doorverwijzingfunctie kunnen andere zorgaanbieders van de informatie gebruik maken en vullen zij deze aan met nieuwe gegevens. Op deze wijze ontstaat een compleet patiëntendossier waar iedere zorgaanbieder vanuit zijn eigen discipline naar behoefte uit kan putten. Uiteraard dient het IC model te voorzien in bescherming van patiënteninformatie en afbakening van bevoegdheden van de verschillende zorgaanbieders ten aanzien van aanvullen en raadplegen van bepaalde informatie. Een huisarts zal bijvoorbeeld een ruime bevoegdheid hebben, maar een apotheker in het model zal alleen de medicatiegegevens mogen inzien en de uitgifte van medicijnen mogen aangeven.

Naast de informatievoorziening, biedt het model ook de mogelijkheid om de communicatie te stroomlijnen. Via overleg, uitwisseling en intervisie kan tussen en binnen de verschillende disciplines communicatie plaatsvinden, waardoor het zorgaanbod wordt verbeterd. Te denken valt bijvoorbeeld aan overleg/ intervisie over nieuwe ontwikkelingen, maar ook gericht patiëntenoverleg. Communicatie kan plaatsvinden tussen verschillende onderdelen van het model, al naar gelang de communicatiebehoefte en de zorgvraag van de patiënt.

6.5 Randvoorwaarden

Voor een optimale werking van het IC-model stelt het de volgende randvoorwaarden:

- Het model gaat uit van aan elkaar gekoppelde, geautomatiseerde technologie, zoals een database systeem, dat verschillende disciplines integreert.
- Geautomatiseerde systemen zijn een hulpmiddel. De wil en bereidheid tot communicatie van de deelnemende partijen blijven essentiële voorwaarden om het model effectief te maken.
- Er moeten heldere afspraken rond autorisatie, bevoegdheden en verantwoordelijkheden worden gemaakt.
- Centraal in het model staat het patiëntendossier. Hoewel iedere discipline zijn bijdrage levert aan de opbouw van het patiëntendossier, is het van belang om het beheer van het patiëntendossier bij een verantwoordelijke te leggen. Dit zou bij een nurse practitioner kunnen liggen, welke ook de triage verzorgt.
- De wet- en regelgeving zal op het gezamenlijk gebruik van patiëntengegeven moeten worden afgestemd.
- Er dient goede autorisatie van bevoegdheden binnen het systeem worden opgezet, zoals raadplegen en muteren. Daarnaast moet altijd traceerbaar zijn wie welke informatie heeft geraadpleegd en/of heeft toegevoegd. Zeker in het geval van directe

toegang tot de gezondheidszorg is het van groot belang om te kunnen achterhalen wie de triage heeft uitgevoerd, welke diagnoses door welke partij is gesteld, wie daarvan op de hoogte is en welke communicatie daaromtrent is gevoerd.

- Als vervolg op voorgaande randvoorwaarde dient het systeem een goede kwaliteitsborging te hebben. Bij voorkeur zou een kwaliteitssysteem moeten worden opgezet, waarbij externe auditing de kwaliteit van de CIC functie en de uitwisseling van gegevens periodiek controleert en borgt aan de hand van vooraf opgestelde kwaliteitsnormen.

6.6 Conclusie

De toekomstige ontwikkelingen van de communicatie binnen de eerste lijn lijken in belangrijke mate afhankelijk te zijn van de ontwikkelingen op het terrein van de Informatie. Daarbij lijkt niet zozeer de technologie het struikelblok te vormen, maar veeleer de attitude van de werkers binnen de eerste lijn. De domeincultuur staat ontwikkelingen in de weg.
Communicatie binnen de eerste lijn vindt om die reden veelal nog op een traditionele manier plaats. Op deze regel zijn echter uitzonderingen zoals de in de laatste jaren sterk verbeterde communicatie tussen huisarts en apotheker. De ontwikkeling is mede door het Electronisch Voorschrijf Systeem sterk verbeterd.

Communicatie in de eerstelijnsgezondheidszorg zou kunnen worden gerealiseerd conform het gepresenteerde margrietmodel waarin eerstelijns disciplines bijdragen aan een goed gedocumenteerd elektronisch patiëntendossier dat door (geautoriseerde) hulpverleners kan worden geconsulteerd.
Randvoorwaarden voor een effectieve en efficiënte communicatie met behulp van moderne informatie technologie zijn: koppeling van geautomatiseerde technologieën, de wil en bereidheid om conform de geïntegreerde aanpak te werken, duidelijke afspraken, benoemen van hoofdverantwoordelijke voor het bijhouden van het patiëntendossier, aanpassing van wet- en regelgeving, autorisatie van bevoegdheden en een goede kwaliteitsborging.

7 Naar een bedrijfsmatige eerste lijn

7.1 Inleiding

De eerstelijnsgezondheidszorg gaat door een ontwikkelingsfase, waarbinnen verschillende initiatieven en alternatieven voor het zorgaanbod ontworpen worden. Daarnaast kampt de eerstelijnsgezondheidszorg met een aantal knelpunten zoals huisartsentekort en onvoldoende afstemming tussen de organisaties en hulpverleners.
Beide signalen bieden het klimaat voor een nieuwe organisatie van het zorgaanbod. In dit hoofdstuk wordt aangegeven waarom een geïntegreerde multidisciplinaire benadering als het meest effectief is te beschouwen als organisatievorm waarbinnen ontwikkelingen kunnen worden vormgegeven en waar de grondslag kan worden gelegd voor een efficiënte en doelmatige bedrijfsvoering. De beschrijving relateren wij aan onderstaande ontwikkelingsrichtingen:

- Directe toegankelijkheid van de zorgaanbieders en rol poortwachter.
- Ontwikkeling van de loketfunctie, waarbinnen het advies, de instructie- en voorlichtingsfunctie is vormgegeven.
- Triagemodel, met een toenemende rol voor nurse practitioners en praktijk ondersteuners.
- Callcentermodel.

Tevens geven wij aan hoe in de organisatievorm de communicatie en informatiefunctie (CI model) vormgegeven zou kunnen worden en waar de facilitaire zaken ondergebracht kunnen worden

Elders in deze rapportage zijn vier organisatietypen in de eerstelijnsgezondheidszorg gepresenteerd. Deze zijn in het kader van dit hoofdstuk ingedeeld in twee hoofdtypen. In het eerste type bevinden zich de solopraktijken en samenwerkingsverbanden, vanwege het verspreide en monodisciplinaire karakter die als zelfstandige eenheden opereren. Het tweede type bevat de multidisciplinaire organisatievormen zoals gezondheidscentra, waarbij voor het gemak niet nader wordt ingegaan op verschillen tussen de organisatievorm met maatschappen of met personeel in loondienst.

7.2 Monodisciplinaire organisatievorm

Bij monodisciplinaire organisatievormen dient de communicatie- en informatiefunctie bijzonder geavanceerd te zijn vormgegeven, willen ontwikkelingen in zorgaanbod voldoende effectief zijn. We spreken in dat geval van een netwerkorganisatie. Dat wil zeggen: aan elkaar gelieerde, maar op zichzelf zelfstandige eenheden, die op een aantal gemeenschappelijke raakvlakken samenwerken. Vanuit de organisatiekunde kunnen netwerkorganisaties worden gezien als het equivalent van de samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg. Netwerkorganisaties worden als volgt getypeerd:

- Het netwerk bestaat uit verschillende micro-organisaties, die ieder hun autonomie hebben. Zij kunnen als micro-organisatie ook zelfstandig opereren, maar kiezen voor het netwerk.
- Iedere micro-organisatie is verantwoordelijk voor zijn eigen financiële gezondheid.
- Er is sprake van vrijwilligheid participatie in het netwerk en bereidheid tot samenwerking en overleg.
- Een essentieel kenmerk van het netwerk is een sterk ontwikkelde communicatiefunctie.

- Uitwisselen van informatie, kennis en ideeën is belangrijk.

De triagefunctie en de loketfunctie zijn in een netwerkorganisatie telefonisch vorm te geven, maar verliezen aan kracht omdat de fysieke bereikbaarheid beperkt blijft. Wel bestaan er mogelijkheden voor een callcenter, maar de praktijkervaringen op dit gebied zijn vooralsnog wisselend. Een aantal ondersteunende taken, die bij het loket- en triagemodel bij de nurse practitioners, physician assistants of praktijkondersteuners kunnen worden ondergebracht, zullen bij monodisciplinaire organisatievormen binnen de lokale vestigingen blijven bestaan. Echte efficiency winst is vanuit deze organisatievormen dan ook niet te verwachten.

Sterke impulsen voor directe toegang tot zorgaanbieders is vanuit de monodisciplinaire organisatievormen niet te verwachten. Daarvoor is de nadruk op de eigen beroepsgroep te sterk aanwezig en is de coördinatiefunctie te weinig ontwikkeld.
Bij een juiste inzet van ICT-toepassingen is de communicatie- en informatiefunctie evenwel goed uit te breiden, onafhankelijk van de lokale spreiding of organisatievorm.
Concluderend zien wij monodisciplinaire organisatievormen -mede als gevolg van de demografische en beroepsgroepontwikkelingen- niet als meest optimale organisatiestructuur.

7.3 Multidisciplinaire organisatievorm

Er bestaan belangrijke verwachtingen ten aanzien van de multidisciplinair opgezette organisaties. Het vormgeven van de zorgprocessen op één locatie en sterk gerelateerde zorgaanbieders, heft veel van de bovengenoemde barrières op.

Het triage- of 1 loketmodel wordt in diverse gezondheidscentra reeds in enige mate toegepast. Het klimaat voor verdere uitwerking van deze modellen is gunstig. De poortwachtersfunctie kan bijvoorbeeld vormgegeven worden door middel van een eerste loket. De patiënt betreedt het zorgproces dan via het loket. Daar wordt de zorgvraag ontleed en wordt bepaald welk zorgaanbod daarop van toepassing is. Optioneel is in dergelijke modellen de directe toegang tot zorgverleners in te passen. Het loket, of de triage verzorgen in dat geval het voorlichtings-, advies en instructierol en adviseren de patiënt, maar de patiënt kan zich ook direct tot de zorgverlener wenden.

Eerder in dit rapport is ingegaan op de coördinatie, communicatie en informatiefuncties binnen de eerste lijn. Deze modellen zijn één op één toepasbaar op gezondheidscentra. Naar verwachting zullen investeringen in ICT-toepassingen ten behoeve van de CIC functies zich in inhoudelijke en financiële efficiency vertalen.

Facilitaire zaken
In de huidige vormgeving van de eerste lijn voeren de zorgaanbieders naast de medische taken ook de facilitaire taken uit. Het gevolg is dat in veel praktijken facilitaire taken vaak onafhankelijk van elkaar en ongecoördineerd worden opgezet. Bij een bedrijfsmatige en efficiënte organisatie van de eerste lijn lijkt de winst vooral te zitten in de (re)organisatie van de facilitaire zaken. Iedere praktijk heeft in meer of mindere mate te maken met facilitaire taken:
- financiële administratie;
- patiëntenadministratie, afsprakenbeheer etc.;
- inkoop;
- protocolontwikkeling;

- ICT;
- huisvesting;
- personeelsbeleid ;
- kwaliteitsbeleid.

In multidisciplinaire centra zijn verschillende zorgaanbieders geconcentreerd en wordt het zorgaanbod op elkaar afgestemd. Deze organisatievorm biedt de beste condities voor centralisatie van facilitaire zaken in een aparte unit. Daarbij gelden de volgende randvoorwaarden:
- heldere communicatielijnen;
- duidelijke aansturing van de facilitaire zaken;
- duidelijke afbakening bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

7.4 Effecten op bedrijfsmatige aanpak

Mogelijke effecten van een bedrijfsmatige aanpak van de eerste lijn zijn:
- kostenreductie;
- kwaliteitsverbetering van het zorgproces;
- verhogen van het aantal patiënten per zorgverlener;
- verkorting van de wachtlijsten;
- mogelijkheden tot specialisatie voor de zorgaanbieder.

Vanuit de zorgverzekeraars is aan ontwikkelingen in de eerstelijnszorg als restrictie verbonden dat deze kostenneutraal moeten kunnen worden doorgevoerd. Kostenefficiency is naar verwachting een van de effecten van verbetering in de bedrijfsvoering in de eerste lijn. In de praktijk zien we echter dat deze efficiencywinst wordt omgezet in verbetering van de dienstverlening en kwalitatieve professionalisering. Dit levert in eerste instantie geen directe kostenreductie op. Op voorhand is echter niet in te schatten in hoeverre hiermee de indirecte kosten van de eerstelijnsgezondheidszorg in zijn geheel -en misschien reductie van doorstroom naar de tweede lijn kunnen dalen.

Bovenstaande passage geeft duidelijk aan dat bedrijfsmatigheid weliswaar een sleutelbegrip vormt, maar dat te weinig bekend is hoe daar in de praktijk invulling aan kan worden gegeven. Benaderd vanuit een bedrijfskundige invalshoek, betekent bedrijfsmatigheid het afleggen van financiële en beleidsmatige verantwoording. Dat wil zeggen dat zorgaanbieders (meer dan nu het geval is) verantwoording afleggen over de gemaakte kosten en uitgaven, gekoppeld aan de ontplooide activiteiten.
De volgende activiteiten zullen ten behoeve van een bedrijfsmatige aanpak van de gezondheidszorg moeten worden ontplooid:
- Ontwikkelen van managementrapportages. Deze rapportages geven de zorgaanbieder of -in geval van een gezondheidscentrum- de leiding voor een korte tijdsspanne (meestal een maand) stuurinformatie op diverse terreinen, zoals uitgaven, (personeels)kosten, aantal patiënten, gemiddeld aantal consulten per patiënt in bepaalde doelgroepen, aantal doorverwijzingen, hoeveelheid (nieuwe) zorgprogramma's, etc.
- Ontwikkelen van financiële en beleidsmatige jaarverslagen, waarin jaarlijks verantwoording wordt afgelegd aan de zorgverzekeraars en de overheid. Dit betreft niet alleen de kosten en uitgaven, maar ook de beslissingen omtrent vernieuwingen en veranderingen in het zorgaanbod in kwalitatieve zin.

- Inventarisatie van tijdsbesteding, gekoppeld aan het zorgaanbod. Dit kan bijvoorbeeld via een systeem van tijdschrijven. Inzicht in tijdsbesteding geeft inzicht in die elementen van het zorgaanbod die onevenredig veel tijd kosten.

Inzicht in de kostenstructuur maakt het mogelijk om kosten toe te rekenen aan 'producten' in de eerstelijns zorg. Vervolgens kan de relatie worden gelegd tussen producten, tijdsbesteding en tarieven. Deze relatie ondersteunt beleidsbeslissingen over de uitvoering en de organisatie van de eerste lijnszorg. Met name in gezondheidscentra kan taakherschikking een belangrijke bijdrage leveren aan een bedrijfsmatige aanpak. Tijdrovende zorgprogramma's zouden bijvoorbeeld geclusterd kunnen worden en - eventueel onder supervisie van een arts - door een nurse practitioner kunnen worden uitgevoerd. Dit dient tevens een aantal andere problemen in de eerste lijnszorg, zoals de lange wachttijden en het vergroten van de kwaliteit van het zorgaanbod.

Waar het bij een bedrijfsmatige aanpak om gaat, is dat op basis van inzicht in de kosten, tijdsbesteding en tarifering in de zorg, de organisatie van het zorgaanbod bewuster en efficiënter kan worden georganiseerd.

7.5 Conclusies

Uit de verkenning van een meer bedrijfsmatig functionerende eerste lijn komt naar voren dat een geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnsvoorziening voordelen biedt ten opzichte van een samenwerkende eerste lijn van zelfstandige beroepsbeoefenaars die elk vanuit een eigen locatie te werk gaan. Met name de facilitaire ondersteuning kan op een aanzienlijk efficiëntere wijze worden ingevuld. Mogelijke effecten van een bedrijfsmatige aanpak zijn: kostenreductie, kwaliteitsverbetering van het zorgproces, verhoging van het aantal patiënten per zorgverlener, verkorting van de wachtlijsten en mogelijkheden voor specialisatie voor de zorgaanbieder.
Van belang is dat zorgaanbieders in sterkere mate verantwoording kunnen afleggen over hun bedrijfsvoering. Activiteiten die daarbij een rol kunnen spelen zijn: managementrapportages, financiële en beleidsmatige jaarverslagen en inventarisatie van tijdsbesteding gekoppeld aan het zorgaanbod. Dergelijke instrumenten geven een georganiseerde eerste lijn mogelijkheden tot een meer bedrijfsmatige organisatie toe te groeien.

8 Implementatie van innovatie; praktijkillustratie provincie Groningen

8.1 Inleiding

De verkenning van de mogelijkheden voor innovatieve projecten op het terrein van communicatie informatie en coördinatie in de eerste lijn heeft zich in belangrijke mate toegespitst op de provincie Groningen. Eerst zal in dit hoofdstuk in z'n algemeenheid worden ingegaan op de aspecten die een rol spelen bij het implementeren van innovaties. Vervolgens zal een schets worden gegeven van initiatieven die in de provincie Groningen plaats vinden.

8.2 Succesfactoren voor innovaties in de eerste lijn

Het succes van deze implementatie van innovaties in de eerste lijn is afhankelijk van verschillende organisatorische en personele randvoorwaarden en financiële omstandigheden. Naast de voorwaarde van wetenschappelijke evidentie, blijkt het overdragen van innovatieve interventies naar de praktijk van vele factoren afhankelijk te zijn. Bijvoorbeeld of er politieke druk wordt uitgeoefend en de 'innovatiegezindheid' van organisaties (Rogers, 1995). Organisaties zullen in een verschillend tempo nieuwe ontwikkelingen opnemen. Rogers (1995) beschrijft dat deze adoptieprocessen min of meer volgens een 'S-curve' verlopen en benoemt deze als 'early adopters', 'majority' en 'laggards' (zie figuur 8.1). Nadat de 'innovatievelingen' zijn bereikt, is behoorlijk wat tijd en ondersteuning nodig om de grote groep van gebruikers te bereiken en ten slotte ook de 'treuzelaars' te overtuigen van het voordeel bij het werken met de innovatie. In dit proces speelt bijvoorbeeld het E-team in Groningen een belangrijke rol, op de rol van het E-team wordt later ingegaan.

Figuur 8.1 Verspreidingscurve van innovatieve activiteiten (uit: Rogers, 1995)

Onder innovatie wordt verstaan een idee, een handeling, een dienst of een programma dat door de adopterende organisatie als nieuw wordt ervaren (Rogers, 1995). Diffusie kan worden gedefinieerd als 'het proces waarbij een innovatie via bepaalde kanalen in de tijd wordt verspreid'. De term diffusie wordt veelal gebruikt voor een min of meer spontaan verlopend verspreidingsproces. De verspreiding van vernieuwing in de eerste lijn kan echter worden opgevat als een bewust geplande activiteit. In dit kader wordt de term disseminatie gebruikt voor actieve pogingen die worden ondernomen om het diffusie proces te beïnvloeden (Rogers, 1995; Steckler, e.a., 1992).

Volgens *the diffusion of innovations* theorie van Rogers (1995) doorloopt een organisatie de disseminatie van een innovatie in vijf fasen. In de eerste fase wordt kennis vergaard over een nieuw programma. In de tweede fase wordt een attitude door de beslissers gevormd ten aanzien van de innovatie. In de derde fase wordt het programma geadopteerd of afgewezen. Als het programma wordt aangenomen, vindt achtereenvolgens implementatie en in de laatste fase inbedding in bestaande activiteiten plaats.
De adoptie van een innovatie wordt onder andere bepaald door de percepties van de organisaties over de kenmerken van de innovatie (Rogers, 1995). Deze kenmerken zijn:

- Relatief voordeel: de mate waarin de innovatie beter is dan de bestaande situatie.
- Verenigbaarheid: de mate waarin de innovatie in overeenstemming is met bestaande normen en waarden, ervaringen en behoeften van de potentiële adopters.
- Complexiteit: de mate waarin een innovatie gemakkelijk toe te passen is.
- Observeerbaarheid: de mate waarin de resultaten van de innovatie zichtbaar zijn voor anderen.
- Testbaarheid: de mate waarin de innovatie op kleine schaal kan worden uitgeprobeerd.

Naast de bovenstaande factoren spelen ook de kenmerken van de organisatie een rol bij het besluit al dan niet deel te nemen aan de innovatie. Relevante kenmerken van de

organisatie zijn onder andere: het organisatieklimaat, waaronder betrokkenheid bij de besluitvorming, beleid van de organisatie, de grootte en de structuur van de organisatie en de wijze waarop besluiten tot stand komen. Ook wordt genoemd sociale invloed, dat is de gepercipieerde invloed van anderen, van wat anderen vinden, verwachten en doen met betrekking tot deelname aan het project.

Een derde groep factoren die het disseminatie proces beïnvloeden zijn de karakteristieken van de beslisser, zoals persoonlijkheidskenmerken, attitude, ervaring en eigen effectiviteit. Laatstgenoemde wil zeggen de inschatting van de gebruiker of de organisatie in staat is om deel te nemen aan projecten.

TNO-PG heeft een raamwerk ontwikkeld voor de implementatie van innovaties waarin toegepast op de ontwikkelingen in de eerste lijn vier clusters van determinanten centraal staan: beleidsomgeving, aanbieders/organisatie, uitvoerders en patiënten(organisaties).

- Beleidsomgeving: wet- en regelgeving en financiering.
- Aanbieders/organisaties/instellingen in de zorg: gereedheid tot ontwikkeling en invoering, ervaren deskundigheid, benodigde faciliteiten, draagvlak om tot organisatie aanpassingen te komen.
- Uitvoerders: eigen taakopvatting, zelfeffectiviteit, ervaren en te verwachten eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit, flexibiliteit.
- Patiëntenorganisaties: eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit.

Uit de uitgevoerde verkenning blijkt dat op alle niveaus draagvlak bestaat voor een modernisering van de eerste lijn waarin de communicatie, informatie en coördinatie worden versterkt.

Voor implementatie van de geschetste innovaties kan worden gekozen voor de volgende strategieën: informerend, educatief, faciliterend en sturend. Deze implementatie-strategieën zijn mede bepalend voor de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de vernieuwing en richten zich op het stimuleren en bevorderen van adoptie, implementatie en/of institutionaliseren van de vernieuwing.

Figuur 8.2 Determinanten van innovatieprocessen in organisaties (Fleuren, Wiefferink en Paulussen, 2002)

8.3 Schets van initiatieven in de provincie Groningen

In deze paragraaf wordt een schets gegeven van de initiatieven die op het terrein van de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg plaats vinden. Naast de ontwikkelingen die in deze paragraaf worden genoemd zijn er ongetwijfeld nog andere initiatieven om tot een goede communicatie en coördinatie in de eerste lijn te komen. De geïnventariseerde initiatieven geven echter reeds een duidelijk beeld van de ontwikkelingen.

Van direct belang op het terrein van de ontwikkeling van de eerste lijn in de provincie Groningen is het initiatief om tot oprichting van een Expertteam (E-team) over te gaan dat tot en met 2005 plannen zal ondersteunen en ontwikkelen die bijdragen aan de continuïteit van de huisartsenzorg in de provincie Groningen. De Districts Huisartsen Vereniging (DHV) Groningen, Geové Zorgverzekeraar en de Provincie Groningen hebben daarover eind 2002 een samenwerkingsovereenkomst ondertekend.
Aanleiding tot deze samenwerking vormt het onderzoek naar de continuïteit van de huisartsenzorg in de provincie Groningen, dat de partijen eind 2001 presenteerden. Het onderzoek gaf onder andere als onthutsend resultaat dat meer dan de helft van de op dat moment werkzame huisartsen binnen tien jaar de praktijk zal sluiten. Een krappe arbeidsmarkt, een hoge werkdruk, een gebrekkige ondersteuning en tekortschietende financiën zijn oorzaken die uit het onderzoek naar voren komen.
Tevens blijkt uit onderzoek dat huisartsen grote behoefte hebben aan snelle ondersteuning op maat.

De in 2002 georganiseerde zes regiobijeenkomsten bevestigden opnieuw deze behoefte. Met aanwezigen waaronder huisartsen, gemeenten, fysiotherapeuten, thuiszorg en patiëntenorganisaties is gesproken over de problematiek en oplossingsrichtingen. Men had veel ideeën en initiatieven echter deze waren vanwege gebrek aan tijd en/of beschikbare deskundigheid niet tot uitvoering gekomen.
Met het oprichten van het E-team hopen de DHV, Geové Zorgverzekeraar en de Provincie Groningen de dreigende uittocht van dokters te voorkomen.

De functie van het E-team
Het E-team zal initiatieven van huisartsen ondersteunen en adviseren bij:
- het ontwikkelen van plannen voor intensievere samenwerking tussen huisartsen onderling en met andere zorgaanbieders;
- het ontwikkelen van huisvestingsplannen voor deze samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders.

Het E-team gaat, op verzoek, in gesprek met huisartsen. Deze gesprekken zijn in eerste instantie oriënterend van aard. Vervolgens bekijkt het E-team aan de hand van de onderstaande uitgangspunten en criteria of de vraag van de huisartsen binnen het team een vervolg kan krijgen.
Uitgangspunten zijn:
- Initiatieven dienen bij te dragen aan de continuering van de huisartsenzorg.
- Stimuleren van samenwerkingsverbanden in de eerste lijnszorg.
- Initiatieven dienen vernieuwend van karakter te zijn en bij voorkeur leiden tot een effectieve en doelmatige wijze van het herschikken van taken binnen de huisartsenzorg.
- Maatregelen dienen bij te dragen tot een evenwichtige spreiding van zorg in de provincie Groningen.

- Initiatieven dienen ertoe te leiden dat een goede bereikbaarheid van de huisartsenzorg/ eerste lijnszorg in stand kan blijven.
- Bij het ontwikkelen van plannen moeten minimaal twee huisartsen betrokken zijn.

Het E-team kan zonodig adviezen van derden inwinnen (bijvoorbeeld bij fiscaal advies, bouwkundig advies).

De organisatie
Het E-team is gehuisvest in het gebouw van de DHV aan de Damsterdiep te Groningen. De Provincie Groningen en Geové Zorgverzekeraar stellen ieder een bedrag van € 225.000,- beschikbaar voor het team. De DHV ondersteunt het team in personele zin. Het E-team werkt onder verantwoordelijkheid van een Stuurgroep waarin de drie partijen zijn vertegenwoordigd. De beoordeling of een initiatief zal worden ondersteund is aan de Stuurgroep.

Overzicht van lopende projecten en initiatieven op het terrein van de eerstelijns zorg in Groningen.

Ter Apel:
Verzoek om ondersteuning bij HOED-vorming. Er wordt nog gezocht naar een geschikte huisvesting. Contact met gemeente en woningbouwcoöperatie Acantus is gelegd.

Bedum:
Ondersteuning bij HOED-vorming.

Delfzijl:
Ondersteuning bij HOED-vorming. Er wordt naar verschillende mogelijkheden van huisvesting gekeken. Contacten gelegd met ziekenhuis, gemeente en woningbouwcoöperatie.

Groningen (stad)
Huisartsenpraktijk in de stad Groningen:
Visieontwikkeling en oprichten facilitaire structuur.

Veendam
Op verzoek van de huisartsen verkenning van de mogelijkheden voor de vestiging van een HOED. Overleg met verpleeghuis, gemeente en woningcorporatie.

Winschoten:
E-team en een extern adviseur bieden ondersteuning aan de gevestigde huisartsen in Winschoten. De huisartsen willen een aantrekkelijk vestigingsklimaat behouden in Winschoten en werken aan een gezamenlijke toekomstvisie voor de komende tien jaar. Daarbij wordt gedacht aan een nieuwe structuur waarbij huisartsen gefaciliteerd worden op het gebied van huisvesting, personeel, automatisering en dergelijke.

Scheemda:
Ondersteuning bij het vormen van een samenwerkingsverband, een gemeenschappelijke visie met betrekking tot de toekomst over de 1e lijnszorg en oprichten van een facilitaire structuur.

Slochteren
Ondersteuning van de plannen van de huisartsen bij het afstemmen van de planvorming bij het gemeentebestuur en ondersteuning bij de ideevorming en het proces ten aanzien van de gezamenlijke praktijkvoering.

Stadskanaal:
Toekomstplannen gericht op visie ontwikkeling en HOED-vorming.

Zuidhorn:
Huisartsen ervaren ruimtegebrek. Architect bekijkt huidige pand en onderzoekt de mogelijkheden van verbouwing.

Zoals blijkt zijn veel projecten gericht op de ontwikkeling van de huisartsenzorg, dit mede vanwege de noodzaak die werd gevoeld om maatregelen te treffen om de continuïteit van de huisartsenzorg voor de toekomst zeker te stellen. Zoals uit de beschrijving van de functie van het E-team blijkt wordt ook samenwerking met andere zorgaanbieders nagestreefd.
Op het terrein van multidisciplinaire samenwerking loopt eveneens een aantal initiatieven.

Overige initiatieven in de provincie Groningen

Huisarts - thuiszorg
Ontwikkeling van een Advies Instructie en Voorlichtingsfunctie (AIV) van de thuiszorg in overleg met de huisartsen (DHV) in Groningen. Dit om de lijn huisarts – thuiszorg zo kort mogelijk te houden en mogelijk een verlichting van de werkdruk van de huisarts. De activiteiten van Thuiszorg Groningen zouden kunnen plaatsvinden in de vorm van huisbezoeken en verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken.
Voor de cliënten zijn aan de AIV functie geen kosten verbonden.

Huisarts – thuiszorg
Speciale meldcentrale (telefoonnummer) voor huisartsen waar bij een acuut zorgprobleem thuiszorg ingezet dient te worden. De thuiszorgorganisatie neemt daarbij de zorgcoördinatie en de administratieve last van de huisarts over. De huisartsen zijn over de gemaakte afspraken zeer tevreden en het contact tussen thuiszorg en huisartsen is hierdoor verbeterd.

Kleinschalig samenwerkingsverband
In Baflo is in januari 2003 op initiatief van de huisarts en de fysiotherapeut een dienstencentrum gestart waarin tevens een manueel therapeut, een psycholoog en andere eerstelijns hulpverleners zijn gevestigd.

Nieuw Wolda
Een zorgvernieuwingsproject omdat de vacature van een huisarts niet kon worden vervuld en nu wordt ingevuld door een praktijkverpleegkundige in samenwerking met een huisarts

PET initiatief (Pluriform Eerstelijns Team)
Het PET initiatief is ontstaan als tegenhanger van de initiatieven die gericht zijn op de vorming van een HOED (Huisartsen Onder Een Dak). Het initiatief wordt in belangrijke mate gedragen door de fysiotherapie (KNGF) in de regio Groningen.

Een goed PET wordt gekenmerkt door: één loket, elektronisch patiënten dossier, geen hiërarchie tussen de disciplines, direct toegankelijke hulpverleners, goede afspraken met 2e en 3e lijn, minder administratieve lasten, bij functie en verantwoordelijkheden passende honoraria, goede communicatie, duidelijke domeinbeschrijvingen, zorgstroomdiagrammen.

Stichting Huisartsen Geneeskunde
Een zelfstandige stichting die ondersteuning biedt aan de huisartsen op het terrein van personeel en organisatie en de administratieve ondersteuning. Ook vervult de stichting een makelaarsfunctie bij het vervullen van vacatures voor huisartsen.

Naast bovengenoemde 'nieuwe' initiatieven is er in de provincie Groningen een aantal initiatieven ter versterking van de samenwerking in de eerste lijn dat reeds langer bestaat.
In de stad Groningen functioneren de gezondheidscentra Leeuwenborg, Beijum en Vinkhuizen. In principe bieden deze gezondheidscentra de mogelijkheid voor een verdere ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg.
Ook op het platteland vindt samenwerking plaats. In meerdere of mindere mate geformaliseerd is daarbij sprake van hometeams, een samenwerkingsverband tussen huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk en huishoudelijke zorg. Coördinatie (afstemming van de zorg), informatie en communicatie kunnen daarbij heel direct worden gerealiseerd. Het aantal zorgaanbieders dat bij dergelijke samenwerkingsverbanden betrokken is, is over het algemeen beperkt.

9 Algemene conclusies en aanbevelingen

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de onderzoeksvragen worden beantwoord en zullen de eindconclusies en aanbevelingen worden geformuleerd.

9.2 Vraagstelling

De oorspronkelijke vraagstelling van het CVZ was gericht op de volgende doelen:

1 Helder krijgen welk programma van eisen door de verschillende partijen in de eerste lijn worden gesteld met betrekking tot een CIC functie in de eerste lijn. Het betreft een inventarisatie op zowel beleidsniveau als op uitvoerend niveau. Tot het programma van eisen behoren in ieder geval: goede afstemming van de bedrijfsprocessen, cliëntgericht, transparant, efficiënt, effectief etc.
2 Identificeren van 'best practices' van de CIC functie in de eerste lijn op basis van de geformuleerde criteria.
3 Nagaan welke 'best practices' in aanmerking komen voor verdere ontwikkeling en implementatie.
4 Aanvullend is de vraag gesteld aandacht te besteden aan de bedrijfsprocessen in de eerste lijn en mogelijke belemmeringen voor een afstemming van de bedrijfsprocessen.

9.3 Programma van eisen CIC functie en best practices

Van direct belang voor een programma van eisen voor de CIC functie is het programma van eisen dat wordt gesteld aan de eerste lijn in het algemeen. Wat dat betreft lijkt er een groot draagvlak te bestaan voor een ontwikkeling van een eerste lijn die voldoet aan de volgende aspecten (best practices eerste lijn):

- Kwaliteit, certificering.
- Coördinatie, overzicht en continuïteit.
- Een loket, gidsfunctie, triage.
- Duidelijke samenwerkingsafspraken, ook met de 2e en 3e lijn.
- Duidelijke taken en verantwoordelijkheden, functionele omschrijving van de zorg, duidelijke domeinen.
- Mogelijkheden voor taakherschikking.
- Richtlijnen en protocollen (mono- en multidisciplinair), zorgstroomdiagrammen.
- Bieden van passende zorg (geen over- of onderkwalificatie).
- Bereikbaar, toegankelijk en beschikbaar.
- Directe toegankelijkheid, toegankelijkheid verbreden (mits eerste lijn een eenheid blijft).
- Verantwoording afleggen over functioneren.
- Transparantie van de prestaties.
- Geen overbodige bureaucratie.

Coördinatie

Coördinatie speelt in de ontwikkeling van een geïntegreerde eerste lijn op diverse aspecten een rol. In de eerste plaats als synoniem voor management, in de tweede plaats

in de betekenis van zorgcoördinatie (ketenzorg) en in de derde plaats de coördinatie van de eerste opvang van de patiënt.

Een goed management van de eerste lijn kan bijdragen aan een doelmatig en doeltreffend functioneren van de eerste lijn. Management speelt niet alleen een rol op het niveau van de uitvoerende organisatie, maar ook op het niveau van een ondersteunende structuur; het facilitair bedrijf.

Op het terrein van de zorgcoördinatie (ketenzorg) kunnen multidisciplinaire werkafspraken (richtlijnen of protocollen) bijdragen aan een goede afhandeling van de vragen van de patiënt. Hierbij dient echter een evenwicht te worden gevonden tussen een gedetailleerde beschrijving van de keten en het behouden van een praktisch haalbare werkwijze. Hierbij kan de functie van zorgcoördinator een rol spelen. De functie van zorgcoördinator kan worden vervuld door alle medewerkers binnen de eerste lijn, maar lijkt in belangrijke mate aan te sluiten bij het werkterrein van de praktijkondersteuners en nurse practitioners. Deze dienen daarvoor te beschikken over een brede kennis van de gezondheidsproblematiek en de competenties van de onderscheiden zorguitvoerders in de gezondheidszorg.

Voor het snel naar de juiste vorm van hulpverlening leiden van de patiënt zijn de volgende modellen in de praktijk reeds ontwikkeld: poortwachters model, één loket model, triage model, callcenter model.

Het poortwachtersmodel wordt nu nog vaak geassocieerd met de huisarts als poortwachter. Bij de exclusieve rol van de huisarts als poortwachter worden echter vraagtekens gezet. Over het algemeen wordt wel aangegeven dat er een poortwachtersfunctie in de eerste lijn kan bestaan, deze functie kan echter door diverse functionarissen worden ingevuld. Een verdere ontwikkeling van plaatsvinden naar een 1 loket model, waarin de patiënt – desgewenst - samen met een zorgverlener komt tot een goede vraagverheldering en adequate gang naar een hulpverlener. Het triage model is een verdere inhoudelijke invulling van de poortwachtersfunctie en het 1 loket model. De discussie richt zich hierbij op de mogelijkheid om de triage uit te kunnen laten voeren door nieuwe functies in de eerste lijn zoals praktijkondersteuners of nurse practitioners. Het callcentermodel is een variant waarbij via de telefoon een eerste selectie plaats vindt om de hulpvraag zo efficiënt mogelijk af te handelen.

Communicatie

De toekomstige ontwikkelingen van de communicatie binnen de eerste lijn lijken in belangrijke mate afhankelijk te zijn van de ontwikkelingen op het terrein van de Informatie. Daarbij lijkt niet zozeer de technologie het struikelblok te vormen, maar veeleer de attitude van de werkers binnen de eerste lijn. De domeincultuur staat ontwikkelingen in de weg.

Communicatie binnen de eerste lijn vindt om die reden veelal nog op een traditionele manier plaats. Op deze regel zijn echter uitzonderingen zoals de in de laatste jaren sterk verbeterde communicatie tussen huisarts en apotheker. De ontwikkeling is mede door het Electronisch Voorschrijf Systeem sterk verbeterd.

Communicatie in de eerste lijn kan worden gerealiseerd conform het gepresenteerde margrietmodel waarbij eerstelijns disciplines bijdragen aan een goed gedocumenteerd elektronisch patiëntendossier dat door (geautoriseerde) hulpverleners kan worden geconsulteerd.

Randvoorwaarden voor een effectieve en efficiënte communicatie met behulp van moderne informatie technologie zijn: koppeling van geautomatiseerde technologieën, de wil en bereidheid om conform de geïntegreerde aanpak te werken, duidelijke afspraken, benoemen van hoofdverantwoordelijke voor het bijhouden van het patiëntendossier, aanpassing van wet- en regelgeving, autorisatie van bevoegdheden en een goede kwaliteitsborging.

Bedrijfsmatige aanpak
Uit een verkenning komt naar voren dat een geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnsvoorziening voordelen biedt ten opzichte van een samenwerkende eerste lijn van zelfstandige beroepsbeoefenaars die elk vanuit een eigen locatie te werk gaan. Met name de facilitaire ondersteuning kan op een aanzienlijk efficiëntere wijze worden ingevuld. Mogelijke effecten van een bedrijfsmatige aanpak zijn: kostenreductie, kwaliteitsverbetering van het zorgproces, verhoging van het aantal patiënten per zorgverlener, verkorting van de wachtlijsten en mogelijkheden voor specialisatie voor de zorgaanbieder.
Van belang is dat zorgaanbieders in sterkere mate verantwoording afleggen over hun bedrijfsvoering. Activiteiten die daarbij een rol kunnen spelen zijn: managementrapportages, financiële en beleidsmatige jaarverslagen en inventarisatie van tijdsbesteding gekoppeld aan het zorgaanbod. Dergelijke instrumenten geven een georganiseerde eerste lijn mogelijkheden tot een meer bedrijfsmatige organisatie toe te groeien.

9.4 Mogelijke projecten

De realisatie van de Coördinatie, Informatie en Communicatie functie in de eerste lijn betekent een vernieuwingsimpuls voor de eerstelijnszorg waarbij rekening dient te worden gehouden met de volgende actoren en aspecten die voor de diverse actoren van belang zijn:

- Beleidsomgeving: wet- en regelgeving en financiering.
- Aanbieders/organisaties/instellingen in de zorg: gereedheid tot ontwikkeling en invoering, ervaren deskundigheid, benodigde faciliteiten, draagvlak om tot organisatie aanpassingen te komen.
- Uitvoerders: eigen taakopvatting, zelfeffectiviteit, ervaren en te verwachten eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit, flexibiliteit.
- Patiëntenorganisaties: eigen voordeel, uitkomstverwachtingen, ervaren complexiteit.

Uit de uitgevoerde verkenning blijkt dat op alle niveaus draagvlak bestaat voor een modernisering van de eerste lijn waarin de communicatie, informatie en coördinatie worden versterkt.

Op basis van de verkenning van het CICEL project en een inventarisatie van initiatieven in de provincie Groningen die in hoofdstuk 8 van het rapport zijn weergegeven lijken zich de volgende mogelijkheden voor projecten af te tekenen.

1 In overleg met de diverse partijen ontwikkelen van een facilitaire organisatie die in principe werkt ten behoeve van alle disciplines in de eerste lijn. Hierbij kan worden aangesloten bij initiatieven die in de provincie Groningen reeds worden verkend vanuit de huisartsenorganisatie, vanuit de Stichting Thuiszorg en vanuit de intramurale gezondheidszorg.
2 Opzetten van een 1 loket functie of triagefunctie in overleg met de beroepsorganisaties in Groningen. Met name is het interessant om na te gaan of en

hoe aan een dergelijke functie gestalte kan worden gegeven in een situatie waarbij de diverse disciplines vanuit hun eigen werkplekken blijven functioneren.

3 De ontwikkeling van een informatie en communicatie systeem dat het mogelijk maakt op efficiënte wijze informatie uit te wisselen. Een dergelijke proef zou kunnen aansluiten bij het initiatief om te komen tot de ontwikkeling van een PET (Pluriform Eerstelijns Team). De aandacht zou daarbij in eerste instantie kunnen worden gericht op een verbetering van de communicatie tussen de huisarts en de fysiotherapeut. Ervaringen opgedaan in het Zwaanproject (een project om de verslaglegging fysiotherapeut – huisarts via elektronische weg te laten verlopen) zouden in deze setting kunnen worden toegepast.

4 Inzetten van praktijkondersteuners of nurse practitioners als zorgcoördinatoren voor meervoudige en complexe zorgvragen. Hierbij kan tevens worden nagegaan of het inzetten van praktijkondersteuners of nurse practitioners kan leiden tot een vergroting van de huisartsenpraktijken omdat de huisarts de zorg voor een aantal (vaak veel aandacht vragende patiënten) voor een belangrijk deel kan overdragen aan de praktijkondersteuners of nurse practitioners.

Voor alle genoemde projecten geldt dat zowel informerend, educatieve, faciliterende en sturende activiteiten dienen te worden ondernomen. Wel zijn op kleinere schaal initiatieven te identificeren waarbij kan worden aangesloten. De initiatieven in Groningen worden in hoofdstuk 8 weergegeven.

10 Literatuurlijst

BOMHOFF EJ, ROSS-VAN DORP CIJM. Zorgnota 2003. Den Haag: SDU, 2002.

CONRADE MH, HAAN J de, JONGEBREUR-RUSKAMP M, PRUMMEL GC, WESTERINK BG. Continuering huisartsenzorg in de provincie Groningen. Groningen: DHV Groningen, Geove RZG, Provincie Groningen, 2001.

DUREN JMCE van, LEEUW WGM de. Toekomstperspectief zorgverzekeraars op herstructurering 1e lijn. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2002.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSSEN TGW. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

GRINTEN TED van der. (COMMISSIE Modernisering Eerste Lijn). Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Amersfoort, Twijnstra Gudde, 2002.

GROOT AWM de, HOP JP, MEULENBEEK AJG, et al. De betekenis van Fysiotherapie. Amsterdam: SEO, 1999.

KNGF. KNGF Richtlijn Informatieverstrekking Huisarts. Amersfoort: KNGF,

LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING / NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP. Toekomstvisie huisartsenzorg; huisartsenzorg in 2012: Medische zorg in de buurt. Utrecht: LHV/NHG, 2002.

LANDELIJKE VERENIGING GEZONDHEIDSCENTRA (LVG). Twee hoofdmodellen voor een georganiseerde eerste lijn. Notitie LVG, 8 november 2002.

LANDELIJKE VERENIGING GEZONDHEIDSCENTRA (LVG). Reeks werkafspraken. Utrecht: LVG, 1998 – 2001.

NEDERLANDSE PATIËNTEN CONSUMENTEN FEDERATIE. Huisarts in de eerstelijnszorg, discussienota. Utrecht: NPCF, 2002.

OOIJENDIJK WTM, VRIES SI de, HESPEN A van, HOPMAN-ROCK M. Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid Fysiotherapie. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002. TNO-rapport PG/VGZ 2002.118.

RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG (RVZ). E-Health in zicht. Zoetermeer: RVZ, 2002.

RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID EN ZORG (RVZ). Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

ROGERS EM. Diffusion of innovations. 4th ed New York: Free Press, 1995.

RIJDT - VAN DE VEN AHJ van de, KONINGS JWAM. Een praktijkwijzer voor huisartsen en assistenten onder een dak; deel 2 management van huisartsenpraktijken. Utrecht: LVG, 2002.

SALZMANN WH, REIJ R. Kwaliteit in de praktijk; Het alternatief op de beperkende maatregel Fysiotherapie, Oefentherapie Cesar en Oefentherapie Mensendieck. Amsterdam: College voor zorgverzekeringen, 2002. Publikatienummer 02/97.

STICHTING HARMONISATIE KWALITEITSBEOORDELING IN DE ZORGSECTOR. Beoordelingsschema/certificatieschema Gezondheidscentra. Utrecht: Stichting HKZ, 1999.

STECKLER A, GOODMAN RM, MCLEROY KR, DAVIS S, KOCH G. Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. Am J Health Promotion 1992;6(3):214-24.

VERBEEK AH, DIGGELEN JM van. Onderzoek naar het PGB in de GGZ. Amstelveen: College van zorgverzekeringen, 2002.

VULTO ME, BUIJTENDIJK J. Duizend bloemen in een kleurrijk boeket; op weg naar een georganiseerde eerste lijn Deel I + Deel II. Leiden: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 2003.

WET OP BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG (BIG). Staatsblad 1993; nr 655.

WET OP DE GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST (WGBO). Staatsblad 1994; nr 838.

ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND. Visie zorgverzekeraars op Herstructurering Eerstelijnszorg. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2002.

A Hoofdmodellen voor een georganiseerde eerste lijn (LVG, 2002; STG, 2003)

Er zijn twee modellen te onderscheiden voor de georganiseerde eerste lijn. Dat zijn de eerstelijns zorginstellingen en het facilitair bedrijf.

De eerstelijns zorginstelling
De eerstelijnszorginstelling is een zorgaanbodorganisatie, die ten minste één, maar bij voorkeur meerdere eerstelijns functies aanbiedt en daarover een contract sluit met de verzekeraar(s).
De belangrijkste functies/disciplines voor een eerstelijns instelling zijn:
- Huisartsgeneeskunde;
- Verpleegkundige zorg;
- Farmaceutische zorg;
- Paramedische zorg (fysiotherapie; oefentherapie);
- Psychosociale zorg;
- Verloskundige zorg;
- Ouder en kindzorg;
- Diagnostische voorzieningen.

De feitelijke samenstelling van het aanbod hangt af van de lokale of regionale situatie en kan worden aangepast of uitgebreid. Ook het volume van de functies zal niet in elke situatie hetzelfde te zijn. Zo zal het aanbod van een instelling in een achterstandswijk in een van de grote steden er anders uitzien dan in een Vinexwijk. Maar de bovengenoemde samenstelling kan beschouwd worden als een basis.

Het ligt voor de hand en het is erg handig voor zowel patiënten als hulpverleners om zo'n organisatie in één gebouw te huisvesten. Maar er zullen vaak situaties zijn, waarin dat geen reële mogelijkheid is. Met name in plattelandssituaties, of in situaties waarin hiervoor geen geschikte bouwlocatie is te vinden.
Maar ook bij een gespreide huisvesting maken deze functies/disciplines onderdeel uit van één organisatie. En dus ook sprake van één contract, dat is de kern van dit concept.
Als een optimale schaalgrootte voor zo'n organisatie wordt gedacht aan een adherentiegebied van 10.000 tot 15.000 patiënten.
Het aanbod kan dus worden beschreven, met in achtneming van de specifieke patiëntenpopulatie.
In een dergelijke organisatie komen de hulpverleners makkelijk tot onderlinge afspraken en afstemming. Taakverdeling, taakdelegatie, taakdifferentiatie en specialisatie zijn eigenlijk alleen maar mogelijk in een organisatie van redelijke omvang en breedte.

Er wordt gewerkt volgens vastgelegde afspraken en protocollen of zorgprogramma's, zowel multidisciplinair als monodisciplinair. Deze afspraken zijn inzichtelijk en toetsbaar; ze hebben betrekking op aandoeningen en/of patiëntencategorieën waarbij deze aanpak tot een hoog niveau van kwaliteit en doelmatigheid leidt.
De instelling maakt een duidelijke keuze in prioriteiten in zorgvormen. Deze prioriteiten kunnen per instelling verschillen en moeten aansluiten op de specifieke lokale situaties of omstandigheden.
Er wordt gewerkt volgens de modernste mogelijkheden op het gebied van ICT.
De wijze waarop de instelling dit alles organiseert is haar eigen verantwoordelijkheid.

Zo kan de instelling de medewerkers in loondienst hebben, maar ook contracten met hulpverleners, die niet in dienst zijn, zijn mogelijk.

Zo'n eerstelijns instelling kan een apart instituut op zichzelf zijn, maar dat is niet noodzakelijk en wordt ook niet wenselijk geacht. Voor de eerste lijn is ook een ordening en organisatie op een grotere schaal wenselijk. Het is het beste als meerdere instellingen onderdeel uitmaken van een grotere organisatie. Wat de optimale omvang daarvan is hangt wederom af van locale omstandigheden en verhoudingen, het beleid van de verzekeraar(s), de relaties met andere zorgaanbieders, etc. Als indicatie geldt een gebied van 50.000 tot 150.000 inwoners.

De organisatie die door een dergelijke clustering ontstaat, is dan een aanspreekbare organisatie van formaat. Met een aantal belangrijke schaalvoordelen.
De facilitaire ondersteuning en activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking op deze manier op zeer doelmatige wijze worden georganiseerd.
Deze schaalgrootte maakt het ook mogelijk om verbinding te leggen met andere ontwikkelingen zoals de centrale dienstenstructuur voor huisartsen, en bepaalde specialistische functies op het gebied van cure en care; diagnostische centra, en samenwerkingsrelaties met ziekenhuizen (medische as), verzorgings- en verpleegtehuizen, GGZ, e.a.

De eerstelijns zorginstelling is aantrekkelijk voor alle partijen: Voor patiënten biedt het een herkenbare plek en organisatie, en één loket, voor een breed pakket aan zorg (een wijkvoorziening).
Voor hulpverleners is het een aantrekkelijke werkplek, met goede facilitaire ondersteuning, en veel mogelijkheden voor flexibele inzet van capaciteit;
Voor verzekeraars is het grote aanspreekbare partij voor contractering, met afspraken over transparantie, verantwoording, kwaliteitsbeleid, e.d.
Voor de financiering van de eerstelijns zorginstelling is een instellingstarief de meest voor de hand liggende constructie. Deze kan worden vormgegeven in de geest van de voorstellen van de Commissie Tabaksblat. Deze commissie maakt onderscheid tussen een tarief voor de "bedrijfskosten" en een tarief voor het honorarium.
Een andere mogelijkheid is de constructie van de "aanneemsom". De instelling sluit dan een contract met de verzekeraar(s) inclusief de volumeafspraken. Bij deze constructie is een grote schaalgrootte nodig om fluctuaties en uitschieters voldoende te kunnen uitmiddelen.

Het eerstelijns facilitair bedrijf
Het facilitair bedrijf is een organisatie, die de hulpverleners ondersteunt bij de bedrijfsmatige en logistieke processen van hun werk.
Er worden twee doelen mee gediend:
Het creëren en bundelen van ondersteunende voorzieningen. Daarbij valt o.a. te denken aan de volgende functies:

- Werkgeversfunctie voor ondersteunend personeel; het poolen van personeel bij een ruimere schaalgrootte; personeelsbeleid; uitwisseling; mobiliteit.
- Huisvesting: ondersteuning bij huisvestingszaken; het leveren van coördinatie bij nieuw- en verbouw; eventueel ook optreden als eigenaar/verhuurder.
- Automatisering: systeembeheer; helpdesk; inkoop hard- en software.
- Administratie: het leveren van diensten op het gebied van financiële administratie (bijvoorbeeld facturering); personeelsadministratie; e.d.

- Inkoop: het verzorgen van de inkoop van praktijkbenodigdheden; apparatuur, meubilair.
- Ondersteuning bij de realisering van nieuwe samenwerkingsverbanden door advisering, projectleiding, procesbegeleiding, etc.
- Het stimuleren van de samenwerking: het gebruik van facilitaire diensten door meerdere hulpverleners en disciplines kan een stimulans zijn om ook de inhoudelijke samenwerking verder vorm te geven. Met het oog daarop kan de organisatie ook medewerkers aantrekken die deze inhoudelijke kant versterken. Bijvoorbeeld eerstelijns GGZ; relatie huisarts - medisch specialist; versterking en verbreding van het netwerk met het oog op bepaalde doelgroepen.

Het facilitair bedrijf kan ontstaan als initiatief van meerdere lokale en regionale partijen. Aan aanbiederzijde valt daarbij te denken aan de DHV, gezondheidscentra, thuiszorg, een ziekenhuis, het districtsverloskundig platform en huisartsen diensten structuur (HDS). Daarnaast is ook een belangrijke rol voor de verzekeraar(s) weggelegd, en kan ook de gemeente een rol spelen.
Voor een facilitair bedrijf is een redelijke schaalgrootte nodig. Een servicegebied van 50.000 inwoners wordt gezien als de ondergrens, groter is bij veel functies ook goed mogelijk.
De opzet kan het best worden aangepakt als een groeimodel: de functies worden uitgebreid al naar gelang de vraag en de financiële mogelijkheden.
Met een facilitair bedrijf wordt niet een starre of alsmaar uitdijende organisatie beoogd. Een grote mate van flexibiliteit is gewenst. Een instituut is mogelijk, maar er kan zeker ook gedacht worden aan netwerken, allianties, joint ventures, e.d.
De afnemers zijn de belangrijkste financiers. Hetzij door middel van een individuele afdracht, hetzij door een min of meer collectieve afspraak over aanwending van gelden uit bijvoorbeeld het grote steden beleid, achterstandsfondsen, praktijkondersteuning, e.d.
Maar er is ook extra financiering van overheid en verzekeraars nodig. Niet alle taken van het facilitair bedrijf kunnen worden betaald uit bestaande tarieven en vergoedingen. Er zal winst ontstaan uit schaalvergroting en samenwerking, maar dat zal niet voldoende zijn.

In het bovenstaande zijn de twee modellen scherp naast elkaar gezet. In de praktijk zullen er allerlei variaties op plaatsvinden. En er zijn mengvormen. Zo is een zorginstelling doorgaans tevens het facilitaire bedrijf voor het eigen hulpverleningsaanbod; maar er kunnen ook diensten worden ingekocht bij een ander facilitair bedrijf. En een instelling kan ook als facilitair bedrijf fungeren voor andere hulpverleners. En een facilitair bedrijf kan in de loop van de tijd evolueren naar een zorgaanbodorganisatie (LVG, 2002; STG, 2003).

B Verantwoordelijkheden georganiseerde 1e lijn (bron: STG 2003)

Vrije beroepsbeoefenaren

- Een visie op en keuze van de landelijke en regionale organisaties voor een georganiseerde eerste lijn.
- Een gemeenschappelijke probleembenadering op lokaal en regionaal niveau, vertrouwen en acceptatie.
- Overstap van solopraktijken naar teams en multidisciplinaire organisaties. Samenwerking niet alleen richten op huisartsen, maar ook op wijkverpleegkundigen, paramedici en verloskundigen.
- Rationalisering van de discussie over (professionele) autonomie en zelfstandig ondernemerschap in relatie tot multidisciplinaire samenwerking. Over de grenzen van het eigen domein heen leren kijken en bereid zijn om te leren samenwerken. Overwinnen van niet toekomstbestendige weerstanden.
- Scheiding van inkomen en (bedrijfs)kosten en een kritische reflectie op de eigen bedrijfsvoering. Opstellen van een bedrijfsplan en rekening houden met het kartelverbod binnen de Mededingingswet.

Zorginstellingen, -netwerken en -concerns

- Een visie op en keuze voor een georganiseerde eerste lijn.
- Investering – met tijd, geld en menskracht – in het ontwikkelen en ondersteunen van nieuwe samenwerkingsverbanden en facilitaire organisaties op lokaal en regionaal niveau.
- Bottom up benadering vanuit een zorginhoudelijke invalshoek – met steun van de bestuurlijke top – en de inzet van gemotiveerde personen, die in staat zijn mensen met elkaar te verbinden. Vanuit patiëntenniveau samenwerking verstevigen op ketenniveau.
- Opbouwen van samenwerking tussen AWBZ-zorg en eerstelijnszorg.

De landelijke overheid

- Een landelijke visie op en keuze voor een georganiseerde eerste lijn om de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg op lange termijn te garanderen.
- Het vaststellen van een financieringsregeling, die eenvoudig en breed toepasbaar is. Voor zorginstellingen dient de financiering het karakter te hebben van een *instellingstarief*, voor facilitaire bedrijven is een constructie met lokale componenten heel geschikt. Scheiding van kosten en inkomen is hierbij noodzakelijk.
- Rekening houden met de situatie van de huidige generatie beroepsbeoefenaren en tegelijkertijd inspelen op de wensen en behoeften van de nieuwe generatie. Ontwikkelen van een overgangstraject.
- Meer ruimte in wettelijke en financieringsregelingen om samenwerking in en rond de eerste lijn – ook tussen ongelijksoortige organisaties – te bevorderen. Met name ruimte voor samenhang en samenwerking tussen AWBZ-zorg en eerstelijnszorg vraagt hierbij de aandacht.
- Ruimte voor verzekeraars om op gelijkwaardige voet te investeren in zorginfrastructuur en facilitaire ondersteuning. Oplossen van het free riders probleem.

De provinciale overheid

- Een provinciale visie op en keuze voor een georganiseerde eerste lijn en samenhang tussen wonen, zorg en welzijn.
- Stimulans voor en ondersteuning van (kleine) gemeenten in het op peil houden van de leefbaarheid en de kwantiteit en kwaliteit van duurzame gezondheidsvoorzieningen.
- Eenmalige subsidies voor onderzoek en ontwikkel- en begeleidingskosten.

Lokale overheden

- Een gemeentebrede visie op en keuze voor een georganiseerde eerste lijn en samenhang tussen wonen, zorg en welzijn.
- Optreden als netwerkmanager en partijen met elkaar om de tafel brengen. Bij elkaar brengen van de 'harde' en de 'zachte' sector.
- Het in kaart brengen van de (toekomstige) hulpvraag en de noodzakelijke capaciteit van verschillende typen hulpverlening.
- Het scheppen van een gunstig samenwerkingsklimaat met faciliteiten voor bouwlocaties en acceptabele grondprijzen en helpen bij tijdelijke huisvesting.
- Opstellen van criteria voor toekomstbestendige gezondheidsvoorzieningen. Verbinden van sociale (woon-zorg)infrastructuur met eerstelijnszorgvoorzieningen.
- Eenmalige subsidies voor ontwikkel- en aanloopkosten. Garanties bij kredietverlening.
- De inzet van Algemeen Maatschappelijk Werk en facetbeleid voor jeugd(gezondheids)zorg, welzijn en openbare gezondheidszorg.
- Lokaal sociaal beleid voor de begeleiding van vrijwilligers en de ondersteuning van mantelzorgers.

Verzekeraar(s)

- Een landelijke en regionale visie op en keuze voor een georganiseerde eerste lijn. Deze visie tot uitdrukking brengen in het contracteerbeleid.
- Investeren in een georganiseerde eerste lijn (onder andere door middel van een heldere tariefstelling).
- Het in kaart brengen van de (toekomstige) hulpvraag en de noodzakelijke capaciteit voor verschillende typen hulpverlening.
- Eenmalige subsidies voor ontwikkel- en aanloopkosten.
- Oplossen van het probleem van de free riders (de relatie met de conculega's), zodat alle verzekeraars op gelijkwaardige voet kunnen investeren in de regionale zorginfrastructuur.