

Waarschuwing op waarschuwing

Het fundament van de eerstelijnszorg bestaat uit de kerndisciplines huisarts en wijkverpleegkundige. Maar door chronische overbelasting wordt dit fundament ondermijnd. In dit artikel een analyse van de problemen en de (mogelijke) oplossingsrichtingen.

1. Gesloten ecosysteem: er is een ecosysteem voor zorgkosten ontstaan. Immers de economie groeit beperkt en de zorgvraag minstens net zo snel. Relatief gezien komt er daardoor niet meer budget beschikbaar voor de zorg. Autonome groei is het komende decennium niet of nauwelijks meer aan de orde. Bij economische tegenslag zijn er zelfs bezuinigingen nodig. Dus alleen interne verschuivingen van zorgbudget kunnen tot een verruiming voor bepaalde deelbudgetten leiden.

Dat zou kunnen door meer te investeren in de eerste lijn. Dit vergroot de kans dat mensen minder snel naar het ziekenhuis hoeven en sneller worden ontslagen. In de langdurige zorg krijgt men veel minder snel een indicatie voor intramurale zorg. Maar het bijbehorende budget volgt niet in die mate¹. Tegelijk vinden er op heel veel verschillende terreinen tegelijk veranderingen plaats. In alle gevallen hebben die veranderingen effect op huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Huisartsen en wijkverpleegkundigen krijgen meer werk en onevenredig minder middelen en worden daarmee voor de korte termijn in het nauw bedreven. Daarmee dreigt overbelasting van het fundament onder het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, waarvoor diverse verschillende bronnen de afgelopen jaren al waarschuwden (2012 – 2015²).

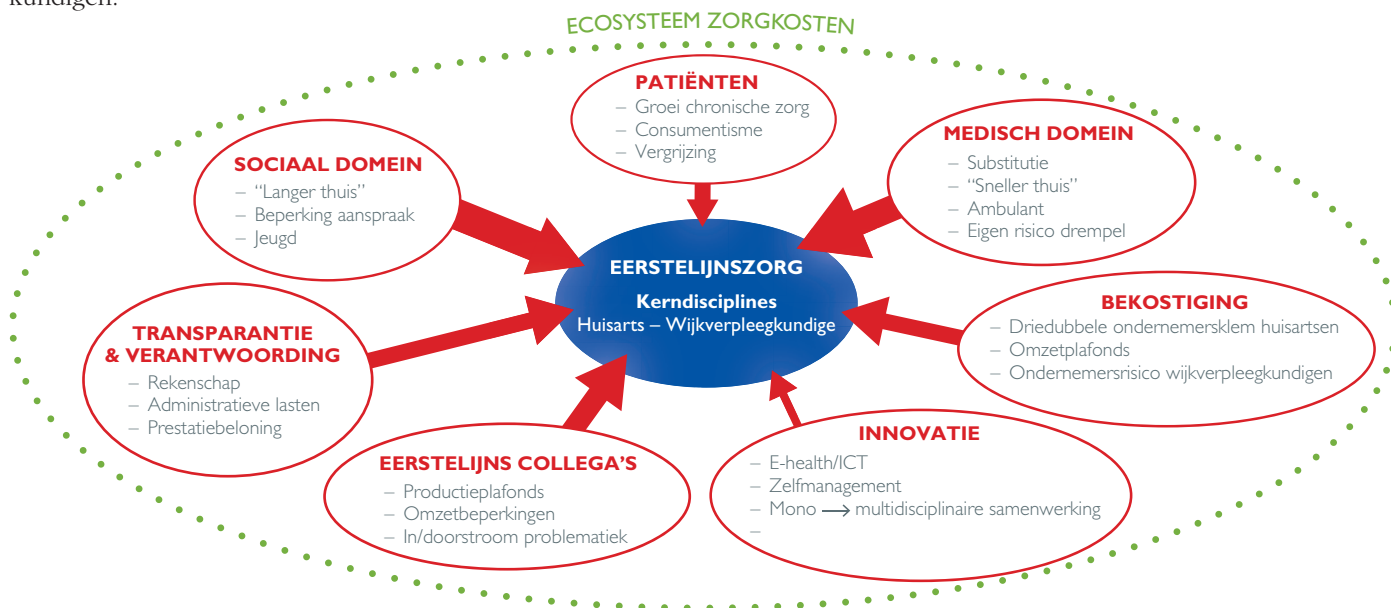
Ontbreken regelvermogen

Werkdruk en werkbeleving ondervinden invloed door de zwaarte van de eisen die gesteld worden aan huisartsen en wijkverpleegkundigen en de mate waarin men regel mogelijkheden heeft om het werk te beïnvloeden. Daar gaat het mis. Wijkverpleegkundigen mogen vanaf 2015 individuele patiënten indiceren, maar de thuiszorgorganisatie heeft wel een budgetplafond³. De thuiszorgorganisatie mag extra volume niet declareren en moet dit uit reserves betalen. Dat is niet duurzaam. En leidt bij organisaties tot strategische keuzes om

bepaalde producten en diensten niet meer aan te bieden op basis van een bedrijfskundige analyse van “feeders” en “bleeders”⁴. Er vallen gaten in het systeem en patiënten vallen tussen wal en schip.

Daarnaast biedt het normenkader van wijkverpleegkundigen een kader voor te indiceren zorg, maar is niet gekoppeld aan voldoende budget. Nieuwe patiënten komen aan het einde van het jaar op een wachtlijst, terwijl wijkverpleegkundigen niets liever willen dan zorg leveren die nodig is. Ook is er een tekort van vijfduizend hbo-wijkverpleegkundigen, aldus V&VN (2015).

Er zijn mega-veel en impactvolle veranderingen; zóveel dat er chaos aan het ontstaan is



voor overbelasting eerstelijnszorg



Foto: Thinkstock

Tegelijk worden wijkverpleegkundigen “geplaagd” door verplichte herindicing, decentralisatie naar gemeenten, nieuwe samenwerkingspartners in sociale wijkteams, overbelaste huisartscollega’s en aanbestedingsexperimenten door zorgverzekeraars.

Huisartsen als “afvoerputje”

Huisartsen hebben geen wachtlijsten, maar zien zich geconfronteerd met patiënten die elders niet meer terecht mogen, kunnen of willen. Ze fungeren als “afvoerputje” voor de problemen elders in het zorgsysteem. Er is weliswaar geen volumebeperking in de productie, maar het dreigende MBI, correctie van het norminkomen door de NZa als extra werk ook extra inkomen genereert, en het niet afgedekte ondernemersrisico bij investeringen in personeel, gebouw of ict zorgen voor een driedubbele ondernemersklem⁵. Tegelijk speelt ruimte- en personeelsgebrek een steeds grotere rol. Prestatiebekostiging, financiële sturing op kwaliteitsindicatoren, ontbreken van indexering, contracteerperikelen en

onmogelijke opgelegde verantwoordelijkheid voor substitutie van tweede naar eerste lijn zorgen voor verdere “betonrot”.

Randvoorwaarden onvoldoende

Het ontbreekt aan visie en regie op de samenhangende maatschappelijke-, sociale-, technische- en bekostigingsveranderingen. De centrale overheid laat het over aan het veld, maar die komen er niet uit. Of de overheid delegeert verantwoordelijkheden aan gemeenten, zonder de daarbij passende (financiële) bevoegdheden. Zorgverzekeraars zijn niet in staat om het budget te heralloceren (zie het artikel op pagina 20). Landelijke koepels van huisartsen, huisartsorganisaties en wijkverpleegkundigen zoeken naar (gemeenschappelijke) oplossingen of zetten de motor in zijn achteruit. Patiëntenorganisaties zijn nog steeds niet voldoende gepositioneerd om het verschil te maken. Er zijn mega-veel en impactvolle veranderingen; zóveel dat er chaos aan het ontstaan is. Maar zoals socioloog Jan Rotmans

in 2013 in *De Eerstelijns* al aangaf: “De chaos moet eerst verder toenemen, voor er echte veranderingen komen.”

De onrust zal nog verder toenemen. Want burgers, verzekerden en patiënten gaan de effecten merken. Of het nu gaat om wachtlijsten, beperkte keuzevrijheid van hulpmiddelen, stijgende zorgpolis-sen in combinatie met beperkte aanspraken of het ontzeggen van dure geneesmiddelen.

De politiek en ministerie van VWS moeten randvoorwaarden creëren, zij zijn verantwoordelijk voor het systeem. Een financiële impuls, onder andere door een intelligente herverdeling van middelen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit is voor de kerndisciplines wijkverpleegkundige en huisarts een belangrijke voorwaarde in ruil voor een loyale medewerking om tot structurele oplossingen te komen. Dan is het mogelijk om resultaatgerichte afspraken te maken die het fundament versterken. Gemandateerde verpleegkundige- en huisartsenorganisaties zijn hiervoor de beste gesprekspartner.

2. Nieuwe samenwerking: gezamenlijk moeten huisartsen en wijkverpleegkundigen op zoek naar nieuwerwetse samenwerking tussen de eerstelijns kerndisciplines. Het is nodig om die samenwerking uit te werken op gebied van ict, richtlijnen, protocollen, dossiers, scholing, e-health, spoedzorg en specialistische zorg. Ook dat vraagt extra aandacht en energie om te ontwikkelen, maar verdient zich later dubbel en dwars terug. Daarom hebben enkele vooraanstaande wijkverpleegkundige- en huisartsenorganisaties op 12 november een werkagenda opgesteld om de komende vijf jaar de samenwerking te intensiveren tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen met als titel: “De weg naar een gelijkwaardige functie in 2020”.

3. Uitwerking werkagenda: de verschillen in Nederland zijn groot. In slechts 31 gemeenten in Nederland wonen meer dan honderdduizend inwoners: totaal bijna zes miljoen mensen, ofwel eenderde van alle Nederlanders. De demografische, culturele, economische, sociale verschillen en complexiteit zijn groot en vragen om een regionale benadering van het zorg- en sociale domein. In rurale of verstedelijkte plattelandsgebieden heeft instandhouding van voorzieningen en (zorg)infrastructuur door krimp en vergrijzing alle aandacht.

De meeste zorg is regionaal georiënteerd; chronisch zieken en ouderen kiezen vooral voor regionale en lokale zorgaanbieders. Ook de koppeling met welzijn en mantelzorg is lokaal. En dat is door de decentralisaties alleen maar versterkt. Het is dan ook nodig om tot regionale oplossingen te komen.

Populatiemanagement

Positieve gezondheid op populatieniveau wordt leidend voor de organisatie van het zorg- en welzijnsaanbod. De huidige bekostiging van wijkverpleegkundige zorg (3,5 miljard) en huisarts- en multidisciplinaire zorg (3,1 miljard) in samenhang met de schotten in het sociale domein, is daarbij niet effectief. Gepleit wordt voor een gezamenlijke regionale bekostiging door samenvoeging van Zvw en WMO-budget op basis van populatiekenmerken. Hierdoor ontstaat een meer organische samenwerking van praktijk- en thuisverpleegkundigen en het sociale domein. Uitgaand van de integrale gezondheid op populatieniveau en persoonsgerichte zorg. Met een geïntegreerde zorginfrastructuur voor oplopende zorg-/welzijnsvraagstukken tot en met een basale ziekenhuisfunctie. Naar voorbeeld van het Engelse *social fund*-systeem, maar aangevuld met burgerinitiatieven, bedrijfsleven en wetenschap. De populatie wordt gevormd door een historische en natuurlijke indeling met voldoende volume om gematigde risico's binnen de bekostiging op te vangen (50.000+). Dit

wordt gecombineerd met een landelijk specialistisch-curatief aanbod.

De inwoners hebben als populatie invloed en zeggenschap op de strategie en besteding van het budget. De aanbieders krijgen een zevenjarige concessie met dezelfde condities als in de schoonmaakbranche waar het personeel overgenomen moet worden en dus continuïteit in de relatie met burgers en zorgconsumenten geborgd is. Invoering per 2020.

Tussenstap

Eenduidige bekostiging van huisartsen en wijkverpleegkundigen op zorgzwaarte is een mogelijke tussenstap. Door de architectuur van de systematiek op elkaar af te stemmen. Er kan een nuttige vereenvoudiging van de huidige bekostiging komen door de indeling op zorgzwaarte (licht, middel of zwaar) en mate van mantelzorg (weinig, gemiddeld of veel) bij wijkverpleegkundigen te koppelen aan zorgzwaarte van de chronische populatie (licht, middel of zwaar) in combinatie met de mate van zelfmanagement (weinig, gemiddeld of veel).

Ict e-health

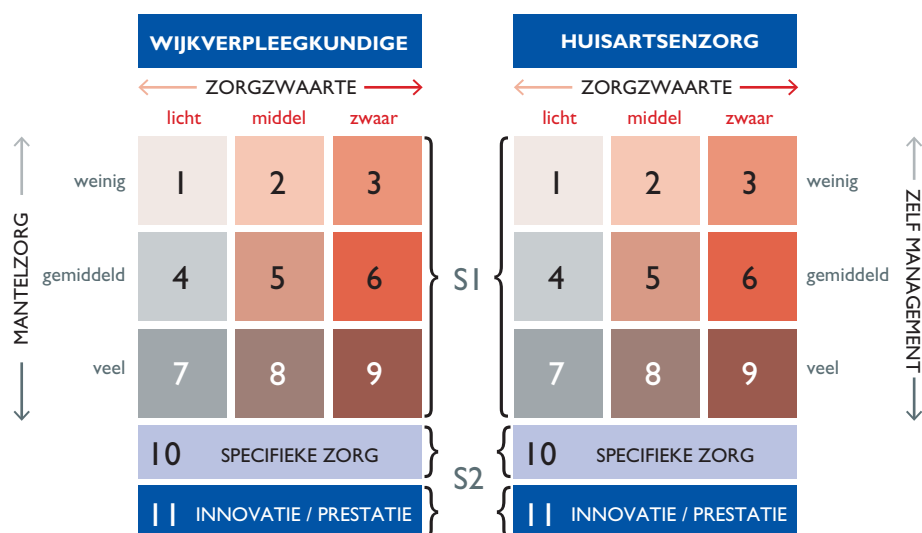
Wijkverpleegkundige organisaties zijn al enkele jaren bezig met e-health. Aangezien de eerstelijnszorg meer zal moe-

ten doen met minder geld is afstemming en inzet over e-health noodzakelijk om de werkdruk te beheersen. Maar ook om de informatie-asymmetrie met patiënten en zorgconsumenten te verkleinen en gezamenlijke besluitvorming te versterken. En daarmee patiënten te empoweren. Daarvoor is het nodig dat wijkverpleegkundigen en huisartsen elkaar eerst vinden. Gemandateerde organisaties bij huisartsen zijn onder andere zorggroepen, gezondheidscentra, huisartsenposten, en Eerstelijns Diagnostische Centra (EDC's). Zij kunnen samen optrekken met wijkverpleegkundige organisaties. Doorzettingsmacht is nodig om tot standaardisatie te komen: een van de belangrijkste voorwaarden voor grootschalige implementatie van ict en e-health. Voor de meeste burgers en zorgconsumenten is een regionale oriëntatie daarbij voldoende. Daarom kan ict en e-health aansluiten bij bovengenoemde regio's.

Thematische benadering

Wijkverpleegkundigen en huisartsen hebben deels dezelfde populatie. Door binnen een bepaalde geografische afbakening te verkennen hoe beide organisaties in elkaar zitten, waar knelpunten zitten en door met elkaar in gesprek te komen, is het mogelijk om een belangrijke stap te zetten in het samenwer-

Bekostiging wijkverpleging en huisartsenzorg in 2017



kingsproces. De 24/7-uurs zorg leent zich er goed voor om tot afstemming en efficiencyvoordeel te komen met huisartsen en wijkverpleegkundigen, maar ook met ziekenhuizen, ambulances en ggz. Thema's als ouderenzorg, palliatieve zorg en eerstelijns bedden geven eveneens veel overlap. Gebleken is dat er grote verschillen zijn in de regionale duale samenwerking van huisartsen en wijkverpleegkundige organisaties. Aan de kant van de huisartsen heeft dit onder meer te maken met de organisatiegraad.

Verstandelijke beperking

De extramurale ggz neemt toe, evenals de zorg voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking. De ggz is een "voorloper" en daarvan zien we reeds nu duidelijk de effecten in de eerste lijn. De substitutie in de ggz zet door en leidt ook tot budgetverschuivingen. Wel ontstaan door deze extramuralisering kwalitatieve en kwantitatieve arbeidsmarktproblemen. En maatschappelijke vraagstukken, zoals verwarde mensen. Hier doet de commissie Spies onderzoek naar. De POH-ggz wordt inmiddels fors gestimuleerd. Een vergelijkbare ontwikkeling is te verwachten in de ouderenzorg. Binnen de Wet Langdurige Zorg (WLZ) wordt fors geëxtramuraliseerd omdat zorgvragers het volledige pakket aan zorg of onderdelen van de zorg thuis mogen ontvangen (Volledig Pakket Thuis, VPT en Modulair Pakket Thuis, MPT). Huisartsen en wijkverpleegkundigen zullen daarmee goede verbindingen moeten hebben met collega's die meer zijn ingevoerd in de specifieke vraagstukken van ouderen. Bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde of de casemanager dementie.

Door alle verschuivingen en veranderingen is deze deelsector instabiel. De huidige driedeling met huisartsen/POH-ggz, basis-ggz en specialistische ggz is nooit echt logisch geweest, naast de tweedeling in de somatische zorg. Door de uitbreiding van de POH-ggz komt

Hernieuwde indeling ggz??



de basis-ggz steeds verder onder druk en is het de vraag of een hernieuwde tweedeling geen betere optie is.

Onderhandelen en contracteren

Door transitie van de AWBZ naar de Zvw is wijkverpleging op gebied van onderhandelen en contracteren veel dichterbij de huisarts komen staan. Er is wel een verschil in positie, bij de wijkverpleegkundige organisaties is er veel meer concurrentie dan bij de huisartsen (op enkele gebieden in Nederland na).

riteit Consument en Markt is er al meer speelruimte gekomen om gezamenlijk te contracteren en onderhandelen. Daarnaast zal op basis van een motie in de Tweede Kamer⁶ in de eerste helft van 2016 een onderzoek plaatsvinden naar de (on)mogelijkheden en potentiële oplossingen voor meer regionale samenwerking van eerstelijns zorgaanbieders. <<

*René van het Erve, eigenaar Eris Advies
Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns*

De 24/7-uurs zorg leent zich er goed voor om tot afstemming en efficiencyvoordeel te komen met huisartsen en wijkverpleegkundigen, maar ook met ziekenhuizen, ambulances en ggz

De onderhandeling moet naar een rationeel debat op regio niveau (nader te bepalen) en afgestemd met het sociale domein, maar daar zitten gemeenten vaak niet aan tafel door de gemeentelijke grenzen. Niet-vrijblijvende opschaling van gemeenten kan een voorwaarde zijn om de organisatie van zorg/welzijn effectief te organiseren. Marktwerking is daarbij niet de meest geschikte vorm om een op de vraag afgestemd aanbod te krijgen. Door de nieuwe toelichting op de Mededingingswet door de Auto-

- 1 Het geld volgt de zorg... een beetje, *De Eerstelijns* november 2015
- 2 Movir, *Medisch Contact*, HRMO, VVAA, VPH, *De Eerstelijns*
- 3 *Nursing* april 2015, 24 procent van de wijkverpleegkundigen geeft aan dat er onvoldoende budget is om de geïndiceerde zorg te leveren.
- 4 Bij feeders is de kostprijs lager dan de tarieven, bij bleeders vice versa.
- 5 *De Eerstelijns* juni 2015
- 6 Leijten (SP) en Dik-Faber (CU), 29 januari 2015