

Raedelijn & Preventie in de Eerste lijn

Visie document





Copyright © 2006 by *iResearch*

Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van *iResearch*.

Voor fouten en of onvolkomenheden in het rapport en eventueel gevolgschade kan *iResearch* niet aansprakelijk gesteld worden.

Raedelijn & Preventie in de Eerste lijn

Visie document

Datum:
Auteur:
Copyright

21 december 2008
Frans van Zoest, Ninette van der Velden
21 december 2008
iResearch, Salie 13, 5331 DJ Kerkdriel, Nederland
Telefoon: 0418 – 553 222,
e-mail: info@iResearch.nl
internet: www.iResearch.nl

DANKBETUIGING

Referenten

- > Drs. J.M. Boot. Universitair hoofddocent, umc utrecht.
- > Drs. M.C.M. Busch.



INHOUDSOPGAVE

> 1. Inleiding.....	4
> 1.1. Doel en vraagstelling	4
> 1.2. Werkwijze	4
> 1.3. Leeswijzer	5
> 2. Relevante ontwikkelingen preventie.....	6
> 2.1. Wat is preventie?	6
> 2.2. Preventiebeleid	9
> 2.3. Wetgeving en financiering van preventie	15
> 3. Relevante ontwikkelingen eerste lijn.....	23
> 3.1. Wat is de eerstelijnszorg?	23
> 3.2. Ontwikkelingen in de eerstelijnszorg	23
> 3.3. Ontwikkelingen eerstelijnszorg aanbieders	29
> 3.4. Wensen van Nederlandse bevolking	33
> 4. Preventie in de eerstelijns - Betekenis voor Raedelijk.....	34
> 4.1. Visie op preventie in de eerste lijn	34
> 4.2. Betekenis voor Raedelijk	39
> 5. Conclusies	45
> 6. Literatuur.....	47
> 7. Bijlagen.....	53
> 7.1. Actoren op gebied van preventie	53
> 7.2. Conclusies Onderzoek Gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid (SGB0, april 2005)	55
> 7.3. Overzicht inhoud nota's Lokaal Gezondheidsbeleid in verzorgingsgebied Raedelijk	58



> 1. INLEIDING

> 1.1. DOEL EN VRAAGSTELLING

Raedelijn wil een duidelijke visie ontwikkelen ten aanzien van preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Vanuit deze visie wil Raedelijn adequaat reageren op ontwikkelingen en vragen op gebied van preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Tevens willen zij een proactief beleid op dit onderwerp voeren.

Het **doel** van dit visiedocument is het onderbouwen van de huidige en toekomstige rol van Raedelijn op het gebied van preventie in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Deze doelstelling is vertaald naar de volgende **vraagstelling**:

Wat is de betekenis van ontwikkelingen in de preventieve- en eerstelijnszorg voor de regionale ondersteuning door bureau Raedelijn op het gebied van preventie?

> 1.2. WERKWIJZE

1. Het zoeken en verzamelen van literatuur en andere relevante informatie

2. Opstellen opzet (inhoudsopgave) visiedocument

Alle verzamelde informatie en literatuur is gelezen. In deze fase van de werkzaamheden zijn de belangrijkste thema's voor het visiedocument gedestilleerd. Het resultaat hiervan was een inhoudsopgave voor het visiedocument voorzien van korte motivatie. Deze inhoudsopgave is voorgelegd aan Mevrouw Kusters van Raedelijn en besproken met de voorzitter van de Raad van Toezicht.

3. *Brainstormsessie*

Tijdens een brainstormsessie met medewerkers van Raedelijm op 3 april 2006 is het visiedocument (hoofdstukken 2 en 3) besproken.

4. *Schrijven van het visiedocument*

Met behulp van de input van de brainstormsessie is het visiedocument nader uitgewerkt en geschreven. Twee conceptversies zijn aan mevrouw Kusters voorgelegd. Op- en aanmerkingen zijn tenslotte verwerkt in een definitieve versie.

> 1.3. LEESWIJZER

In hoofdstukken 2 en 3 worden kort het preventieveld en de eerstelijns gezondheidszorg beschreven alsmede algemene ontwikkelingen die relevant zijn voor de vraagstelling van dit document. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van hoofdstuk 2 en 3 gecombineerd tot een visie op preventie in de eerste lijn en de betekenis ervan voor Raedelijm. Tenslotte worden in hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies samengevat.



> 2. RELEVANTE ONTWIKKELINGEN PREVENTIE

Dit hoofdstuk bevat een beknopt overzicht van het preventieveld en de algemene ontwikkelingen daarin, met een focus op die ontwikkelingen die relevant zijn voor de vraagstelling van dit rapport. Daarbij komen ook de verschillende soorten van preventie en de afbakening van preventie aan bod (definitie van preventie).

> 2.1. WAT IS PREVENTIE?

Preventie omvat 'het totaal van maatregelen zowel binnen als buiten de gezondheidszorg die tot doel hebben gezondheidsproblemen te voorkómen door middel van gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie' (definitie naar 'Volksgezondheid en gezondheidszorg', Mackenbach en van der Maas, 2004).

Het gaat hierbij niet alleen om het daadwerkelijk voorkómen van ziekten, maar ook om het tegengaan van complicaties en het handhaven en verbeteren van de algehele gezondheidstoestand van de gehele bevolking (Witte, 2005a). Er zijn diverse vormen van preventie en preventieve activiteiten kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld.

Een beleidsmatige indeling van preventie die ook in de gegeven definitie wordt gebruikt, is die naar aangrijpingspunt: gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie (V&W 1994).

Gezondheidsbescherming

Gezondheidsbescherming omvat maatregelen die, zonder rechtstreekse betrokkenheid van de burgers, systematisch en routinematig worden genomen om schade aan de gezondheid te voorkomen (voorbeelden: het voorkomen dat giftige stoffen in het milieu terechtkomen, waaraan mensen kunnen worden

blootgesteld; maatregelen om de kwaliteit van voedings- en geneesmiddelen te bewaken en te bevorderen en maatregelen om bedrijfsongevallen tegen te gaan).

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering richt zich op de fysieke en maatschappelijke omgeving en de leefwijzen van individuen en groepen; door beïnvloeding van deze determinanten van gezondheid en ziekte wordt getracht de gezondheid te verbeteren respectievelijk in stand te houden en ziekten te voorkomen (bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting over roken en alcoholgebruik).

Ziektepreventie

Ziektepreventie bestaat uit maatregelen die specifiek gericht zijn op het voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen. Ziektepreventie kan worden onderverdeeld in de volgende veelgebruikte indeling (Witte, 2005a en b):

Primaire preventie heeft als doel een ziekte te voorkomen door oorzaken weg te nemen. De doelgroep bij primaire preventie is de gezonde populatie.

Secundaire preventie heeft als doel ziekten in een vroeg stadium op te sporen. Daardoor kan de ziekte eerder worden behandeld, zodat de zieke eerder geneest of de ziekte niet erger wordt. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn, een verhoogd risico of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen echter nog niet vastgesteld.

Tertiaire preventie is een vorm van zorg. Hieronder vallen activiteiten die erop gericht zijn tekorten in de gezondheidstoestand op te heffen, te reduceren of te compenseren. Ook gaat het er hierbij om mensen bij wie de ziekte al is vastgesteld, zelfredzamer te maken. Complicaties voorkómen en voorkomen dat de ziekte erger wordt, vallen eveneens onder deze vorm van preventie.

Relevant voor dit rapport is ook de indeling in programmatische versus casuïstische preventie (V&W 1994).

Van **casuïstische preventie** is sprake als er binnen de zorg als onderdeel van een individueel hulpverleningsproces een preventieve activiteit wordt ondernomen.

Van **programmatische preventie** is sprake als binnen de zorg preventie wordt ondernomen volgens een bepaald programma gericht op een categorie personen met bepaalde risicokenmerken.

In de geestelijke gezondheidszorg wordt preventie ingedeeld naar (Beekman 2006):

- **universele preventie** (bij gezonde personen)
- **selectieve preventie** (bij personen met risicofactoren)
- **geïndiceerde preventie** (bij personen met vroege verschijnselen van een ziekte).

Tenslotte zijn er nog vele andere indelingen te maken waar hier niet verder op wordt ingegaan. Dit zijn indelingen naar bijvoorbeeld

- ziektes (bijvoorbeeld infectieziektes) en aandoeningen (bijvoorbeeld ongevallen),
- determinanten van gezondheid (bijvoorbeeld leefstijl, fysieke omgeving),
- doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren, ouderen, allochtonen) en
- settings (bijvoorbeeld werk, school, huisarts)

Om preventie op een bepaald terrein succesvol in de praktijk te brengen moet tenminste aan een tiental voorwaarden worden voldaan (naar Stel, 2005):

1. voldoende goede epidemiologische informatie over omvang gezondheidsprobleem
2. kennis over mechanismen van ontstaan en bescherming tegen de ziekte
3. heldere uitkomst en procesdoelen
4. goed gedefinieerde doelgroepen
5. aanwezigheid van bewezen preventieve interventies
6. voldoende financiële middelen
7. ondersteuning door pro-actief preventie beleid

8. actieve coalitie van relevante partijen
9. netwerk van benodigde voorzieningen
10. kwaliteitsbewaking

Een overzicht van belangrijkste actoren betrokken bij preventie in Nederland is weergegeven in bijlage 8.1. Het ministerie van VWS en gemeenten zijn beleidsmatig en bestuurlijk verantwoordelijk voor de preventie in Nederland. Bij de uitvoering zijn o.a. GGD'en, beroepsgroepen en organisaties in de (arbeids- en bedrijfs)gezondheidszorg, gezondheidsbevorderende instituten betrokken.

Verdere informatie over het preventieveld is te vinden op www.nationaalkompas.nl en www.brancherapporten.minvws.nl. In het navolgende wordt verder ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen die relevant zijn voor de vraagstelling van dit rapport.

> 2.2. PREVENTIEBELEID

> 2.2.1. *Nationaal Preventiebeleid*

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, zie ook 2.3.2) verplicht de Rijksoverheid elke 4 jaar een rijksnota uit te brengen waarin het rijk de rijksprioriteiten aangeeft op het gebied van preventie. In de huidige preventienota Langer Gezond Leven (oktober 2003) is een reeks aan maatregelen beschreven om binnen de settings wijk, werk, zorg en school te werken aan drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht (VWS, 2003). In deze nota ligt de nadruk op gezond gedrag en eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid. De rol van de overheid daarbij is kort gezegd om deze eigen verantwoordelijkheid te ondersteunen door de 'gezonde keus ook de makkelijke keus' te maken. De nota bevat naast de 3 speerpunten ook 6 prioritaire ziektes: diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, astma en chronische longziekten, klachten aan het bewegingsapparaat, psychische klachten (inclusief alcoholverslaving). Verder is naast de gekozen settings (wijk, zorg, school en werk) speciale aandacht voor de meest kwetsbare groepen: jongeren, ouderen en mensen met een lage opleiding

(Busch, 2005). Ten aanzien van de eerste lijn wordt in deze nota aangegeven dat huisartsen veel meer kunnen doen aan preventie op gebied van roken, alcohol en psychische stoornissen (o.a. arbeidsgerelateerd). Daartoe heeft van 2000 tot 2005 het door VWS geïnitieerde traject “versterking eerstelijns GGZ” gelopen. Hierin is samen met de partijen in de eerste lijn gewerkt aan het verbeteren van de deskundigheid en vaardigheden van huisartsen op het gebied van psychische problematiek. Daarnaast is de samenwerking binnen de eerstelijns en tussen de eerste en tweede lijn gestimuleerd (Meijer, 2004).

Eind 2006 zal een nieuwe nota verschijnen onder de naam “Kiezen voor gezond leven”. Hierin zullen de lijnen uit de huidige nota verder bestendigd en uitgewerkt worden. Op basis van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2006 zijn daarbij de volgende keuzes gemaakt (VWS 2005):

- Prioritaire ziekten: hart- en vaat ziekten, kanker, diabetes, COPD, depressie en aandoeningen bewegingsapparaat
- Belangrijkste risicofactoren: roken, overgewicht, overmatig alcoholgebruik en geringe sociale weerbaarheid
- Doelgroepen: jeugd, lage SES¹ en beroepsbevolking
- Settings: school, wijk, werk, zorg, sport.

Op basis van een aantal criteria² zijn roken, overgewicht, depressie, alcohol en diabetes tot speerpunten benoemd (VWS 2006). Daarnaast zal in de nieuwe nota zeker veel aandacht zijn voor ontsnippering van het preventieveld, verankering van preventie in de zorgketen en het uitrollen van *best-practices* over heel Nederland (Kootstra 2006).

¹ SES: Sociaal Economische Status

² Criteria voor speerpuntbepaling waren dat het gaat om (a) omvangrijk gezondheidsprobleem met, (b) grote (toekomstige) gevolgen waarvan, (c) de oorzaken te beïnvloeden zijn door gezond gedrag door, (d) kosteneffectieve interventies die, (e) nog niet op grote schaal worden uitgevoerd en waar (f) de overheid ene grote rol kan vervullen in de aanpak.

> 2.2.2. *Lokaal preventiebeleid verzorgingsgebied Raedelijk*

Lokaal preventiebeleid van gemeenten staat beschreven in de nota's lokaal gezondheidsbeleid die gemeenten krachtens de WCPV sinds 1 januari 2004 verplicht zijn te hebben. In de Staat van de Gezondheidszorg concludeert de Inspectie voor de gezondheidszorg (2005) het volgende.

Ten aanzien van het *integraal gezondheidsbeleid* (facetbeleid) de gemeenten weliswaar bij veel partijen draagvlak hebben proberen te krijgen voor de nota zelf, met als opvallende uitzondering de burger, maar dat ze nog in onvoldoende mate de nota's gebruiken om integraal gezondheidsbeleid te beschrijven. De rol van aanpalende beleidsterreinen, zorginstellingen en verzekeraars is beperkt. Ook de interactie tussen de wettelijke taken en het algemeen gezondheidsbeleid krijgt weinig vorm en de rol van de GGD bij het adviseren over gezondheidsconsequenties van beleid wordt veelal niet beschreven.

Ten aanzien van *goed gezondheidsbeleid* is de belangrijkste conclusie dat veel van de gemeenten duidelijk de landelijk prioriteiten hebben opgepikt en deze in de nota hebben verwerkt, maar dat de analyse van lokale gezondheidsproblemen en de vertaling daarvan in beleid en maatregelen nog onvoldoende consistent gebeuren.

Verdere conclusies over vorm, inhoud en kwaliteit zijn opgenomen in bijlage 2.

Ten aanzien van de nota's in de gemeenten in het verzorgingsgebied van Raedelijk kan informatie worden gehaald uit een doorlopende registratie van GGD'en en het RIVM. Hieruit blijkt dat alle 47 gemeentes in het verzorgingsgebied een nota gezondheidsbeleid hebben uitgebracht, met uitzondering van gemeente Wijdmeren (Giesbers, 2005). Van 18 gemeenten is uit de GGD registratie ook inhoudelijke informatie bekend (zie bijlage 8.2). Op basis daarvan kan een aantal kwalitatieve conclusies getrokken worden.

Het zwaartepunt van de nota's ligt op de WCPV taken, zorgvoorzieningen, samenwerking met andere partijen, coördinatie en regie. Jeugd is in alle nota's een belangrijke doelgroep. Opvallende punten daarbij zijn:

- In een ruime meerderheid (15/18) dicht de gemeente zichzelf in de nota een regierol toe als het gaat om coördinatie en samenwerking op het gebied van gezondheidsbevordering, samenwerking met buurgemeenten en zorgpartijen, afstemming in de jeugdzorg en het opstellen en uitvoeren van regionale convenanten in de O(G)GZ.
- Ongeveer 40% van de bekeken gemeenten neemt een 'volgende' houding aan t.a.v. de WCPV taken.
- Bijna alle gemeenten besteden aandacht aan intersectoraal (facet) beleid, maar slechts een derde ziet voor zichzelf daarin een regierol weggelegd.

Relatief beperkte aandacht is er voor preventie belangrijke onderwerpen als Sociaal Economische Gezondheidsverschillen, veilig vrijen, mishandeling jeugdigen, valpreventie bij ouderen, en prioritaire ziektes uit de landelijke preventie nota (hart-vaat ziekte, diabetes en astma/COPD).

Populaire thema's op het gebied van collectieve preventie zijn leefstijl van jeugdigen, beweging, gebruik van genotmiddelen, en psychische problematiek (m.n. bij ouderen).

Het beeld komt in grote lijnen overeen met de landelijke analyse (bijlage 8.2).

> 2.2.3. *Preventiebeleid zorgverzekeraars*

Individuele en collectieve preventie hebben baat bij inbreng van verzekeraars. De potentiële rol van zorgverzekeraars op gebied van preventie is enorm toegenomen als gevolg van de recente wetwijzigingen (zie 2.3). Zonder de macht en kracht van de verzekeraars zijn de kansen voor ontwikkeling en bestendiging van preventie veel kleiner. Verzekeraars hebben niet alleen geld, maar ook de rol van regisseur die nodig is de essentiële bemoeienis van de curatieve gezondheidszorg met preventie te bevorderen. Ook beschikken verzekeraars over,

voor gerichte preventie noodzakelijke, kennis van de doelgroepen. Tenslotte is het voor een structurele inbedding van preventie in de zorg logisch om het dominante sturingsinstrumentarium (verzekeringsstelsel) van de gezondheidszorg óók gebruiken voor preventie.

Omdat de stelselwijzigingen echter niet primair zijn ingezet om preventie te bevorderen zijn de effecten op preventie (waaronder de rol van zorgverzekeraars) onvoldoende geregeld. Hoewel preventie intern hoog op de agenda staat van verzekeraars, is nog volstrekt onduidelijk welke kant hun preventiebeleid op zal gaan. Of verzekeraars hun potentiële rol ook oppakken en fors investeren in preventie is dus nog maar zeer de vraag. Belangrijke kansen en bedreigingen die daarbij een rol spelen zijn (van der Grinten 2006)

Kansen:

- Verzekerden vinden preventie belangrijk (nieuwe dienstverlening)
- Toegenomen mogelijkheden en belang van collectiviteiten (collectieve contracten in plaats van individuele contracten)
- Het is een belangrijke manier om klanten op lange termijn te binden
- Het is de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeringssector; goed voor imago
- Biedt mogelijkheden voor directe schadelastbeheersing

Bedreigingen:

- Preventie zit niet in de genen van de zorgverzekeraars (geen strategie; geen visie; andere prioriteiten; andere competenties)
- Verzekeraars hebben (op lange termijn) belang bij omzetvergroting en dit kan op gespannen voet staan met schadelastbeheersing
- Geen declaratiemogelijkheden
- Beroepsbeoefenaren doen weinig aan preventie (vraagt dus extra investering zorgverzekeraar, tijd is geld)
- De burger tolereert geen bemoeienis van de zorgverzekeraar

Er zijn diverse randvoorwaarden en incentives nodig om verzekeraars over de streep te trekken fors te investeren in preventie (van der Grinten 2006, van Montfort 2006). Belangrijkste incentive om aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid van verzekeraars ook een duidelijk belang toe te voegen is het creëren van declaratiemogelijkheden en ruimte voor preventie in basis- en aanvullende verzekering. Dit kan door bijvoorbeeld het invoeren van preventie DBC's of preventiecomponenten in zorg DBC's. Verder kunnen het toestaan van door verzekeraars bepleite meerjarige polissen, een grotere rol van eigen risico en verdere liberalisering van de zorginkoop een belangrijke incentives vormen. Ook zou het voordeel voor preventie in normuitkeringsystematiek kunnen worden vergroot, bijvoorbeeld door compensatie voor lage SES. Tenslotte is belangrijk de evidence base (kosten en effecten) van preventieve interventies op te voeren.

> 2.2.4. Regie t.a.v. preventie

Tegelijk met het overhevelen van de regiefunctie naar de zorgverzekeraars en de gemeente door de stelselwijzigingen via de ZVW en WMO (zie 2.3) voert VWS nog ander beleid met de bedoeling om de regie ten aanzien van specifiek preventie te versterken.

In een circulaire informeerde het Ministerie van VWS het veld eind 2005 dat een aantal subsidies op het terrein van vroegdiagnostiek en preventie van de AWBZ vanaf 2006 zou worden overgeheveld naar de Rijksbegroting (Goeij, 2005)³. In deze brief worden ook de volgende ontwikkelingen geschetst:

- *Regiefunctie RIVM*: centrale aansturing van vroegdiagnostiek en programmatische preventie door het RIVM, waarbij uitvoeringsorganisaties werken volgens een soort franchise formule. De rol van subsidieverlener is daarbij per 1 januari ook van het CVZ over gegaan naar het RIVM. Dit past in de ontwikkeling van het RIVM naar een CDC-achtig model waarin het RIVM naast kennisinstituut ook een rol krijgt in de hoogwaardige uitvoering van de

³ Het betreft hier per januari 2006: het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en borstkanker, drempelvrije SOA-zorg, familieonderzoek naar hypercholesterolemie, het nationaal onderzoeksprogramma pre- en postnatale preventie; Per september 2006: nationaal programma grieppreventie; per januari 2007: rijksvaccinatie programma.

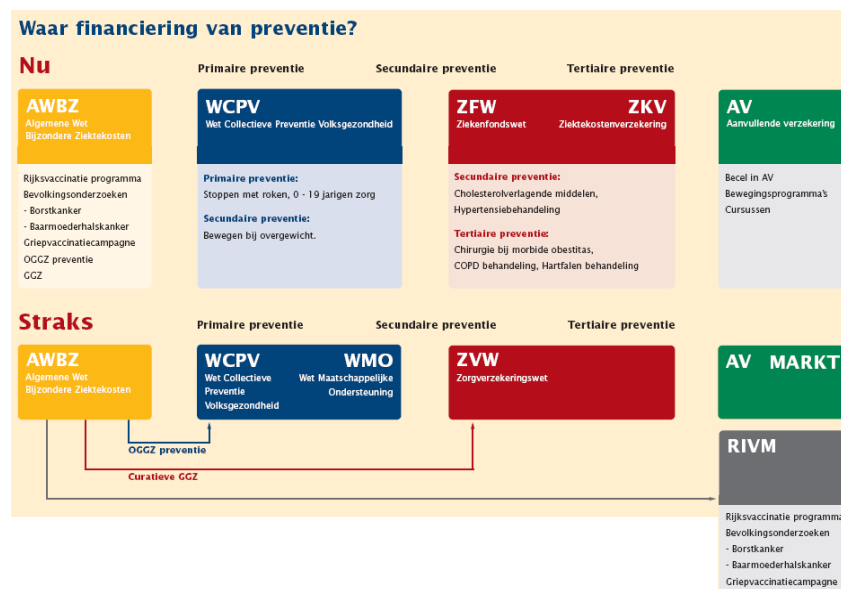
publieke gezondheid in samenwerking met lokale en regionale publieke gezondheidsorganisaties. Daartoe worden bij het RIVM verschillende centra ontwikkeld. Naast het nieuwe centrum voor Infectieziektebestrijding is ook voorzien in centra voor Bevolkingsonderzoek, Gezondheid Milieu & Veiligheid, Gezond Leven en een centrum Jeugd.

- *Territoriale indeling van de aansturing publieke gezondheid:* het ministerie van VWS wil op termijn toe groeien naar 5 territoriaal congruente regio's waarbinnen de huidige samenwerking tussen GGD'en, huisartsen, ziekenhuizen en hulpdiensten optimaal op elkaar zijn afgestemd. Daarbij voorziet de minister maximaal 25 GGD regio's die territoriaal congruent zijn aan de buitengrenzen van de 5 GHOR veiligheidsregio's en het liefst ook aan de provinciale grenzen. Binnen die regio's dient het aantal thans werkzame organisaties te worden gebundeld en beperkt. Deze indeling zal ook gelden voor de organisatie van preventieve activiteiten. Voor de organisatie van programmatische preventieactiviteiten wordt een schaalgrootte van minimaal 1,500,000 per regio nodig geacht. De indeling is voorsnog in de volgende 5 regio's:
 - Noord (3 noordelijke provincies)
 - Oost (Overijssel en Gelderland)
 - Noord-West (Noord-Holland, Flevoland en Utrecht)
 - Zuid-West (Zuid-Holland)
 - Zuid (Noord-Brabant, Zeeland en Limburg)

> 2.3. WETGEVING EN FINANCIERING VAN PREVENTIE

Nederland kent verschillende wetten die erop zijn gericht de gezondheid van de bevolking te beschermen of te bevorderen. De belangrijkste zijn de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), de Infectieziektewet, de Warenwet, de Tabakswet, de Drank- en horecawet, de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO), de Kwaliteitswet en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) (Busch, 2005) Voor preventie relevante financieringsstructuren ondergaan momenteel ingrijpende wijzigingen door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) en de aanstaande invoering

van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Een kort overzicht in relatie tot preventie in 2005 (“nu”) en 2006 (“straks”) is te vinden in onderstaand schema (Eijndhoven, 2005). Enige wijziging ten opzichte van dit overzicht uit 2005 is de overgang van preventieve OGGZ activiteiten naar de WMO in plaats van de WCPV. Deze wetten en hun relatie tot preventie zullen hieronder kort besproken worden.



> 2.3.1. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid vastgelegd. De WCPV onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg. De gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende

werkzaamheden over het algemeen onder bij de GGD. De wet dateert uit 1990, maar is per 1 januari 2003 op belangrijke punten aangepast. Sinds die tijd zijn gemeenten ook verplicht elke vier jaar een nota Lokaal Gezondheidsbeleid uit te brengen. Daarin dient zij aan te geven hoe zij haar verantwoordelijkheid vorm geeft. Ten aanzien van collectieve preventie worden daarbij de volgende terreinen genoemd (www.wetten.overheid.nl):

- het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- het bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- het bevorderen van technische hygiënezorg;
- het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (zal naar de WMO verhuizen per 1 januari 2007)

Ten aanzien van preventieve jeugdgezondheidszorg noemt de wet o.a.:

- systematisch volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren
- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen

> 2.3.2. Zorgverzekeringswet

Sinds 1 januari is de nieuwe zorgverzekeringswet (ZVW) van kracht (www.nieuwezorgverzekering.nl). De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkte zich tot voor 1 januari 2006 door een evenwichtig gespreid aanbod van zorgvoorzieningen, met verantwoorde zorg, tegen betaalbare kosten. Echter, door het primaat van de overheid waren er onvoldoende prikkels die nodig zijn voor een doelmatige zorg. Dit gebrek knelde steeds meer door factoren als duurdere medische technologie, vergrijzing en druk om het zorgpakket uit te breiden. De nieuwe ZVW moet de nadelen van het huidige zorgverzekeringsstelsel wegnemen.

De kern van de nieuwe wet is dat er één verzekering is waarvoor de overheid het verplichte basispakket bepaalt en waarvoor verzekeraars iedereen moeten accepteren, ongeacht leeftijd of gezondheidsrisico's. Alle verzekerden gaan een inkomensafhankelijke nominale premie betalen, die per verzekeraar kan verschillen. Mensen die een te groot deel van hun inkomen aan zorgpremie betalen, worden tegemoetgekomen in de kosten met een wettelijke zorgtoeslag. Door de ZVW zal de concurrentie op de zorgmarkt toenemen. Met het opnemen in de ZVW van de gehele Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ) en een deel van de AWBZ dragen verzekeraars bovendien meer risico. Ten slotte beoogt de wet om de kwaliteit van de concurrentie te verbeteren. Er is een verbod op risicoselectie opgenomen waardoor zorgverzekeraars zich moeten gaan onderscheiden door goede zorg tegen een scherpe prijs (verzekeringspremie) aan te bieden. De zorgverzekeraar kan in zijn nieuwe rol zorgaanbieders meer onder druk zetten om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen, in het belang van de zorgconsumenten. De verzekeraar zal naar verwachting stevig met de zorgaanbieders over de prijs en inhoud van de zorg gaan onderhandelen om de cliënt goede zorg tegen een scherpe prijs te kunnen bieden.

Hoewel de ZVW geen directe relatie heeft met preventie zijn er wel degelijk belangrijke kansen en bedreigingen te benoemen (Eijndhoven, 2005):

Kansen t.a.v. preventie

- OGGZ: collectieve contracten met sociale diensten
- Infectieziektebestrijding: collectieve contracten zorgverzekeraars en GGD'en
- GVO: bewezen preventieve programma's zijn interessant voor de markt mits commercieel interessant
- Markt: reizigersvaccinatie in de Aanvullende Verzekering (eis: gecertificeerde aanbieder (GGD))
- Verzekerdenmobiliteit: concurrerende verzekeraar profileert op image en inhoud, meer kans op investering in preventie
- Volksgezondheidsrisico's op politieke agenda geeft kansen voor (grootschalige) preventie

Bedreigingen t.a.v. preventie

- OGGZ: toename premieproblematiek: geen premie betaald, geen betaling ziektekosten
- Infectieziektebestrijding: niet geregeld in ZVW
- GVO: innovatieve preventieprogramma's onder druk, minder variatie, minder maatwerk, commercieel niet interessant
- Markt: reizigersvaccinatie in de Aanvullende Verzekering (geen eisen aan aanbieder)
- Verzekerdenmobiliteit: concurrerende verzekeraar profileert op premie, geen investering in preventie
- Volksgezondheidsrisico's bij specifieke doelgroepen op maat passen niet in AV polis.

Kern bij veel van deze bedreigingen is dat preventie niet goed past in een risicostelsel zoals dat er met de ZVW is gekomen. Verzekeraars die investeren in preventie lopen de kans dat de opbrengsten (die zich meestal pas over vele jaren terugbetalen) bij de concurrent belanden die niets investeert en daardoor goedkoper kan zijn. Binnen de verzekeringswereld wordt nu nagedacht over bijvoorbeeld een preventiefonds om hiervoor een oplossing te bieden, maar de discussie vindt plaats achter gesloten deuren en de uitkomst is zeer onzeker. Zonder een dergelijk fonds zullen vooral de goedkope preventieve oplossingen overblijven, die snel hun opbrengst terugbetalen en bovendien commercieel interessant zijn. Patiëntenorganisaties verwachten in elk geval dat verzekeraars niet geïnteresseerd zijn in financiering van voorlichting en preventie. (Bakker, 2005).

> 2.3.3. *Wet Maatschappelijke Ondersteuning* (<http://www.minvws.nl/dossiers/wmo-awbz>)

Ouderdom, handicap, sociaal-economische klasse of 'moeilijkheden thuis' kunnen hindernissen opwerpen om volop in de maatschappij te participeren. Vanaf januari 2007 moet de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) deze mensen in staat te stellen om zichzelf beter te kunnen redden. Mensen die langdurige en

intensieve zorg nodig hebben, zoals chronisch zieken en zwaar gehandicapten blijven hun zorg én ondersteuning uit de AWBZ ontvangen.

De Wmo voegt een aantal bestaande regelingen samen en legt de uitvoering daarvan in handen van gemeenten. Het gaat om o.a.

- de Wet voorzieningen gehandicapten;
- de Welzijnswet;
- delen uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (gehele huishoudelijke verzorging (HV), preventieve openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) uit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
- de AFBZ-subsidieregelingen voor OGGZ, MEE-organisaties, coördinatie van vrijwillige thuiszorg en mantelzorg, diensten bij wonen met zorg, aanpassing in ADL-clusters en zorgvernieuwingsprojecten GGZ.

Door deze samenvoeging komt er meer eenheid in de maatschappelijke ondersteuning van burgers. Gemeenten krijgen de regie, maar worden daarmee ook verplicht via beleidsnota's aan te geven hoe ze de maatschappelijke ondersteuning in hun gemeenten willen regelen. Zij moeten dit doen in overleg met inwoners en cliëntenorganisaties. Na vier jaar leggen ze verantwoording af aan burgers, cliëntenorganisaties en maatschappelijke organisaties. De gemeenten zijn daarbij tot een aantal zaken verplicht:

- Het compensatiebeginsel verplicht gemeenten om voorzieningen te treffen voor mensen die zich door hun beperkingen niet zelf kunnen redden.
- Gemeenten zijn voor alle individuele voorzieningen verplicht om burgers de keuze te bieden tussen een voorziening in natura, een financiële tegemoetkoming of een persoonsgebonden budget.
- Gemeenten moeten in een verordening vastleggen hoe ze individuele voorzieningen gaan verstrekken. In deze verordening moeten ze ook vastleggen dat cliënten maar één intake krijgen aan een loket, zonder dat ze iets merken van het onderscheid tussen Wmo en AWBZ.
- De rol van de cliënt is stevig verankerd in de Wmo. Zo geldt de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen ook voor de maatschappelijke ondersteuning. Ook de Wet klachtrecht cliënten zorgsector is met ingang van

de Wmo van toepassing op iedere aanbieder van maatschappelijke ondersteuning. Vanaf 2007 is het aan de gemeenten om jaarlijks een tevredenheidsonderzoek uit te voeren onder gebruikers van maatschappelijke ondersteuning.

- In de Wmo is nu geregeld dat mantelzorgers en vrijwilligers ondersteuning krijgen als ze tijdelijk niet in staat zijn om te zorgen. Mantelzorgers kunnen bij hun gemeente terecht voor begeleiding bij het vinden van een tijdelijke oplossing. Daarbij is het vooral belangrijk dat respijtzorg⁴ snel beschikbaar is en flexibel ingezet kan worden.

Een groot deel van de WMO heeft tot doel preventie van zorg. Diverse prestatievelden die in de WMO zijn vastgelegd, hebben dan ook een duidelijke relatie met preventie (Hermans, 2005):



⁴ Respijtzorg is de tijdelijke overname van zorg door vrijwilligers of professionals, en is bedoeld om de mantelzorger te ontlasten.

	Prestatieveld	Relatie Preventie
1	Bevorderen van de sociale omgang en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.	Sociaal economische gezondheidsverschillen Wijkgezondheidswerk, Bemoeizorg OGGZ
2	Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden	Sluitende zorgstructuur, Screening, Preventie schoolverzuim, Crisisinterventie op scholen
3	Het geven van informatie en advies	Gezondheidsvoorlichting, Sociale kaart, Lokale VTV
4	Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers	
5	Bevorderen deelname aan maatschappelijk verkeer chronisch zieken en mensen met een psychosociaal probleem	Preventie eenzaamheid ouderen
6	Verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychische ziekte	
7	Maatschappelijke opvang, advies en steunpunten huiselijk geweld	Preventie huiselijk geweld (incl. ouderen mishandeling)
8	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	Overheveling van preventieve OGGZ van de WCPV naar WMO i.v.m. raakvlak maatschappelijke opvang
9	Ambulante Verslavingszorg	

> 3. RELEVANTE ONTWIKKELINGEN EERSTE LIJN

Dit hoofdstuk gaat in op de algemene ontwikkelingen in de eerste lijnszorg. Als eerste wordt ingegaan op de vraag wat eerstelijnszorg betekent. In de tweede paragraaf worden de landelijke ontwikkelingen in de eerstelijnszorg beschreven. Paragraaf drie gaat in op de ontwikkelingen van eerstelijnszorg aanbieders. Tenslotte beschrijft paragraaf vier wat de wensen en verwachtingen zijn van de consument/patiënt ten aanzien van de eerstelijnszorg.

> 3.1. WAT IS DE EERSTELIJNSZORG?

De eerstelijnszorg is de generalistische, nabije en direct toegankelijke zorg, die geboden wordt door huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden, verloskundigen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers, maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen, thuiszorg en anderen (VNG, 2003). Eerstelijnszorg is de zorg dicht bij huis. Het is het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Eerstelijnszorg fungeert als poortwachter naar de meer specialistische zorg in het ziekenhuis en de geestelijke gezondheidszorg.

> 3.2. ONTWIKKELINGEN IN DE EERSTELIJNSZORG

In 2004 hebben patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid gezamenlijk een Intentieverklaring Versterking Eerstelijnszorg uitgebracht (VWS, 2004). In deze verklaring wordt gesteld dat Nederland een sterke eerstelijnszorg heeft. Gezien het feit dat een aantal afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod bekend is, zijn in de toekomst verbeteringen wenselijk of noodzakelijk. In Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020 (Bakker et al., 2005) worden de belangrijkste problemen ten aanzien van de eerstelijnszorg beschreven:

1. Capaciteitsproblemen
2. Hoofdzakelijk monodisciplinaire zorgaanbieders

3. Versnipperde aansturing en financiering

Door middel van ontwikkelingen en vernieuwingen wordt ingespeeld op deze problemen. Deze worden in de onderstaande paragrafen beschreven.

> 3.2.1. Vernieuwingen ten aanzien van capaciteitsproblemen

De nota Vraag aan bod constateert dat de zorgvraag onvoldoende aansluit bij het zorgaanbod, zowel in kwalitatief als kwantitatief opzicht. Het huidige aanbod van de eerstelijnszorg komt onvoldoende tegemoet aan de stijgende en steeds ingewikkelder zorgvraag van burgers. Deze mismatch komt aan de zorgkant onder andere door demografische ontwikkelingen zoals toename van het aantal ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Maar er zijn ook ontwikkelingen die het aanbod van eerstelijnszorg ongunstig beïnvloeden (bijvoorbeeld tekort aan zorgaanbieders, het willen werken in deeltijd, hoge werkdruk en burnout) (Tweede Kamer, 2000). Capaciteitstekorten kunnen de keuzemogelijkheden van patiënten maar ook van zorgverzekeraars beperken.

Door Bakker et al. (2005) wordt een overzicht gegeven van de mogelijke vernieuwingen en ontwikkelingen om toekomstige capaciteitsproblemen het hoofd te kunnen bieden:

1. Zorgbehoefte verminderen door middel van gezondheidsbevordering en preventie
2. Zorggebruik terugdringen door middel van triage en het bevorderen van zelfzorg
3. Beïnvloeden van de in- en uitstroom bij beroepen in de eerstelijns gezondheidszorg.
4. Praktijkondersteuning en taakdelegatie op inhoudelijk, facilitair en ICT gebied. De afgelopen jaren is bij huisartsen veel doelmatigheidswinst geboekt als gevolg van taakdelegatie. Verdere taakdelegatie naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners in de huisartspraktijk is mogelijk en lijkt een effectief middel om werkbelasting te beperken. Tevens worden met taakdelegatie kwaliteitsverbeteringen gerealiseerd. De tevredenheid van de patiënten blijkt

toe te nemen. Er zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar om uitspraken te kunnen doen over de effecten van taakdelegatie naar nieuwe disciplines, facilitaire ondersteuning en toenemende toepassingen van informatie- en communicatietechnologie.

5. Taakherschikking

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen. De effecten van structurele herverdeling van huisartsentaken naar farmaceutische zorg, verloskundige zorg, verpleegkundige zorg en fysiotherapeutische zorg en de effecten van call centra, walk-in centra en informatielijnen zijn nog onduidelijk, omdat hiermee in Nederland nog weinig ervaring is opgedaan. Toekomstig onderzoek zal hierover meer duidelijkheid moeten geven.

> 3.2.2. Samenwerking en samenhang

Om een betere afstemming in de zorg te verkrijgen is meer samenhang in de eerste lijn nodig. Het gaat hierbij om zorginhoudelijke afstemming rond het primaire proces (bijvoorbeeld ketenzorg) maar ook om samenhang via organisatorische samenwerking en schaalvergroting (bijvoorbeeld in gezondheidscentra) (VWS, 2003). Tevens is de verdere ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier zowel technisch als inhoudelijk onontbeerlijk om overzicht en samenhang in de eerste lijn te behouden (Bakker et al., 2005).

Zorginhoudelijke afstemming

Voor chronisch zieken is samenhang in de zorg in opkomst (Baan, 2003). Bij een aantal chronische ziekten (COPD, diabetes mellitus en CVA) is de zorg op dit moment al in zorgketens georganiseerd. Voor deze chronische ziekten zijn op landelijk niveau vooral afstemmingsafspraken te vinden. Ook op regionaal niveau blijkt dat over diabetes, COPD en CVA de meeste afstemmingsafspraken tussen de verschillende zorgaanbieders zijn gemaakt. Deze trend zal vermoedelijk toenemen (Bakker et al., 2005).

Organisatorische samenwerking

Veel partijen geven aan dat de zorg kleinschalig op wijkniveau georganiseerd zou moeten worden zodat hulpverleners elkaar kennen. Op wijkniveau zullen voor een populatie van 10.000 – 15.000 inwoners kleinschalige huisartsvoorzieningen of zorgcentra ontstaan. Daarin kunnen meerdere huisartsen met ondersteunend personeel samenwerken. Ook andere eerstelijnsdisciplines zouden aan een dergelijk centrum verbonden kunnen zijn in een gebouw. Gezondheidscentra voeren in zijn algemeenheid meer preventieve taken uit en meer periodieke controles. Ook worden er meer taken gedelegeerd in vergelijking met solisten en andere samenwerkingsverbanden. Daarnaast worden minder patiënten naar de tweede lijn verwezen, omdat meer problemen in de eerste lijn worden opgelost (Bakker et al., 2005). Aan de andere kant zijn sommige gezondheidscentra niet meer dan bedrijfsverzamelgebouwen, terwijl sommige solisten perfect samenwerken met hun eigen collega's en andere disciplines in de eerste lijn. De subsidie voor gezondheidscentra wordt daarom waarschijnlijk ook omgevormd tot een tarief voor samenwerking. Het gaat dus om een effectieve organisatie van de samenwerking, niet per se om het vormen van een fysiek centrum. De kleinschalige centra (virtueel of fysiek) op wijkniveau zouden ondergebracht kunnen worden in grotere organisatorische verbanden (Bakker et al., 2005; GGD, 2003; Gezondheidsraad, 2004). Deze hebben kwaliteits- en doelmatigheidsvoordelen.

Ondersteuning samenhang en samenwerking

Om samenwerking in de eerste lijn te stimuleren wordt een belangrijke rol toebedacht aan de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in 2003 besloten subsidies aan beroepsgebonden ondersteuningsorganisaties te beëindigen en in plaats daarvan een nieuwe regionaal georiënteerde ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn op te zetten. Hiermee zijn de ondersteuningstaken gescheiden van taken rond belangenbehartiging. Zorgverzekeraars hebben Nederland in 23 gebieden verdeeld. In deze gebieden zijn de ROSSen (Regionale Ondersteunings Structuren) ontstaan. In iedere regio

heeft de grootste zorgverzekeraar tot taak te zorgen dat een ROS werd opgezet. De keuze hoe de ondersteuning vorm te geven kon per regio worden ingevuld. De financiële middelen worden via de verzekeraar ter beschikking gesteld door het ministerie van VWS. Uit dit budget wordt de basisdienstverlening van een ROS gefinancierd. Daarnaast worden additionele diensten geleverd uit subsidies en/of op basis van een kostendekkend uurtarief. De ROS heeft als functie de totstandkoming en instandhouding van de geïntegreerde eerste lijn. Op basis van de regionale verschillen en eigen inzichten kan de zorgverzekeraar het takenpakket van de ROS door middel van de contracten sturen (LVG, 2005).

Bureau Raedelijk vormt de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) voor de eerste lijn in Midden-Nederland. Het bureau richt zich momenteel met name op huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, logopedisten en eerstelijnspsychologen, en op samenwerkingsprojecten.

De kernactiviteiten van Raedelijk kunnen verdeeld worden in vijf ondersteuningsgebieden:

1. Samenwerking
Activiteiten op het gebied van advisering en begeleiding bij nieuwe of bestaande samenwerkingsverbanden.
2. Kwaliteit
Ondersteuning en advies op gebied van onder meer POH, opleiding en intervisie, praktijkdoorlichting, preventie, klachtenregeling huisartsen.
3. Continuïteit
Advies en ondersteuning bij continuïteitsvraagstukken, en activiteiten op het gebied van monitoring van de eerstelijnszorg in Midden-Nederland.
4. Ondernemen
Praktische advisering en ondersteuning van de bedrijfsvoering in de eerste lijn.
5. Innovatie

Stimulering van innovatie en kennisuitwisseling; rond ICT-ontwikkelingen, binnen de beroepsorganisaties en door vernieuwende projecten.

> 3.2.3. *Sturing en financiering*

Veel partijen zijn betrokken bij de organisatie van de eerstelijnszorg:

- patiënten en consumentenorganisaties: moeten op lokaal niveau actief deelnemen aan beleidsontwikkelingen
- Zorgaanbieders: verantwoordelijk voor het leveren van adequate zorg en goede kwaliteit
- Zorgverzekeraars: verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende en adequate zorg
- Gemeenten: hebben regie over lokale infrastructuur en de algemene verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid.
- Provincies: hebben een wettelijke adviestaak ten zien van het zorgaanbod in de regio.
- Rijksoverheid: stelt de beleidskaders vast, waakt over de toegankelijkheid en spreiding van voorzieningen en zorgt voor wet- en regelgeving en financiering.
- Regionale OndersteuningsStructuren (ROS)

Het is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de aansturing van de eerste lijn als er op lokaal niveau problemen ontstaan. De verzekeraars hebben een lokale regierol op basis van de zorgverzekeringwet en de gemeenten op basis van de WCPV en WMO.

De eerstelijnszorg wordt vanuit verschillende bronnen gefinancierd (eerste compartiment (AWBZ), tweede compartiment (zorgverzekeringen), derde compartiment (aanvullende verzekeringen), en gemeenten inclusief de voorgenomen Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Mede daardoor bestaan er grote verschillen tussen de eerstelijnsdisciplines in de wijze waarop zij worden gefinancierd. Dat bemoeilijkt het aangaan van samenwerkingsverbanden (Bakker, 2005).

Partijen verwachten van gemeenten en zorgverzekeraars dat zij vestigingen van eerste lijnszorg aanbieders aantrekkelijk maken en dat deze de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn initiëren en stimuleren. Onduidelijk is nog in welke mate zorgverzekeraars en gemeenten lokaal of regionaal initiatieven zullen nemen om tot regionale afstemming van zorgaanbod te komen.

De afgelopen jaren is al het een en ander veranderd in de financiering van de eerste lijn (zoals nieuwe bekostigingsstelsel huisartsen). De wet- en regelgeving is hierop gedeeltelijk aangepast.

Maar om een goede georganiseerde samenwerking in de zorg te bereiken is een goede financieringsstructuur en een daarop aansluitende wet- en regelgeving noodzakelijk (LOVE, 2005).

> 3.3. ONTWIKKELINGEN EERSTELIJNSZORG AANBIEDERS

Naast de hier bovengenoemde algemene ontwikkelingen zijn er ook specifieke ontwikkelingen binnen de eerstelijns disciplines.

Huisartsenzorg

In de toekomstvisie 2012 (NHG/LHV, 2004) staat een aantal punten waar de NHG en LHV de komende jaren actie op ondernemen:

1. Beperking van de uitstroom uit het huisartsenvak, door het scheppen van Loopbaanperspectief.
2. Concrete ondersteuning bij de bevordering van samenwerking, zowel binnen de voorziening als met andere samenwerkingspartners (binnen een geïntegreerde eerstelijns), onder andere met ondersteuning van de beroepsverenigingen.
3. Huisvesting en infrastructuur met (gemeentelijke) politiek en verzekeraars mogelijk maken.
4. Op grond van de visie dient een aangepaste functieomschrijving gemaakt te worden, met een beschrijving van de daarbij behorende praktische invulling en het daarbij behorende brede takenpakket van de huisartsenzorg.
5. Verbetering ICT binnen de voorziening, de geïntegreerde eerstelijns en verticale samenwerking tussen eerste en tweedelijns, inclusief adequaat elektronisch patiëntendossier en goede informatie-uitwisseling.

6. Instroom in de huisartsenopleiding aantrekkelijker maken door het imago van het vak te verbeteren en te investeren in de beroepsopleiding zowel inhoudelijk als financieel.
7. Opleiding en financiering ondersteunend personeel.
8. Ontwikkelen van protocollen voor inventarisatie van de hulpvraag en te delegeren taken.
9. Opleiding en certificering van differentiaties.
10. Inhoudelijke ondersteuning voor huisartsen bij actuele ontwikkelingen en het kwaliteitsbeleid.
11. Verbetering van de organisatie en inhoudelijke ondersteuning van avond-, nacht-, en weekenddiensten.
12. Structurele aandacht voor kwalitatief hoogstaande huisartsenzorg vanuit de samenleving (i.c. de politiek).

Verloskunde

Verloskundigen hebben de afgelopen jaren te maken met een aantal ontwikkelingen. Steeds vaker gaan verloskundigen samenwerken met andere zorgaanbieders in multidisciplinaire centra. Ook zijn geboortehotels/geboortecentra ontstaan, veelal als tijdelijke oplossing, in regio's waar de eerstelijns praktijken de vraag naar zorg niet meer aankonden en hun cliënten geen thuisbevalling meer konden bieden. Tevens is de vraag naar klinisch werkende verloskundigen sterk toegenomen, is er een aparte opleiding/specialisatie tot tweedelijns verloskundige opgezet en wordt er gepraat over mogelijkheden van taakherschikking en taakdelegatie tussen gynaecologen en (tweedelijns-) verloskundigen. Ook wordt gediscussieerd over taakuitbreiding van eerstelijns verloskundigen, bijvoorbeeld op het gebied van voorlichting en counseling rond prenatale screening, op het gebied van echoscopie en op het gebied van anticonceptie- en preconceptiezorg (NIVEL website <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=250&Version=0>).

Fysiotherapie

Vanaf 1 januari 2006 hebben burgers geen verwijsbrief van de huisarts meer nodig om naar een fysiotherapeut te gaan. Daarvoor is de Wet Beroepen in de

Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) aangepast. Zorgverzekeraars kunnen wel aanvullende eisen stellen aan deze vorm van directe toegang. Fysiotherapeuten zijn verplicht om zich in het BIG-register te laten registreren. De Wet BIG regelt op grond van deskundigheidseisen de bevoegdheid van fysiotherapeuten.

De tarieven die de fysiotherapeut in rekening kan brengen zijn op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (en straks de Wet marktordening gezondheidszorg) gemaximeerd. Van februari 2005 tot februari 2007 loopt het experiment 'vrije prijsvorming fysiotherapie'. Fysiotherapeuten mogen met zorgverzekeraars onderhandelen over de hoogte van hun tarieven. Een fysiotherapeut die betere service of kwaliteit levert, kan met de zorgverzekeraar een hoger tarief afspreken. Het College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit (Ctg/Zaio) houdt zich bezig met de effecten van het experiment (website VWS, NGF).

Marktwerking in de fysiotherapie maakt het voor de ondernemende fysiotherapeut noodzakelijk met een bredere visie naar de toekomst te kijken. De huidige fysiotherapeut gaat steeds vaker marktrelevante kwaliteitsproducten aanbieden. Voorbeelden hiervan zijn beweegprogramma's Artrose, Diabetes, Hartklachten en COPD.

Logopedie

De afgelopen jaren zijn door de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) initiatieven ontplooid voor kwaliteitsverbetering in de logopedie, zoals het opzetten van het Kwaliteitsregister Paramedici en accreditatie na- en bijscholing. Verder zijn er initiatieven voor de organisatie van de eigen beroepsgroep. Het verouderde beroepsprofiel wordt bijgesteld en de NVLF beraadt zich op een nieuwe regionale organisatiestructuur. De logopedisten willen de kwaliteit van zorg verbeteren, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing. Een belangrijk kwaliteitsinstrument is de ontwikkeling en implementatie van standaarden. Andere kwaliteitsbevorderende activiteiten hebben te maken met informatievoorziening en registratie. In het Logopedie Informatie Systeem (LIS) worden alle gegevens die betrekking hebben op het logopedisch proces

geregistreerd. Deze worden centraal samengebracht in de Landelijke Logopedie Registratie (LLR) (Brancherapport, 2005).

Oefentherapie Cesar en Mensendieck

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) heeft een regiostructuur (een landelijk dekkend netwerk) tot stand gebracht. Tevens wordt er gewerkt aan een certificatieschema voor solopraktijken waarmee professionals en hun praktijk zich door een onafhankelijke externe (geaccrediteerde) instantie kunnen laten beoordelen.

Net als bij de fysiotherapie zal het schrappen van de oefentherapie uit het verstrekkingspakket gevolgen kunnen hebben voor de zorgvraag. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat vraag naar oefentherapie zal afnemen. Aan de andere kant zou door de plannen voor een directe toegankelijkheid van de oefentherapeut per 1 januari 2007 het gebruik kunnen stijgen (Brancherapport, 2005, VvOCM).

Eerstelijns GGZ

De vraag naar eerstelijnspsychologen zal de komende jaren waarschijnlijk toenemen als gevolg van trends die wijzen op een toename in het voorkomen van psychische stoornissen.

Tot januari 2007 valt behandeling door eerstelijns psychologen nog in het aanvullende gedeelte van de zorgverzekering. Afhankelijk van dit pakket moeten sommige cliënten bijbetalen, anderen krijgen een aantal behandelingen geheel vergoed. Vanaf 2007 wordt de eerstelijns psychologische zorg opgenomen in het basispakket van de nieuwe ziektekostenverzekering (Website van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen). Dat betekent dat iedereen daar automatisch voor verzekerd is. Regionaal en landelijk zijn, vaak met behulp van overheidssubsidie, diverse initiatieven gestart om die samenwerking te verbeteren, ook met de tweede lijn (GGZ-instellingen, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten) (Website van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen).

> 3.4. WENSEN VAN NEDERLANDSE BEVOLKING

Nederlanders hebben veel positieve ervaringen met de eerstelijnszorg. Er valt echter wel het een en ander te verbeteren. Uit een peiling onder patiënten/consumenten komen een aantal wensen en verwachtingen naar voren (Linschoten et al., 2004):

1. Een eerstelijns zorgverlener moet oog hebben voor diversiteit van de patiënten/consumenten. Alleen dan kan de zorg goed afgestemd worden op de wensen en verwachtingen.
2. Mensen achten zichzelf goed in staat om mee te denken over hun gezondheid en de benodigde aanpak. De eerstelijnszorg zou dit naar mening van de respondenten meer moeten benutten om de zelfstandigheid van de patiënt/consument te stimuleren. De patiënt/consument heeft vooral behoefte aan zorg die resultaat oplevert, en heeft zeker niet de behoefte te veel 'verzorgd' te worden. Het accent ligt op preventieve zorg die dicht bij de leefwereld van de patiënt/consument staat. Goed overleg tussen de verschillende eerstelijns zorgaanbieders en tijdige en soepele verwijzing naar de 2e lijn (en andere disciplines) zijn daarin erg belangrijk.
3. De eerstelijnszorg moet naar de mening van de Nederlandse bevolking voor iedereen toegankelijke zorg zijn en blijven.
4. Patiënten/consumenten vinden het belangrijk dat één persoon de eerstelijnszorg coördineert, begeleidt, informatie geeft en adviseert en tevens in de gaten houdt dat het traject van doorverwijzing en behandeling soepel verloopt. Deze functie kan wellicht ook door andere disciplines dan een arts worden uitgeoefend.
5. Er is grote behoefte aan goede informatie over de eigen gezondheid en de eerstelijnszorg, en een behoefte aan keuzemogelijkheden. De informatiebehoefte lijkt gerelateerd te zijn aan de behoefte aan keuzemogelijkheden. Patiënten/consumenten willen kunnen kiezen voor een bepaalde behandelaar of aanpak en dat is pas mogelijk als er meer informatie beschikbaar is voor de zorggebruiker.

> 4. PREVENTIE IN EERSTELIJN – BETEKENIS VOOR RAEDELIJN

In hoofdstuk 4.1 worden de ontwikkelingen op gebied van preventie (hoofdstuk 2) en de eerste lijn (hoofdstuk 3) gecombineerd in een visie op preventie in de eerste lijn. Deze visie is daarnaast geïnspireerd door een brainstormsessie met medewerkers van bureau Raedelijk die plaatsvond op 3 april 2006. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4.2 ingegaan op de mogelijke betekenis van deze ontwikkelingen voor bureau Raedelijk. Tenslotte gaat hoofdstuk 4.3 in op criteria die bureau Raedelijk kan hanteren om keuzes te maken ten aanzien van preventie.

> 4.1. VISIE OP PREVENTIE IN DE EERSTE LIJN

Op basis van de verzamelde informatie in dit rapport en de brainstormsessie met medewerkers van Bureau Raedelijk is een aantal belangrijke ontwikkelingen en thema's aan te wijzen op gebied van preventie in de eerste lijn.

Verdere protocollering en programmatisch werken

Zoals uit hoofdstuk 2.3 blijkt streeft de minister van VWS met de wijzigingen in de WCPV en de nieuwe WMO naar lokale beleidsvrijheid ten aanzien van collectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning. Tegelijkertijd probeert de minister inhoudelijke kaders te bieden (preventie nota met duidelijke prioriteiten) en streeft hij naar een landelijke infrastructuur voor coördinatie en regie (RIVM als sterk nationaal instituut met thematische centra voor kennis en regie, vijf preventie regio's, opschaling GGD regio's tot veiligheidsregio's). Ook wordt er gewerkt aan een daarbij passend toezicht door de Inspectie op *outcome* in plaats van op *input* en processen. Deze ontwikkelingen leiden op gebied van preventie tot verdere protocollering en het programmatisch werken, ook in de eerste lijn.

Insteek zorgverzekeraars onduidelijk maar van zeer groot belang

Een nog onduidelijke positie van zorgverzekeraars op gebied van preventie (zie ook 2.2.3) zal zeer bepalend zijn voor de financiële mogelijkheden (en daarmee deels ook de bereidwilligheid van de eerste lijn) om aan de toenemende vraag naar preventieve zorg te voldoen. Het is onmiskenbaar dat verzekeraars met de aan hen toebedeelde regierol een grotere maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben gekregen ten aanzien van preventie. De recente stelselwijzigingen zijn echter niet vanuit dat oogpunt gemaakt en zolang er geen direct belang aan deze verantwoordelijkheid wordt toegevoegd, zullen de financiële mogelijkheden voor preventie in de eerste lijn maar beperkt toenemen. Incentives die hierbij als belangrijk zijn genoemd zijn (van der Grinten 2006, van Montfort 2006):

- declaratiemogelijkheden en ruimte voor preventie in basis- en aanvullende verzekering,
- meerjarige verzekeringspolissen,
- grotere rol van eigen risico
- verdere liberalisering zorginkoop
- vergroten van het voordeel voor preventie in de normuitkeringsystematiek (bijvoorbeeld door compensatie voor lage SES)
- opvoeren van de evidence base (kosten en effecten) van preventieve interventies.

Veranderende rol zorgprofessional

Met een verwachte toename in de vraag naar preventieve zorg met een centrale rol voor de eerste lijn, zal ook de rol van de eerstelijns zorgprofessional veranderen. Naast de primaire rol van zorgverlener die zorg biedt op basis van klachten waarmee de patiënt komt, zal meer nadruk komen te liggen op de rol van de zorgprofessional als:

- *Coach en procesbegeleider*, die het de patiënt mogelijk maakt zelf iets te ondernemen en verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheid (van Wezel, 2006).

- *Gezondheidsmonitor*, die zicht heeft op de gezondheidstoestand en risicoprofielen van de mensen in zijn/haar praktijk, waarbij hij/zij ook acties onderneemt om die kennis te behouden en te versterken (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2005).

Hierbij is het niet ondenkbaar dat er vanuit het streven naar vraaggerichte zorg binnen eerstelijns zorgpraktijken meerdere varianten van de zorgverlener–patiënt relatie ontstaan: een relatie met de eerstelijns zorgverlener “op afstand” voor burgers die alleen contact hebben als zij daar zelf aanleiding toe zien, en een “pro-actieve” relatie waarbij de eerstelijns zorgprofessional geregeld preventieve opties biedt (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2005). Dat een dergelijke keuze aansluit bij de diversiteit aan behoefte bij burgers ten aanzien van preventie werd recentelijk nog eens bevestigd door een nationale enquête onder 55 plussers (Morgen gezond weer op 2006). Daaruit bleek dat ruim 85% van mening is dat een jaarlijkse check-up zoals in de Verenigde Staten en Canada ook in Nederland zou moeten gebeuren. De redenen waarom men een jaarlijkse ‘APK-keuring’ voor de gezondheid wil, liepen niet veel uiteen. Eén van de ondervraagden vatte het als volgt samen: “Een jaarlijks onderzoek is minstens zo belangrijk als een APK bij een auto. Het preventieve karakter kan vele ernstige kwalen in een vroeg stadium onderkennen en misschien verhelpen en daarbij is het zeker kosten besparend.” De motivatie van de mensen die aangaven geen jaarlijkse check-up te willen, werd door een deelnemer kernachtig verwoord met: “Als je alles van te voren weet, is het niet altijd een prettiger leven.”

Tenslotte heeft de verandering van de rol van de zorgprofessional in de eerste lijn t.a.v. preventie ook een belangrijke dimensie op het gebied van informatievoorziening. Ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld screening (waaronder genetische diagnostiek) maken dat testmethoden wel steeds patiëntvriendelijker worden, maar dat het informatieproces voorafgaand en na afloop van de screening er alleen maar complexer op wordt (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2005). In zijn coachende rol zal veel van deze complexe informatievoorziening op het bord van de eerstelijnszorgaanbieders komen omdat juist zij de mogelijkheden hebben om informatie op het individu af te

stemmen, risico's te nuanceren en erop toe te zien dat mensen echt kiezen om wel of niet van het screeningsaanbod gebruik te maken.

Integraal werken

Tenslotte is er een duidelijke trend naar integratie van preventie en curatie en het ontstaan van ketens van zorg tussen en binnen de nulde (thuisituatie en collectieve zorg), eerste en tweede lijn. Ook op het gebied van preventie hebben cliënten veelal behoefte aan een combinatie van dienst- en hulpverlening dwars door grenzen van sectoren of van regelgeving. In het huidige zorgbestel is de patiënt soms omringd door verschillende hulpverleners en instanties, die niet goed samenwerken. 'Zorgketens' kunnen mogelijk een belangrijke rol spelen om dit tegen te gaan. Ook de eerste lijn is steeds nadrukkelijker betrokken bij dit proces. Het gaat hierbij niet alleen om samenwerking met bijvoorbeeld de thuiszorg, maar ook met scholen in het kader van integraal schoolbeleid, de gemeente in het kader van de nota gezondheidsbeleid, de GGD bij uitvoering van de WCPV en werkgevers in relatie tot preventie op de werkplek.

De eerste lijn is bij uitstek geschikt om bij al deze ontwikkelingen een centrale rol te vervullen:

- De eerste lijn is als poortwachter een vertrouwd en herkenbaar eerste aanspreekpunt voor burgers.
- Binnen de eerste lijn is kennis aanwezig over de kenmerken van de individuele patiënt, die nodig is om de individuele preventieve zorgvraag te beoordelen en begeleiden.
- De eerste lijn heeft goed georganiseerde professionele banden met de tweede lijn.

Toename vraag naar casuïstische preventie in de eerste lijn

De landelijke en beleidsmatige ontwikkelingen zoals beschreven in hoofdstuk 2 passen onmiskenbaar in een tijdgeest van vraaggerichte zorg, liberalisering van de zorg, nadruk op eigen verantwoordelijkheid, belang van een gezonde leefstijl en 'empowerment' van burgers om onder begeleiding van professionals zelf aan

preventie en diseasemanagement te doen. Deze ontwikkelingen zetten verder door en leiden tot een toename in de individuele vraag naar preventieve zorg. Ook de enorme groei in kennis over het ontstaan van allerlei aandoeningen, technische mogelijkheden op gebied van vroegdiagnostiek, zelfmanagement, communicatie en informatie draagt hieraan bij.

Casuïstische preventie kan tot stand komen op initiatief van de patiënt of op initiatief van de zorgprofessional. De komende jaren kloppen steeds meer patiënten bij de eerste lijn aan in kader van preventieve zorg. Allerlei commerciële en particuliere initiatieven spelen bijvoorbeeld reeds in op nieuwe mogelijkheden en ontwikkelingen op het gebied primaire en secundaire preventie. Zo bieden veel gezondheidsfondsen hun eigen ziekte specifieke test voor vroegtijdige opsporing aan, al of niet met steun van verzekeraars en beroepsgroepen. Maar ook verzekeraars en zorgaanbieders zelf starten commerciële initiatieven gericht op secundaire preventie. Zo bieden Delta Loyd en Ohra via het NIPED (www.preventiekompas.nl) een medische check-up aan hun verzekerden aan en is ook een groep cardiologen met een dergelijk initiatief begonnen (www.cardiocheck.nl). Ook zijn steeds meer thuis testen via internet en drogisterijen te krijgen. Deze ontwikkelingen spelen zich deels binnen de nulde lijn (bijvoorbeeld thuis of op de werkplek) af, maar vanwege haar functie als poortwachter raakt de eerste lijn als vanzelf betrokken bij de follow-up van deze activiteiten. Los van de vraag of beroepsgroepen in de eerste lijn zich hiertegen willen verzetten (bijvoorbeeld NHG 2006) of juist hun kennis en dienstverlening hierop willen laten aansluiten, is duidelijk dat zij zich hier in elk geval op dienen voor te bereiden.

Casuïstische preventie op initiatief van de zorgverlener zonder dat er sprake is van een directe relatie met klachten of ziekte van de patiënt ligt gevoelig, zeker als het gaat om primaire preventie. Hoewel bijvoorbeeld veel huisartsen best doordrongen zijn van nut en noodzaak een actievere rol te nemen op gebied van preventie (Pfizer Forum 2006), zijn veel zorgaanbieders terughoudend vanwege capaciteits- en financieringskwesaties (Raad voor de Volksgezondheid 2005). De komst van praktijkondersteuners lijkt een deel van de praktische bezwaren te

kunnen wegnemen. Een ander veelgehoord argument voor terughoudendheid is dat zij hun goede vertrouwensrelatie met de patiënt niet willen belasten met “preventieve bemoeizorg”. Maar veel mensen staan positief ten opzichte van preventieve activiteiten (Morgen gezond weer op 2006) door hun huisarts (Van Lidt de Jeude 1991) en het is dus de vraag of het niet een kwestie van tijd is, zeker wanneer verzekeraars hiervoor financiering beschikbaar zouden stellen. De eerste lijn heeft immers bij uitstek iets te bieden op gebied van preventie op dit vlak. Zij zijn immers de enige zorgaanbieders die met gezonde mensen een bestaande en stevige relatie hebben. Gemiddeld genomen ziet de huisarts bijvoorbeeld elke twee jaar 90% van zijn cliënten op het spreekuur. Het gaat hierbij overigens in toenemende mate niet alleen om de huisarts en de tandarts, die beiden regelmatig bezocht worden. De ontwikkelingen zoals beschreven in hoofdstuk 3 laten zien dat het ook kan gaan om bijvoorbeeld de fysiotherapeut die een preventief beweegprogramma aanbiedt of de verloskundige die betrokken raakt bij voorlichting en counseling rond prenatale screening, anticonceptie en preconceptiezorg. Ook op gebied van de GGZ is duidelijk dat veel andere eerstelijnsparthijen bij preventieve zorg betrokken (kunnen) zijn (Trimbos 2006).

> 4.2. BETEKENIS VOOR RAEDELIJN

In dit hoofdstuk wordt de betekenis van de ontwikkelingen op het gebied van preventie in de eerste lijn voor Raedelijk besproken. Daartoe wordt eerst kort de missie en rol van Raedelijk samengevat.

> 4.2.1. *Missie en rol Raedelijk*

Bureau Raedelijk is een adviesbureau voor samenhang en samenwerking in de eerste lijn in Midden-Nederland. Bureau Raedelijk is een stichting en onafhankelijk van beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten. In haar werkplan 2006 geeft Raedelijk aan wat zij als haar missie ziet en hoe zij deze wil bereiken.

Missie

Bureau Raedelijk streeft naar een sterke en geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg in Midden-Nederland door

- te werken aan samenhang van de organisatie ervan en
- het stimuleren van het ondernemerschap van eerstelijnszorgaanbieders.

Raedelijk streeft naar een plaatselijke, wijk- dan wel buurtgerichte, geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg die voor de patiënt bereikbaar, toegankelijk en beschikbaar is. Hierin werken verschillende zorgaanbieders multidisciplinair op een structurele wijze met elkaar samen, op een zo mogelijk gemeenschappelijke, herkenbare plek en vanuit een passende infrastructuur. Het gaat hierbij om 'niet vrijblijvende' samenwerkingsvormen met een gestructureerde onderlinge communicatie. De diverse zorgaanbieders komen tot onderling gestructureerde werkafspraken over hun samenwerking en maken die transparant voor patiënten en zorgverzekeraars. Hieruit blijkt wie welke zorg biedt en wie voor die geleverde zorg verantwoordelijk is. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een goede uitwisseling van patiëntgegevens. De samenwerking heeft als doel om te komen tot een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg, die aansluit bij de zorgbehoeften van burgers in de regio.

Hoe draagt bureau Raedelijk bij aan een gestructureerde eerste lijn?

Bureau Raedelijk levert producten & diensten die leiden tot een versterkte en beter geïntegreerde (meer samenhangende) eerste lijn, door het stimuleren van, en ondersteuning en advies bij, samenwerking.

Zij doen dit onder meer door eerstelijnszorgaanbieders en organisaties te adviseren over en te ondersteunen bij hun ondernemerschap op een manier die hen in staat stelt:

- effectieve zorg te leveren (medisch, maar ook wijkgericht en passend bij hun persoonlijke omstandigheden);
- samenhangende zorgprocessen te organiseren voor hun klanten/burgers (dicht bij huis, wijkgericht en 24/7)

In principe kunnen alle organisaties en individuen die deze doelstelling delen of nastreven bij Raedelijk terecht. De focus ligt op dit moment bij de doelgroepen huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar/Mensendieck, logopedisten en eerstelijnspsychologen en bij samenwerkingsprojecten.

De positie van de burger is een belangrijke invalshoek bij al het advieswerk. Enerzijds als 'klant' van de zorgaanbieders die zij adviseren bij vraagstukken over hun organisatie. Anderzijds omdat door de samenhang in de eerstelijnsgezondheidszorg effectieve en doelmatige zorgprocessen dichtbij huis geleverd worden, zodat de burger optimaal bediend wordt.

> 4.2.2. *Raedelijk & Preventie in de eerste lijn*

Raedelijk verleent al ondersteuning aan de eerste lijn op gebied van preventie. Het betreft met name de ondersteuning van:

- huisartsen bij het uitvoeren van programmatische preventie op het gebied van baarmoederhalskanker, grieppreventie en familiale hypercholesterolemie.
- verloskundigen bij het implementeren van prenatale diagnostiek en preconceptiezorg, gericht op lifestyle factoren en genetische informatie.
- samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg en de verloskundigen in verband met vroegsignalering.
- de GGZ worden voor zover preventie deel uitmaakt van relevante standaarden en/of samenwerkingsafspraken.

Op basis van de ontwikkelingen op gebied van preventie in de eerste lijn zoals deze in hoofdstuk 4.1 zijn geschetst, kan een aantal "**ontwikkelgebieden**" worden aangegeven waarop Raedelijk haar ondersteuning van preventie in de eerste lijn verder zou kunnen uitbouwen. Inhoudelijk gezien kan zij daarbij primair de lokale/regionale prioriteiten volgen. Eventuele andere prioriteiten uit de landelijke preventie nota kunnen daarbij aanvullend zijn. Verder bleken uit de brainstormsessie over versie van dit document voor Raedelijk de volgende uitgangspunten van belang:

- doelmatigheid
- benadering vanuit multidisciplinaire samenwerking
- structurele borging
- inbedding in de eerste lijn
- evidence based
- maatschappelijk verantwoord

Bij alle hiernavolgende ontwikkelgebieden kan Raedelijk deze punten als toetssteen gebruiken voor verdere ontwikkeling van haar ondersteuning op gebied van preventie.

Allereerst kan Raedelijk verdere **landelijke initiatieven op het gebied van programmatische preventie ondersteunen**. Deze initiatieven zijn als het goed is al op evidence gebaseerd, zijn op doelmatigheid getoetst, en kennen een structurele opzet. Zij zijn in die zin maatschappelijk verantwoord en verdienen daarom in principe medewerking vanuit Raedelijk. Bij elk landelijk initiatief zal Raedelijk echter ook kritisch moeten kijken naar de doelmatigheid van de specifiek aan háár gevraagde bijdrage, een voldoende focus op multidisciplinaire samenwerking en inbedding in de eerste lijn. Deze activiteiten worden via oormerken gefinancierd door het RIVM en de screeningsorganisaties.

Een tweede ontwikkelgebied waar Raedelijk haar ondersteuning kan uitbreiden is die van **integratie van preventie in zorgketens**. Hoewel Raedelijk als regionale partij geen directe functie heeft in deze meer landelijke discussie, kan zij wel proberen om regionaal afspraken te maken met lokale partijen die ertoe leiden dat zoveel mogelijk organisatorische en financiële knelpunten die integratie van preventie in zorgketens belemmeren worden weggenomen. Verder kan zij natuurlijk via haar landelijke koepel stimuleren dat ontwikkelingen op dit vlak nauwgezet worden gevolgd en beïnvloed in een richting die bijdraagt aan samenwerking binnen de eerstelijns en tussen nulde, eerste en tweede lijn. Dit betekent dat wanneer er bijvoorbeeld gepraat wordt over het creëren van declaratiemogelijkheden en ruimte voor preventie in de basis- en aanvullende

verzekering, dit zoveel mogelijk gebeurt vanuit het perspectief van ketenzorg. Zo zou gestreefd kunnen worden naar het invoeren van 'preventie DBC's of preventiecomponenten in zorg DBC's. Raedelijm kan met haar structurele financiers en klanten (eventueel met hulp van extra subsidies) proberen innovatieve projecten op te zetten op dit vlak. Omdat deze activiteiten goed aansluiten bij de doelstelling van Raedelijm om samenhang te brengen in de organisatie binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn, nulde lijn en tweede lijn, kunnen deze worden gefinancierd uit reguliere ondersteuningsgelden.

Een derde ontwikkelgebied betreft het ondersteunen van de **relatie tussen de openbare gezondheidszorg en de eerste lijn**. De eerste lijn zou als geen ander in staat kunnen zijn om in de rol van gezondheidsmonitor (zie 4.1) op wijk niveau een relatie te leggen tussen de gezondheidstoestand van de mensen in haar praktijk en zaken die het lokale beleid aangaan: mogelijkheden voor beweging, veiligheid, sociale cohesie, eenzaamheid, maatschappelijke ondersteuning, etc. De eerste lijn als "voelspriet" van het lokale gezondheidsbeleid kan zeer nuttig en aanvullend zijn. Indien nodig zou procesbegeleiding vanuit Raedelijm passen binnen haar streven de eerste lijn zoveel mogelijk in te bedden in de wijk. Financiering kan daarom plaatsvinden vanuit reguliere ondersteuningsgelden.

Een vierde ontwikkelgebied betreft ondersteuning ten aanzien van **nieuwe rollen van de zorgprofessional** in de eerste lijn op gebied van preventie. Zoals aangegeven in hoofdstuk 4.1. gaat het hier om de rol als 'coach en procesbegeleider' en de rol van 'gezondheidsmonitor'. Voor zover hieraan organisatorische aspecten verbonden zijn (bijvoorbeeld het organiseren op wijkniveau van een eerstelijnsbreed 'inloop preventiespreekuur' waar ruimte is voor informatievoorziening en procesbegeleiding) zou Raedelijm hiervoor desgewenst ondersteuning kunnen ontwikkelen. Daarvoor dienen dan wel additionele financieringsbronnen te worden aangeboord bij bijvoorbeeld verzekeraars of gemeente.

Tenslotte zou Raedelijm vanuit haar missie om samenhangende effectieve zorg dicht bij de burger te bewerkstelligen haar ondersteuningsaanbod kunnen

instellen op een maximaal **effectieve organisatie van primaire en secundaire casuïstische preventie**. Het gaat hierbij zowel om het organiseren van aansluiting met de nulde lijn (laagdrempelige toegang tot eerste lijn voor burgers die bijvoorbeeld vragen hebben n.a.v. het doen van een thuistest of informatie via TV en internet) als het equiperen van eerstelijnszorgaanbieders voor het opzetten van “preventieve bemoeizorg”. Het is daarbij van belang dat burgers de keuze hebben tussen een ‘relatie op afstand’ (alleen contact als ze er zelf aanleiding toe zien) of een ‘pro-actieve relatie’ waarbij vanuit de eerste lijn regelmatig preventieve opties worden aangeboden. Een andere uitdaging hierbij, waarbij Raedelijk zou kunnen ondersteunen, is om de toename in casuïstische preventieve zorg zodanig te organiseren dat dit niet leidt tot overbelasting van de reguliere zorg. Wellicht dat dit bijvoorbeeld bereikt kan worden door op het niveau van een huisartsenpost of gezondheidscentrum mogelijkheden op gebied van e-health te benutten of een eerstelijnsbreed inloop preventiespreekuur op te zetten (zie vorig ontwikkelgebied). Tenslotte zou Raedelijk een regionale “liaison” functie kunnen vervullen tussen allerlei particuliere initiatieven op gebied van preventie, de zorgverzekeraar en de eerstelijns zorgaanbieders, met als doel dat casuïstische preventieve zorg zoveel als mogelijk geïntegreerd en regiobreed wordt aangeboden en geïmplementeerd. Het is geenszins ondenkbaar dat hiervoor gelden beschikbaar zijn vanuit verzekeraars, maar ook vanuit bijvoorbeeld gezondheidsfondsen.



> 5. CONCLUSIES

In dit rapport is op basis van ontwikkelingen op gebied van preventie en de eerste lijn een visie geschetst op preventie in de eerste lijn. Deze visie beschrijft een vijftal ontwikkelingen die voor Raedelij n relevant zijn bij verdere visieontwikkeling over haar ondersteuning van preventie in de eerste lijn:

1. Verdere protocollering en programmatisch werken
2. Insteek zorgverzekeraars onduidelijk maar van zeer groot belang
3. Veranderende rol zorgprofessional
4. Integraal werken
5. Toename vraag naar casuïstische preventie in de eerste lijn

Op basis van deze ontwikkelingen en de missie van Raedelij n zijn “ontwikkelgebieden” benoemd waarop Raedelij n haar ondersteuning van preventie in de eerste lijn verder zou kunnen uitbouwen:

1. Verdere ondersteuning van landelijke initiatieven op het gebied van programmatische preventie
2. Integratie van preventie in zorgketens
3. Relatie tussen de openbare gezondheidszorg en de eerste lijn
4. Nieuwe rollen van de zorgprofessional
5. Effectieve organisatie van primaire en secundaire casuïstische preventie

Bij al deze ontwikkelgebieden is natuurlijk de cruciale vraag in hoeverre de klanten en financiers van Raedelij n hierbij ook ondersteuning van Raedelij n wensen. Dit moet van al deze ontwikkelgebieden tezamen met deze partijen verder onderzocht en uitgewerkt worden.

Belangrijke criteria voor Raedelij n die gebruikt kunnen worden als toetssteen bij al haar activiteiten op gebied van preventie zijn:

- doelmatigheid
- benadering vanuit multidisciplinaire samenwerking
- structurele borging
- inbedding in de eerste lijn
- evidence based
- maatschappelijk verantwoord



> 6. LITERATUUR

Baan CA, Hutten JBF, Rijken PM (red.). Afstemming in de zorg - een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. RIVM-rapport nr. 282701005/2003. Bilthoven: RIVM, 2003.
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/282701005.pdf>

Bakker DH, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, Hoeymans N, Hingstman L et al. Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: 2005, rapportnummer: 270751009.
<http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751009.pdf>

Beekman ATF, Cuijpers P, van Marwijk HWJ, Smit F, Schoevers RA, Hosman C. Preventie van psychiatrische stoornissen. Ned. Tijdschr Geneeskd. 150 (8) 2006.

Busch MCM (RIVM). Welke beleidsinitiatieven hebben plaatsgevonden? In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, www.brancherapporten.minvws.nl. De VWS-sectoren\Preventie\, 24 mei 2005.

Busch MCM (RIVM). Wie zijn betrokken bij preventieactiviteiten? In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <http://www.brancherapporten.minvws.nl>. De VWS-sectoren\Preventie\, 10 mei 2005b.

Busch MCM (RIVM). Welk wettelijk en beleidskader kent preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> \Preventie, 12 december 2005c.

Carans, Samenvatting regioanalyse en jaarplan regio Oost Gelderland, mei 2005.
http://www.scoopzorg.nl/cutenews/data/upimages/Samenvatting_regioanalyse_en_jaarplan_Oost_Gelderland.doc

Depressie. Trimbos Instituut, nieuwsflitsen nummer 3, 28 maart 2006

<http://www.trimbos.nl/default18474.html>

Drewes JBJ. Het Preventieconcert. Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg; 2005. <http://www.rvz.net/data/download/preventieconcert.pdf>

Eijndhoven EEMJA, Gardenbroek R, Bij-Zwart A. Zorgverzekeringswet. Kans of bedreiging voor preventie. Poster Nederlands Congres Volksgezondheid, Rotterdam, 2005. <http://www.vagz.nl/postercongresvolksgezondheid.pdf>

Franx G. Doorbraakproject Depressie: Minder pillen en beter zicht op ernst van

Friele RD Meer vraaggerichte zorg door zorgketens? Nivel In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> > Zorg, 26 september 2005.

Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag, 2004.

<http://www.gr.nl/pdf.php?ID=1118&p=1>

GGD Nederland. Versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Den Haag, 2003.

Giesbers H (RIVM), Peppelenbos M (GGD Nederland). Stand van zaken lokale nota's gezondheidsbeleid september 2005. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.zorgatlas.nl> > Preventie\ Lokaal gezondheidsbeleid, 23 september 2005.

Hermans A. Preventie bij de WMO als onderdeel van de civil society: kansrijk of kansloos? Presentatie WMO studiedag, september 2005

Kamer, over Zorg in de buurt. Versterking huisartsenzorg, kenmerk CZ/EZ-2354435. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003)
http://www.minvws.nl/images/bouwstenen-zorg_tcm10-52542.pdf

Kootstra L., Preventienota 2006 Kiezen voor gezond leven. Presentatie op regiobijeenkomst Regio Noordwest, Amersfoort, 9 maart 2006.

Landelijk overleg versterking eerstelijnszorg. Landelijk Programma Versterking Eerstelijnszorg, 2005.
<http://www.avvv.nl/uploaded/FILES/Eerstelijns/landelijk%20overleg%20versterking%20eerstelijns.pdf>

Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Organisatiestructuur regionale ondersteuningsstructuren, 2004.

Meijer SA., Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek „Versterking eerstelijns GGZ“. Integrale eindrapportage. Nivel, 2004. <http://www.nivel.nl/pdf/eerstelijns-ggz-in-beweging.pdf>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brancherapport Preventie. Den Haag, 2005.
http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_preventie.html

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport . Circulaire overgang programmatische preventie van AWBZ naar begrotingsfinanciering. Den Haag, 2005.
http://www.minvws.nl/images/2597339b_tcm10-69018.pdf

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag, 2003.
http://www.minvws.nl/images/2424450_nota_tcm10-45233.pdf

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bouwstenen Zorg in de buurt (Verkennde ambtelijke notitie Versterking Huisartsenzorg / eerstelijnszorg). Den Haag: Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën, 2003. (inclusief Brief aan de Tweede Kamer).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nieuwsbrief Kiezen voor Gezond Leven. Nummer 1. Den Haag, december 2005.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nieuwsbrief Kiezen voor Gezond Leven. Nummer 2. Den Haag, februari 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief CZ-2431353A De toekomstbestendige eerstelijnszorg. Den Haag. 2004.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Intentieverklaring Versterking eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag. 2004.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota langer gezond leven, Den Haag, 2003.

Morgen gezond weer op. Persbericht 22 april 2006.

http://www.morgengezondweerop.nl/downloads/media/persbericht_22_04_06.pdf.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standpunt over medische check ups bij mensen zonder klachten. 2 maart 2006,

http://nhg.artsennet.nl/content/resources//AMGATE_6059_104_TICH_R1690423_68608855//

Pfizer Forum. Nationaal Preventie Onderzoek – huisartsen. Pfizer Forum, thema Preventie, nr 6 april 2006.

<http://www.pfizerforum.nl/Pfizer/Editorial/20060406/Pfizer%20Forum%202006-06.pdf>

Raad voor de Volksgezondheid Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk,. In: Signalering Ethiek en Gezondheid 2005 Gezondheidsraad/ Raad voor de Volksgezondheid, Den Haag, 2005.

Stel JC. van der, Handboek preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid. Assen: Van Gorcum, 2004.
Stel JC van der. Preventie in de gezondheidszorg: redenen om opnieuw de krachten te bundelen. Essay in: Vianen G, Rijn PWE, Schreuder RF. Trendscaan Gezondheidszorg 2005, STG, mei 2005, blz 105-117.

Van der Grinten TED. Zorgverzekeraar en preventie: nieuwe kansen? Nederlands Congres Volksgezondheid, Rotterdam, 13 april 2006.

Van Lidt de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts. Dissertatie RUU, 1991.

Van Montfort APWP. Preventie gezien vanuit de positie van de zorgverzekeraar. Nederlands Congres Volksgezondheid, Rotterdam, 13 april 2006.

Van Wezel P. En Boot J.M. Zorg in Beweging. Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht, April 2006.

Volksgezondheid en Wetenschap. Discussienota en standpunt Bestuurlijke Keuzen Preventie, Januari 1994,
<http://www.verenigingvenw.nl/bestuurlijkekeuzen.htm>

VNG. 64 vragen over de eerstelijnszorg, Den Haag, 2003.
http://www.snellerbeter.nl/uploads/media/Vragen_Eerstelijnszorg.pdf

Vries M de. Welke wetgeving heeft betrekking op de OGZ? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\ Openbare gezondheidszorg, 20 februari 2004.

Wildt JE de. Organisatiestructuur regionale ondersteuningsstructuren. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, 2004.
(<http://www.lvg.org/aanjaagteam/documenten/Organisatiestructuur%20ROS.pdf>)

Wildt JE de. Strategische visie regionale ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn. Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, 2004.
<http://www.lvg.org/ondersteuningsorganisaties/strategische%20visie%20ros.pdf>

Witte KE (RIVM). Wat is preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl > Preventie, 12 december 2005a.

Witte KE (RIVM), Busch MCM (RIVM). Wat valt onder preventie? In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, www.brancherapporten.minvws.nl De VWS-sectoren\Preventie\, 24 mei 2005b.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Visie Zorgverzekeraars op Herstructurering Eerstelijnszorg. Zeist, 2002.

> 7. BIJLAGEN

> 7.1. ACTOREN OP GEBIED VAN PREVENTIE

(naar Busch, 2005b)

Organisatie	Taak
Beleid en bestuur	
VWS	Landelijke preventienota, WCPV, WMO, ZW
Gemeente	Nota Lokaal Gezondheidsbeleid, Zorg nota's, WMO, WCPV
Algemene ondersteuning en onderzoek t.b.v. beleid en uitvoering	
NIGZ	Ondersteuning opgebied van preventie in de breedte aan o.a. werkgevers, scholen, thuiszorg, GGD'en en gemeenten
RIVM Centra voor: <ul style="list-style-type: none"> • Infectieziektebestrijding, • Bevolkingsonderzoek, • Gezondheid Milieu & Veiligheid, • Gezond Leven en Jeugd, • Volksgezondheidstoekomstverkenningen, • Preventie & Zorg onderzoek. 	Regie op uitvoering, onderzoek t.b.v. nationale beleidsmakers en ondersteuning van lokale partijen (met name GGD'en).
Koepelorganisaties van uitvoeringsinstellingen (o.a. GGDNL, GGZNL, LHV/NHG, LVG, KNCV)	Ondersteuning uitvoerende instellingen
Gezondheidszorg	
Arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg	Arbowet
GGD	Collectieve preventietaken (WCPV) in opdracht van gemeenten: <ul style="list-style-type: none"> • infectieziektebestrijding, • jeugdgezondheidszorg (4-19 jaar), • medische milieukunde, • technische hygiënezorg, • openbare geestelijke gezondheidszorg, • gezondheidsbevordering • kankerscreening
GGZ instellingen	Preventie psychische aandoeningen (mn depressie)
Huisarts	<ul style="list-style-type: none"> • Individuurgerichte casuïstische preventie:

	cholesterolbepaling, glucosebepaling, bloeddrukmeting <ul style="list-style-type: none"> • Programmatische preventie (grieprik, familiere hypercholesterolemie).
Instellingen voor Verslavingszorg	Alcohol en drug preventie
Landelijk Centrum Medische Milieukunde (LCM)	Ondersteuning GGD'en bij Medische Milieukunde (MMK; wordt in 2006 onderdeel Centrum Milieu & Gezondheid – RIVM)
Landelijk Centrum Hygiene en Veiligheid (LCHV)	Protocolen en richtlijnen technische hygiene zorg
Instellingen voor Verslavingszorg (IVZ)	Preventie t.a.v. genotsmiddelen
Tandarts	Periodieke preventieve gebitscontrole
Thuiszorg	Consultatiebureau's
Verloskundige	Preventieve begeleiding en controle van zwangere vrouwen
Specifieke ondersteuning	
Gezondheidsbevorderende Instututen op gebied van Leefstijl (o.a. STIVORO (roken), Voedingscentrum (voeding), Trimbos Instituut (drugs en psychische stoornissen), Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (bewegen), Soa Aids Nederland (veilig vrijen), Stichting Consument en Veiligheid (ongevallen) en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (alcohol).	Voorlichting, onderzoek, advisering, deskundigheidsbevordering en het uitvoeren van preventieve activiteiten
ROSSen	Ondersteuning samenwerking eerste lijn en uitvoering d.m.v. preventiemedewerkers
Financiering (excl overheid)	
Verzekeraars	Financiering
Financiering uitvoering (ZONmw, CVZ)	Programatische financiering
Gezondheidsfondsen	Ziektespecifieke lobby en subsidiering van onderzoek en projecten
Overig	
Brandweer	Brandveiligheid
Politie	Veiligheid
Scholen	Setting voor preventieve aspecten integrale JGZ

> 7.2. CONCLUSIES ONDERZOEK GEMEENTELIJKE NOTA'S GEZONDHEIDSBELEID (SGB0, APRIL 2005)

Kornalijnslijper N., Schoenmakers C., Smeets K. Onderzoek gemeentelijke nota's Gezondheidsbeleid. SGB0 april 2005, Deelrapport in: Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2005. Den Haag. November 2005 <http://www.igz.nl/publicaties/staatvandegezondheidszorg/sgz2005>

- Gemeenten zijn de afgelopen jaren duidelijk aan de slag gegaan om een nota gezondheidsbeleid te maken.
- De resultaten zeer divers zijn in vorm, inhoud en kwaliteit
- Gemeenten geven zelf leiding aan het proces van totstandkoming van de nota's
- Betrokkenen vooral uit de hoek van welzijn, gezondheid en zorg
- Minder dan de helft (41%) van de gemeentelijke nota's voldoet redelijk tot goed aan de wettelijke vereisten zoals vermeld in de WCPV.
- Minder dan de helft (41%) van de gemeentelijke nota's voldoet redelijk tot goed aan de wettelijke vereisten zoals vermeld in de WCPV.
- Het merendeel van de gemeentelijke nota's (60%) voldoet redelijk tot goed aan het onderdeel bevorderingstaken.
- Eén op de vier gemeenten scoort goed op het punt van het bevorderen van de OGGZ.
- Het systematisch volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en hun behoefte aan zorg wordt slechts in de helft van de nota's genoemd. Daarentegen gaat driekwart van de nota's in op de integratie van 0-4- en 4-19-jarige JGZ.
- Ruim de helft van de nota's (56%) scoort goed op aspecten van consistentie in het ontwikkelde beleid (problemanalyse - oplossingen).
- Er is een aantoonbaar verband gebleken tussen 'beleidsconsistentie' en kans op implementatie.

- Kleine gemeenten hebben significant meer aandacht voor implementatie dan grotere gemeenten.
- Vier van de vijf landelijke prioriteiten komen in de meeste lokale gezondheidsnota's aan de orde. Dit zijn overgewicht, roken, alcoholverslaving en depressie.
- Alle gemeenten hebben aangegeven dat het gezondheidsbeleid wordt afgestemd met andere beleidsterreinen.
- In de meeste gemeenten is de Dienst Welzijn betrokken bij het opstellen van de nota, maar bij opvallend weinig gemeenten de diensten Wonen, Sociale Zaken, Onderwijs en Verkeer.
- Vier op de vijf gemeenten houden bij bestuurlijke beslissingen rekening met
- Gezondheidsaspecten worden in de regel bewaakt door de wethouder (31,1%) of een ambtenaar (24,6%).
- In het merendeel van de gevallen (63%) is er nauwelijks of matig aandacht geschonken aan het uitvoeren van de beleidsvoornemens.

Eindconclusie:

“ Er zijn twee effecten van de nota te verwachten: goede public health policy (goed gezondheidsbeleid) en healthy public policy (gezond beleid oftewel goed integraal of facet beleid).

Ten aanzien van de healthy public policy zien we dat hoewel de gemeenten bij veel partijen draagvlak hebben proberen te krijgen voor de nota zelf, met als opvallende uitzondering de burger, ze nog in onvoldoende mate de nota's gebruiken om integraal gezondheidsbeleid te beschrijven. De rol van aanpalende beleidsterreinen, zorginstellingen en verzekeraars is beperkt. Ook de interactie tussen de wettelijke taken en het algemeen gezondheidsbeleid krijgt weinig vorm en de rol van de GGD bij het adviseren over gezondheidsconsequenties van beleid wordt veelal niet beschreven.

Ten aanzien van de public health policy is de belangrijke conclusie uit dit onderzoek dat veel van de gemeenten duidelijk de landelijk prioriteiten hebben opgepikt en deze in de nota hebben verwerkt, maar dat de analyse van lokale gezondheidsproblemen en de vertaling daarvan in beleid en maatregelen nog onvoldoende consistent gebeuren.”



> 7.3. OVERZICHT INHOUD NOTA'S LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID IN VERZORGINGSGEBIED RAEDELIJN

Onderstaand overzicht is afkomstig van een doorlopende inventarisatie van GGD Nederland van de inhoud van nota's lokaal gezondheidsbeleid. Het overzicht komt tot stand doordat GGD'en de nota's in hun regio scoren op de aangegeven onderdelen. Per item wordt aangegeven of de gemeente naar oordeel van de GGD ambtenaar op dat onderdeel regie wil voeren, vooral op de uitvoering inzet of zich volgend opstelt. Het overzicht van GGD Nederland (1 augustus 2005) bevat de resultaten van 232 nota's. Van de overige gemeenten is niets bekend. In onderstaande tabel geeft de resultaten van 18 van de 47 gemeenten uit het verzorgingsgebied van Raedelijk waarvan de resultaten bekend zijn. Het totale overzicht is te downloaden op www.ggdkenisnet.nl/32716.

		Totaal regie	Totaal uitvoering	Totaal volgend	Totaal	Totaal niets
A. Algemeen					r/u/v	niets
WCPV	WCPV algemeen (bevorderen coll. prev.)	8	3	7	18	29
	WCPV infectieziekten	5	3	7	15	32
	WCPV hygiëne (kindercentra, seksinrichtingen)	4	3	8	15	32
	WCPV jeugdgezondheidszorg	7	3	7	17	30
	WCPV OGGZ	7	3	7	17	30
	WCPV MMK	2	3	7	12	35
	WCPV monitoring/epidemiologie	3	4	8	15	32
						47
Gez.bev.	opkomst bevolkingsonderzoeken	3	1	3	7	40
	coördinatie, afstemming en samenwerking bevorderen	15	1	0	16	31
						47

		Totaal regio	Totaal uitvoering	Totaal volgend	Totaal	r/u/v	Totaal niets
A. Algemeen (vervolg)						r/u/v	<i>niets</i>
SEGV	SEGV algemeen	2	1	6		9	38
	SEGV jeugd	0	1	2		3	44
	SEGV ouderen	0	1	2		3	44
	SEGV leefstijl	0	1	2		3	44
	SEGV schuldhulpverlening/reïntegratie e.a SES-factoren	0	1	1		2	45
risico-groepen	allochtonen/minderheden/asielzoekers	3	0	2		5	42
	lage SES groepen	0	0	3		3	44
	gehandicapten/chronisch zieken	0	0	6		6	41
B. Collectieve preventie							
LEEFSTIJL	Leefstijl algemeen	1	7	0		8	39
	Leefstijl jeugd 0-4	1	1	6		8	39
	Leefstijl jeugd 4-19	4	6	3		13	34
	Leefstijl ouderen	3	3	5		11	36
	Leefstijl allochtonen	0	1	3		4	43
	Leefstijl gehandicapten/chr.zieken	0	0	3		3	44
	Leefstijl lage ses	0	1	1		2	45
	Bewegen algemeen	4	8	1		13	34
	Roken algemeen	2	3	4		9	38
	Alcohol algemeen	5	4	2		11	36
	Voeding algemeen	2	6	2		10	37
	Veilig vrijen algemeen	0	1	0		1	46
	Psychische problemen algemeen	3	3	3		9	38
	Psychische problemen risicogroepen	3	2	4		9	38
	Overgewicht algemeen	0	5	4		9	38
							47

		Totaal regie	Totaal uitvoering	Totaal volgend	Totaal	Totaal niets
B. Collectieve preventie (vervolg)						
JEUJD	afstemming JGZ-jeugdzorg	15	0	0	15	32
	opvoedingsondersteuning/psych. probl. 0-4	3	3	5	11	36
	opvoedingsondersteuning/psych. probl. 4-19	5	4	5	14	33
	preventie mishandeling	0	1	0	1	46
	Genotmiddelen jeugd	8	4	4	16	31
	Bewegen jeugd	1	8	5	14	33
	Roken jeugd	5	2	6	13	34
	Alcohol jeugd	7	5	4	16	31
	Voeding jeugd	2	6	5	13	34
	Veilig vrijen jeugd (SOA/zwangerschap/loverboys etc.)	5	3	1	9	38
						47
OUDEREN	Genotmiddelen ouderen	1	0	0	1	46
	Bewegen ouderen	5	6	2	13	34
	psychische problematiek ouderen/eenzaamheid/dementie	9	2	4	15	32
	medicijngebruik ouderen	1	0	0	1	46
	valpreventie ouderen	0	0	0	0	47
	consultatiebureau ouderen	0	0	0	0	47
	voeding / overgewicht ouderen	1	0	1	2	45
	zelfstandig wonen/WWZ	3	8	0	11	36
						47
O(G)GZ	O(G)GZ algemeen	6	0	6	12	35
	maatsch. Opvang en bemoeizorg	0	2	1	3	44
	verslavingszorg	3	2	0	5	42
	huiselijk geweld	0	0	2	2	45
	meldpunt(en)	0	1	0	1	46
	psych opvang na rampen	1	0	1	2	45
	opstellen/uitvoeren regionaal convenant	1	5	6	12	35
						0
						47

		Totaal regie	Totaal uitvoering	Totaal volgend	Totaal	Totaal niets
B. Collectieve preventie (vervolg)						
Ziekten	Hart en vaatziekten	0	0	7	7	40
	diabetes	0	0	7	7	40
	astma/COPD	0	3	4	7	40
						47
leefbaarheid	veiligheid algemeen	0	1	9	10	37
	sociale veiligheid	1	1	7	9	38
	milieu/leefomgeving	2	0	8	10	37
	binnenmilieu/woning	1	0	8	9	38
	Relatie GHOR	0	2	10	12	35
	woonzorgzones/levensloopbestendig wonen	1	11	1	13	34
ZORGVOORZIENINGEN						
	Voorzieningen algemeen	1	0	9	10	37
	Informatievoorziening/communicatie	4	4	7	15	32
	Huisartsen/tandartsen tekort (incl. HAP)	6	0	9	15	32
	Toegankelijkheid/bereikbaarheid	3	1	10	14	33
	Mantelzorg/vrijwilligers	3	3	5	11	36
	Indicatiestelling	4	1	1	6	41

