



Federatie
**Medisch
Specialisten**



Substitutie van zorg

huisarts en medisch specialist samen aan de slag



Handreiking voor lokale substitutie van zorg door gedeelde zorg en anderhalvelijns zorg: van medisch specialistische zorg naar de huisartsenpraktijk.

Substitutie van zorg

huisarts en medisch specialist samen aan de slag

FOCUS

In deze Handreiking Substitutie van zorg van de Federatie Medisch Specialisten en de LHV ligt de focus op het tot stand brengen van duurzame lokale samenwerking, via bij voorkeur door huisartsen en medisch specialisten zelf geïnitieerde zorginhoudelijke initiatieven, met het doel de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen. Zorg dichtbij waar dat kan en verder weg als dat nodig is.

Colofon

De Handreiking Substitutie van zorg is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie.

Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

In deze Handreiking Substitutie van zorg van de Federatie Medisch Specialisten en de LHV ligt de focus op het tot stand brengen van duurzame lokale samenwerking, via bij voorkeur door huisartsen en medisch specialisten zelf geïnitieerde zorginhoudelijke initiatieven, met het doel de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen. Zorg dichtbij waar dat kan en verder weg als dat nodig is.

Vrijwaring

De Federatie heeft de grootst mogelijk zorg besteed aan de samenstelling van dit rapport.

Desondanks accepteren wij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten

Februari 2017

Vormgeving: IJzersterk.nu

Voorwoord

Medisch specialisten en huisartsen zijn naast vakgenoten en verwijzers steeds vaker ook samenwerkingspartners in de zorg rond de patiënt. In verschillende vormen en op talloze plekken werken zij nauwer samen dan ooit tevoren. Een mooie ontwikkeling met veel voordelen. Allereerst voor patiënten, die zorg krijgen op de plek waar dat voor hen het beste is. Zo dichtbij huis als mogelijk, door de juiste professional en van gegarandeerde kwaliteit.

Dokters nemen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid door blijvend na te denken over de besteding van zorggeld. Over het betaalbaar en toegankelijk houden van zorg. Zij doen dat door over de grenzen van de eigen instelling of praktijk heen te kijken. Ook voor de samenleving zijn er pluspunten, omdat dit soort samenwerking meestal tot doelmatiger inzet van middelen leidt.

Samenwerkingsverbanden tussen artsen in de eerste en de tweede lijn komen niet overal vanzelfsprekend op gang. Daarvoor is de dagelijkse realiteit te weerbarstig en de drang tot vernieuwing niet in elke regio even sterk. Toch bloeien momenteel dan misschien niet duizend, maar wel honderden bloemen. Het is de moeite waard om naar de opbrengsten van dergelijke initiatieven te kijken.

De aanname is dat zorg in de eerste lijn goedkoper is dan in de tweede lijn en dat zorg in de zogeheten anderhalve lijn dus ook doelmatiger moet zijn. We willen dat fingerspitzengefühl echter ook onderbouwen met harde cijfers. Als zorg zich verplaatst, verplaatsen patiënten dan mee? Zoeken zij hun zorg inderdaad in de eerste of anderhalve lijn? Of melden zij zich alsnog in de tweede lijn (elders in de tweede lijn, in een ander ziekenhuis bijvoorbeeld), of zoeken zij de zorg helemaal niet meer, ook niet als dat nodig zou zijn? Patiëntgedrag is niet altijd te voorspellen. En gewoontes laten zich niet makkelijk doorbreken.

De Federatie Medisch Specialist en de LHV willen zekerheid, en dus moet er gemeten worden wat er gebeurt. Als we meer weten, kunnen we onze keuzes voor de toekomst daarop ook beter baseren. Willen we daadwerkelijk dat lijnen vervagen en dat patiënten zorg krijgen op de beste plek, dan moet op basis van de meetgegevens ook duidelijk gemaakt worden welke investeringen (en eventueel zelfs desinvesteringen) waar nodig zijn. De juiste randvoorwaarden zijn immers bepalend voor de snelheid en effectiviteit waarmee samenwerking vorm krijgt.

Wij spreken hier van samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen. Misschien is het u opgevallen dat het woord substitutie nog niet gevallen is. Dat is niet toevallig. De veelgebruikte term substitutie is volgens ons te beperkt: deze suggereert overheveling en kent inmiddels bovendien teveel een financiële connotatie. Terwijl wij er de voorkeur aan geven de inhoud van de zorg centraal te stellen. De toekomst ligt volgens ons niet in het volledig verschuiven van taken van de ene lijn naar de andere lijn. Waarin dan wel?

In netwerken van huisartsen en medisch specialisten, die met wederzijds goedvinden en blijvende betrokkenheid samenwerkingen aangaan. Met korte lijnen van overleg en geen of korte wachttijd voor patiënten. Ondersteund door de ICT die het delen van gegevens en daarmee patiëntenzorg mogelijk maakt. Samenwerking waarin de patiëntenzorg boven alles gaat, en de financiële opbrengsten door een grotere doelmatigheid positieve bijvangst zijn.

De tijd is er rijp voor, in het land gebeurt het al en logischerwijs slaan onze beide organisaties nu ook de handen ineen. Wij delen hetzelfde toekomstbeeld en zetten ons in om onze respectievelijke beroepsgroepen waar mogelijk te stimuleren en te ondersteunen.

Want de samenwerking die wij hier schetsen vraagt grote veranderingen, en dat zal niet altijd makkelijk zijn. Misschien snijden we soms in eigen vlees. Het is wel de toekomst en wij passen ons daarop graag aan. Want dokter zijn.... kent immers geen (tweede, eerste of anderhalve) lijn.

INHOUD

INLEIDING	5
0.1 SUBSTITUTIE VAN ZORG	7
1.1 Algemene uitgangspunten voor substitutie van zorg van tweede- naar eerste lijn	7
1.2 Substitutie en een veranderend zorglandschap	8
1.3 Grenzen aan substitutie van zorg	11
0.2 AANDACHTSPUNTEN BIJ DE UITWERKING VAN LOKALE INITIATIEVEN VOOR SUBSTITUTIE	13
2.1 Aandachtspunten voor de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg	13
2.2 Aandachtspunten voor de organisatie van zorg	17
2.3 Aandachtspunten voor de financiële organisatie van substitutie	20
Bijlage 1 Checklist voor de projectgroep t.b.v. lokale implementatie van substitutie van zorg	23
Bijlage 2 Achtergronden substitutie	25
Bijlage 3 Auteurs en ontwikkeling Handreiking Substitutie van zorg	29

Inleiding

Door demografische ontwikkelingen, technologische vooruitgang en veranderende opvattingen over ziekte en gezondheid, zullen in de nabije toekomst meer mensen een beroep doen op de gezondheidszorg. Met name het aantal oudere patiënten en (daarmee) het aantal patiënten met één of meerdere (chronische) aandoeningen zal toenemen. Deze patiënten bewegen zich in verschillende fasen van het ziektebeeld tussen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg en zijn niet strikt als een “huisarts-patiënt” of “ziekenhuispatiënt” te beschouwen.

We staan voor de uitdaging om deze veranderende zorgvraag te beantwoorden en tegelijkertijd de zorgkosten in de hand te houden. Eén van de meest genoemde methoden hiervoor is substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Substitutie is een breed begrip. In dit document beschrijven we hoe huisartsen en medisch specialisten in gezamenlijke afstemming en in onderlinge samenwerking zorg kunnen bieden. Het uitgangspunt daarbij is, dat de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt georganiseerd en niet onnodig in het ziekenhuis. Het gaat om kwalitatief goede zorg, op de juiste plek; uitgevoerd daar waar dat het meest doelmatig is en in aansluiting op de behoeften van patiënten. Oftewel: dichtbij waar dat kan, verder weg als dat nodig is.

Substitutie kan in vele verschijningsvormen worden georganiseerd: van een teleconsult en inzet van eHealth tot medisch-specialistisch ondersteunde zorg in een anderhalvelijns centrum. In deze handreiking laten we substitutie van zorg waarbij de verantwoordelijkheid voor de zorg van de tweede lijn volledig wordt overgeheveld naar de eerste lijn, geheel buiten beschouwing.

Ervaringen tot nu toe leren dat lokale omstandigheden bepalend zijn voor het slagen van substitutie. Duurzame lokale samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten is uitgangspunt voor succesvolle substitutie van zorg.

Het opstellen van een landelijke blauwdruk voor substitutie van zorg is daarom niet aan de orde. Wel kunnen we een aantal randvoorwaarden en aandachtspunten formuleren om de kwaliteit, organisatie en bekostiging van deze zorg te borgen. Dat hebben we gedaan middels deze Handreiking Substitutie. Het document is bedoeld voor huisartsen en medisch specialisten die vanuit medische inhoudelijk perspectief en via samenwerkingsafspraken het best toegerust zijn om substitutieprojecten te initiëren, daarin regie te nemen en dit tot succesvolle, consistente en doelmatige zorg te laten leiden. Deze insteek past ook geheel in de visie over samenwerken in (zorg)netwerken zoals beschreven in het Visiedocument Medisch Specialist 2025.¹ Daarnaast kan deze handreiking relevant zijn voor andere stakeholders, waaronder patiënten(verenigingen), zorgverzekeraars en (ziekenhuis)instellingen die zich bezig houden met substitutie van zorg.

LEESWIJZER

Het eerste deel van dit document gaat dieper in op het begrip substitutie van zorg en de diverse manieren waarop dit vorm kan krijgen. Het tweede deel beschrijft randvoorwaarden en aandachtspunten bij het initiëren en uitwerken van (lokale) initiatieven rondom substitutie. Het betreft hier aandachtspunten rondom kwaliteit, veiligheid en continuïteit, organisatie/logistiek- en bekostiging van te substitueren zorg en voor het maken van substitutie- en samenwerkingsafspraken tussen medisch specialisten en huisartsen.

1. Visiedocument Medisch Specialist 2025, Federatie Medisch Specialisten, 2017

In de bijlagen is een checklist opgenomen ten behoeve van substitutie van zorgprojecten, een toelichting op de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland in eerste-, tweede en derdelijnszorg en de betekenis van anderhalvelijnszorg. In vervolg hierop een nadere toelichting op substitutie van zorg met achtergronden voor de substitutiebeweging, voorbeelden en bekostiging van eerste- en tweedelijnszorg.

De uitgangspunten en praktische handvatten in deze Handreiking Substitutie zijn gericht op het tot stand brengen van duurzame lokale samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten om bepaalde vormen van zorg of zorgprocessen zo optimaal mogelijk vorm te geven en daarmee patiënten zoveel mogelijk in de eerste lijn te kunnen behandelen en begeleiden.

Daar waar in het document gesproken wordt over “ziekenhuis” wordt ook een ZBC of revalidatiekliniek bedoeld. De uitdagingen die ongetwijfeld ook liggen in substitutie van eerstelijnszorg naar wijk- of buurtzorg en het integreren van eerstelijnszorg naar een ‘Integrale eerstelijnszorg’, vallen buiten het bestek van deze handreiking.²

Deze handreiking is geschreven door de werkgroep Substitutie van de Federatie Medisch Specialist-ten samen met vertegenwoordigers van de LHV. Feedback van de Patiëntenfederatie is in de Handreiking verwerkt.

In het landelijk overleg tussen veldpartijen uit het Hoofdlijnenakkoord, te weten de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitaire Ziekenhuizen (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en InEen, de koepelorganisatie van de gezondheidscentra en de huisartsenposten in Nederland, hebben genoemde partijen aangegeven de ontwikkeling van een inhoudelijk document over substitutie te ondersteunen en met interesse te volgen.

2. VWS, 2008b. De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29247-84.html>; NIVEL, 2010. Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn; <http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-Monitor-multidisciplinaire-samenwerking-eerste-lijn.pdf>; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2011. Medisch specialistische zorg in 20/20: dichtbij en ver weg. September 2011

01 Substitutie van zorg

Met substitutie van zorg wordt bedoeld "het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie".³

Substitutie van zorg betreft vrijwel altijd verplaatsing van medisch specialistische zorg naar de huisartsenpraktijk. In het landelijk overleg van eerste- en tweedelijns partijen wordt substitutie als volgt omschreven: "De verplaatsing van huidige zorg en middelen van de tweede- naar de eerstelijnszorg, het behoud van doelgroepen in de eerste lijn en het voorkomen dat deze patiënten in de toekomst tweedelijnszorg nodig hebben."

Deze laatste definitie is het uitgangspunt voor dit document.

Substitutie van zorg beantwoordt aan meerdere doelstellingen:

- Kostenreductie middels doelmatigheid, kosteneffectiviteit en besparingen om zo de zorg betaalbaar te houden;
- Zorg toegankelijk en laagdrempelig te maken/houden;
- Zelfmanagement en zelfzorg van de patiënt stimuleren;
- Zorg dichterbij de patiënt te leveren;
- Kennisuitwisseling tussen 2e (en 3e) en 1e lijn: persoonlijker en laagdrempeliger overleg tussen zorgprofessionals mogelijk maken en organiseren om zo de juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren.

Substitutie kent verschillende verschijningsvormen. In dit document wordt met substitutie de zorg bedoeld die de medisch specialisten en huisartsen lokaal in samenwerking aanbieden. Zorgactiviteiten die zonder afspraken over verwijzen en terugverwijzen en zonder lokale (inhoudelijke) afstemming tussen medisch specialisten en huisartsen, worden overgeheveld van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk, wordt door partijen beschouwd als 'koude' substitutie. Zij is geen onderwerp van deze handreiking.

1.1 ALGEMENE UITGANGSPUNTEN VOOR SUBSTITUTIE VAN ZORG VAN TWEDE- NAAR EERSTE LIJN

De LHV en de Federatie Medisch Specialisten hebben zich in de Hoofdlijnakkoorden⁴ verbonden aan het bevorderen en ondersteunen van doelmatige zorg. Substitutie van medisch specialistische zorg naar de eerste lijn kan bijdragen aan doelmatigheid.

Vanuit de bovengenoemde definitie van het landelijke overleg tussen eerste en tweedelijns partijen, die uitgangspunt is van dit document, en de focus op substitutie door samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten, is een aantal algemene uitgangspunten geformuleerd.

3. NZa rapport Advies Substitutie 2012 / D. Wiersma, H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rüphan, R. Giel, 'Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ', Tijdschrift voor Psychiatrie 31(9), 1989.

4. Hoofdlijnakkoord Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg 2014-2017 en Hoofdlijnakkoord Medisch Specialistische Zorg 2014-2017

- De patiënt heeft recht op de juiste zorg op het juiste moment.
- Zorg wordt geleverd door de juiste zorgverlener: dat wil zeggen dat die zorgverlener over de juiste competenties beschikt om de (diagnostische en therapeutische) zorg te kunnen leveren.
- Zorg wordt geleverd op de juiste plek: dat wil zeggen waar de juiste faciliteiten beschikbaar zijn om goede zorg aan patiënten te leveren.
- Substitutie kan plaatsvinden van de tweede naar de eerste lijn of omgekeerd als dit met minstens dezelfde kwaliteit doelmatiger kan worden uitgevoerd (met minder kosten, in bestaande voorzieningen en/of dichter bij de patiënt).
- Goede zorg moet worden geleverd op grond van richtlijnen en kwaliteitsnormen, gedefinieerd door wetenschappelijke verenigingen samen met patiëntenorganisaties. Als landelijke richtlijnen en kwaliteitsnormen onvoldoende op elkaar aansluiten is het van belang hierover lokaal inhoudelijke afspraken te maken.
- De huisarts kent een generalistische aanpak en is de specialist van de veelvoorkomende aandoeningen waarmee deze de poortwachtersfunctie naar de tweede lijn kan invullen. Medisch specialisten zijn vooral bekwaam in hun specialisme specifieke gebieden en/of specifieke patiëntengroep/leeftijdsgroep, waarin zij diagnostiek naar en behandeling van meer specialistische aandoeningen doen. Medisch specialisten en huisartsen moeten met elkaar samenwerken om de regie af te stemmen voor zorgverlening die rondom eerste en tweede lijn plaatsvindt. Medisch specialist en huisarts dienen inzicht te hebben elkaars kennis en vaardigheden om goede zorg te kunnen leveren.⁵
- De keuzevrijheid van patiënten voor de aanbieder van de te substitueren zorg dient zo optimaal mogelijk te worden gewaarborgd voor zover het zorg betreft die in samenwerking tussen eerste- en tweedelijns wordt aangeboden. Hierbij moet op basis van heldere criteria voor de patiënt duidelijk zijn waarin deze keuzevrijheid t.a.v. zorgverleners binnen de eerste- of tweede lijn mogelijk is, in hoeverre daarin beperkingen aanwezig zijn (zorgpolis vormen). Dit betekent dat daarover heldere informatie beschikbaar moet zijn en aangeboden moet worden.
- Effectieve en succesvolle substitutie komt lokaal tot stand op basis van initiatieven vanuit de eerste- en tweedelijns beroepsbeoefenaren zelf. Substitutie is lokaal maatwerk. Een landelijke blauwdruk voor substitutie is niet goed mogelijk of passend. Het stimuleren van de juiste (rand-)voorwaarden en het delen van best practices is gewenst.
- De kwaliteit, veiligheid en continuïteit van te substitueren zorgactiviteiten, kan lokaal alleen worden geborgd als er concrete samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen betreffende beroepsbeoefenaren in eerste- en tweedelijnszorg.
- Substitutie van zorg betreft vooral het optimaliseren van het zorgproces voor een specifieke patiëntengroep, door de zorginhoudelijke samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten te verbeteren met het doel patiënten zoveel mogelijk in de eerstelijns setting onder regie van de huisarts te behandelen. In sommige projecten kan een gedeelde regie aanwezig zijn of in afstemming de regie (voor een bepaald deel) bij de medisch specialist liggen.
- Substitutie kan verschillende vormen aannemen: van consultatie van medisch specialisten in de huisartsenpraktijk of verloskundigenpraktijk, of samenwerking in een 'anderhalvelijns centrum' tot virtuele samenwerking met ondersteuning van EHealth. Uitgangspunt is het zo optimaal en doelmatig mogelijk organiseren van zorg vanuit het belang van de patiënt en binnen de hierboven genoemde uitgangspunten.

1.2 SUBSTITUTIE EN EEN VERANDEREND ZORGLANDSCHAP

In de (nabije) toekomst neemt het aantal oudere patiënten toe en stijgt het aantal patiënten met één of meerdere (chronische) aandoeningen. Deze patiënten bewegen zich in verschillende fasen van het ziektebeeld tussen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg in en zijn niet strikt als een "huisarts-patiënt" of "ziekenhuispatiënt" te beschouwen. De grenzen tussen eerste- en tweelijnszorg zullen steeds meer vervagen. Substitutie van zorg heeft de afgelopen jaren met name rond de diagnostiek en behandeling van astma/COPD, diabetes type 2 en Cardiovasculair Risicomanagement een impuls gehad. Een groot deel van patiënten met deze aandoeningen zijn voor hun medische zorg tegenwoordig op de huisartsenpraktijk aangewezen. De meest complexe patiënten worden in het ziekenhuis behandeld. Met

5. Aandachtspunt 7 van Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerkingsverbanden, KNMG januari 2010

de veranderende zorgvraag en steeds beperkter middelen om de zorg te bekostigen, is het essentieel dat huisartsen en medisch specialisten meer gaan samenwerken, ook rond andere aandoeningen.

Huisartsen en medisch specialisten zullen, gezien bovenstaande, lokaal in enige vorm en mate betrokken raken of beïnvloed worden door substitutietrajecten.

Initiatieven vanuit het zorgveld

Succesvolle substitutie-trajecten vloeien voort uit initiatieven die in gezamenlijkheid tussen huisartsen en medisch specialisten, lokaal worden geïnitieerd. Een gezamenlijke ambitie om de zorg voor een specifieke patiëntengroep verder te verbeteren, vertrouwen in elkaar, goede afspraken over organisatie en bekostiging van verplaatste zorg en regie zijn hierbij de sleutel voor succes.⁶ Om duurzame substitutie van zorg te bereiken is samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten essentieel. Hiervoor is vertrouwen en samenwerking tussen lokale partijen nodig.

Alleen met goede lokale samenwerkingsafspraken kan de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg worden gewaarborgd. De zorgverzekeraar kan hierin (lokaal) een ondersteunende en faciliterende rol vervullen. Wel dient in algemene zin rekening gehouden te worden met bekende 'faalfactoren', zoals deze in substitutiepilots en onderzoek naar voren komen, zoals het ontbreken van samenwerkingsafspraken, onduidelijkheden over financiering van de zorg en honorering van de inzet van de huisarts en medisch specialist. Daarbij blijkt ook in lokale projecten dat het niet geregeld zijn van structurele financiering (afspraken) een belangrijke bottleneck is om substitutie van de grond te krijgen, op te schalen en in te bedden (zie verder bij 'Aandachtspunten voor de financiële organisatie van substitutie').

Substitutie van zorg kan op verschillende manieren gefaciliteerd en gefinancierd worden:

- door lokale zorginkoopafspraken tussen zorgverzekeraar en huisartsen; 'koude substitutie';
- door lokale tripartite zorginkoopafspraken tussen zorgverzekeraar, ziekenhuis/medisch specialisten en huisartsen, met betrokkenheid van patiënten vertegenwoordiging.

Zorgverzekeraars kunnen sturing geven aan de aard en omvang van substitutie: door bepaalde zorgactiviteiten alleen in de eerste op de tweede lijn in te kopen. Op die manier wordt substitutie afgedwongen.

Idealiter volgt substitutie de inhoud van de zorg en komt zij tot stand op basis van afspraken tussen eerste en tweedelijns waarbij de continuïteit en de kwaliteit van zorg geborgd blijven. Op basis van de inhoud van de te leveren zorg en samenwerking worden dan de financiële afspraken met de eerste en tweede lijn gemaakt. Zonder deze concrete samenwerkingsafspraken is de kwaliteit en continuïteit van de zorg tussen de eerste- en tweede lijn niet zonder meer geborgd.

Anderhalvelijnszorg

In dit document wordt over anderhalvelijns zorg gesproken als het gaat om zorg die op enige wijze gezamenlijk door medisch specialisten en huisartsen wordt aangeboden en die normaal gesproken vanuit het eerstelijns financieel kader wordt bekostigd. Om dit mogelijk te maken moet het eerstelijns budgettair kader voldoende financiële ruimte omvatten, bijvoorbeeld door een specifiek bedrag uit eerste- en tweedelijnskader hiervoor te reserveren, gekoppeld aan een (medisch) inhoudelijke substitutie agenda.

Bij anderhalvelijnszorg is sprake van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van zorg door specialisten en huisartsen, waarbij de specifieke expertise van beiden elkaar aanvult en ten dienste van de patiënt wordt gesteld. Er worden inhoudelijke eisen gesteld aan de zorg en afspraken op het gebied van kwaliteit en veiligheid, regie en verantwoordelijkheden, organisatie, logistiek en bekostiging worden (schriftelijk) vastgelegd. Met deze definitie van anderhalvelijnszorg vallen ZBC's en buitenpoliklinieken van het ziekenhuis niet onder anderhalvelijns zorg: in beide wordt immers tweedelijnszorg aangeboden, bekostigd uit het budgettair kader Medisch Specialistische Zorg (MSZ).

6. De succes- en faalfactoren van substitutie - Beknopte rapportage van kwalitatief onderzoek naar regionale samenwerking in de zorg, uitgevoerd door het Jan van Es Instituut in opdracht van VvAA voor Zorgondernemingen, 2016.

Anderhalvelijnszorg kan op verschillende manieren en in verschillende vormen worden ingericht: middels het opzetten van zogeheten 'regiopoly's' waar de medisch specialist de patiënt zelf poliklinisch ziet in een anderhalvelijns voorziening (meestal buiten de eigen huisartsenpraktijk en buiten de poorten van een ziekenhuis), gezamenlijk spreekuur met de huisarts in diens eigen praktijk ('consult carousel') en andere vormen, al dan niet gebruik makend van eHealth toepassingen.

Voorbeelden van reeds langer lopende anderhalvelijns samenwerkingsprojecten zijn onder meer de Regiopoly Sunenz-Drachten⁷ en Longzorg Nijkerk⁸. In 2013 heeft minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) negen regio's benoemd tot proeftuinen 'Betere zorg met minder kosten'. Het gaat om regionale samenwerkingsverbanden van aanbieders van zorg en welzijn, zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordiging en andere partners. De proeftuinen experimenteren met populatiemanagement, onder meer in de vorm van substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn⁹.

eHealth

eHealth toepassingen kunnen substitutie ondersteunen en bevorderen, wanneer deze op adequate, passende en veilige wijze gebruikt worden. eHealth kan worden ingezet om primaire verwijzing te voorkomen, als hulpmiddel om zo gericht mogelijk te verwijzen van eerste- naar tweedelij, voor terugverwijzing van medisch-specialistische zorg naar anderhalve- of eerstelijnszorg en om intercollegiale consultatie over gezamenlijke patiënten te faciliteren en ondersteunen. Het gebruik van geborgde eHealth producten kan substitutie in belangrijke mate faciliteren, mits voldaan is aan randvoorwaarden: adequate verslaglegging en een passend tarief voor zowel de verwijzend huisarts die advies vraagt en uitvoert en de medisch specialist die de vraagstelling beoordeelt en advies geeft.

Waardecreatie

Substitutie van zorg van tweede naar de eerste lijn is niet voldoende om de betaalbaarheid van de zorg op de langere termijn te waarborgen. Een steeds meer toenemende vraag naar (complexe) zorg en de invloed van medische technologie zijn enkele factoren die de kosten van zorg steeds verder doen toenemen. In dat kader wordt in de discussie over substitutie ook steeds vaker de gesproken over "waardecreatie voor de zorg" en "triple aim". Uitgangspunt hierbij is, dat om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg ook op langere termijn te kunnen waarborgen, zorgorganisaties zich op meerdere gebieden tegelijk richten, zoals gezondheidswinst en lagere kosten. In de Verenigde Staten werd dit door het Institute of Healthcare vertaald in de drie doelstellingen van triple aim:

1. het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg;
2. het verbeteren van de gezondheid en kwaliteit van leven;
3. het verlagen van de kosten.

Kern is dat alle bij de zorg betrokken ketenpartners verantwoordelijkheid nemen voor de drie doelen in samenhang. Dus niet de medisch professional alleen voor de inhoud en de zorgverzekeraar voor de bekostiging. De waarde voor de patiënt staat centraal. Daarnaast is continue verbetering van zorg/innovatie het doel.¹⁰ Met dit gedachtengoed kan substitutie van zorg meer zijn dan het verplaatsen van zorg, namelijk het aanbieden van zorg in samenhang, met betere gezondheidsuitkomsten tot gevolg. Door doelen uit te werken die aansluiten op de populatiebehoefte, de gezondheid van de populatie, de

7. De Regiopoly Drachten-Sûnenz is een gezamenlijk initiatief van huisartsen vanuit de Huisartsencoöperatie Zuidoost Friesland, medisch specialisten staf en MSB Drachten, ziekenhuis Nij Smellinghe, thuiszorgorganisatie ZuidOostZorg en Sûnenz, en gestart in januari 2016. <http://www.sunenz.nl/drachten/sunenzcentrum/gezondheidsplein/regiopoly/regiopoly.htm>

8. Een samenwerkingsverband tussen de longarts, huisarts, apotheek en overige zorgverleners op het gebied van astma of COPD, waarbij gewerkt wordt met een nieuwe vorm van bekostiging vanuit de zorgverzekeraar. <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelij/populatiemanagement-praktijkvoorbeeld-contractinnovatie-longzorg-nijkerk.html?origin=60675>

9. <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelij/beschrijving-9-proeftuinen-populatiemanagement-introductie.html#>

10. Innoveren voor Gezondheid – Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg, TNO 2013

maatschappelijke impact en de doelstellingen van triple aim ontstaat een stevige basis voor (regionale) samenwerking tussen partijen.¹¹

1.3 GRENZEN AAN SUBSTITUTIE VAN ZORG

Niet alle minder complexe, medisch-specialistische zorg is geschikt voor substitutie naar de eerste lijn. Zorg die niet (adequaat) in de eerste lijn kan worden geleverd moet in de tweedelijns blijven en komt niet in aanmerking voor substitutie. Zorg die al (vrijwel) volledig door de eerste lijn wordt geleverd en als gebruikelijke huisartsenzorg kan worden beschouwd (zoals dit inmiddels geldt voor diabetes mellitus type 2), is ook niet meer aan merken als substitutie.

In deze Handreiking Substitutie ligt de focus op substitutie van zorg op basis van lokale samenwerkingsafspraken.

- terugverwijzing van patiënten(-groepen) van de tweedelijns naar de eerste lijn zonder verdere medisch specialistische bemoeienis;
- het zo gericht mogelijk verwijzen van eerste lijn naar tweedelijns, en zo snel mogelijk terugverwijzen indien mogelijk;
- het anders organiseren van zorg die niet persé in de tweedelijns hoeft te worden geleverd, maar ook niet geheel zonder medisch specialistische expertise en directe advisering in de eerste lijn kan plaatsvinden, het zorggebied waar je kunt spreken van anderhalvelijnszorg, of 'gedeelde zorg';
- het verplaatsen van specifieke, afgebakende zorgactiviteiten van de medisch specialist naar de huisartsenpraktijk, zoals bijvoorbeeld chirurgische verrichtingen buiten de tweedelijns instelling, op verzoek van dan wel gezamenlijk met of zelfstandig door de huisarts;
- vormen van geborgde eHealth consultatie.

Voor al deze vormen van substitutie is het goed beschrijven en vastleggen van inhoudelijke- en randvoorwaardelijke samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en medisch specialisten in heldere kaders essentieel, zodat het zorgaanbod lokaal en regionaal goed kan worden vormgegeven en uitgevoerd.

11. Succes- en faalfactoren voor substitutie, Jan van Es Instituut, 2016



02 Aandachtspunten bij de uitwerking van lokale initiatieven voor substitutie

In Nederland zijn lokaal diverse initiatieven ontstaan waarin specifieke zorgtaken verplaatst zijn van tweedelijns- naar eerstelijns zorgaanbieders. Voorbeelden van zorgactiviteiten die al (deels) gesubstitueerd zijn naar de huisartsenzorg zijn praktische zorgactiviteiten zoals longfunctieonderzoek en ECG, en kleine chirurgische ingrepen/dermatologie. Maar ook ketenzorg, waaronder COPD en diabetes mellitus zijn inmiddels ingebed in de eerstelijnszorg en grotendeels uit het ziekenhuis gesubstitueerd. Recent is er meer aandacht voor substitutiemogelijkheden rond chronisch hartfalen en de zorg voor kwetsbare ouderen. Ook rond de zorg voor mensen met dementie en zorg in de palliatieve fase, zijn lokale samenwerkingsverbanden tussen eerste- en tweedelijns ontstaan en is sprake van substitutie van zorg.¹²

Substitutieprojecten hebben over het algemeen een zeer lokaal karakter; specifieke lokale omstandigheden en randvoorwaarden in kennis, vaardigheden, de patiëntenpopulatie en de samenwerkingsrelatie tussen eerste- en tweedelijns bepalen de mate van succes van deze initiatieven en daarmee het (doelmatigheids-)effect van substitutie.

Om lokale uitwerking van initiatieven voor substitutie van zorg te ondersteunen is een aantal aandachtspunten opgesteld vanuit het perspectief van:

- Kwaliteit, veiligheid¹³ en continuïteit van zorg
- Organisatie en logistiek
- Bekostiging van de zorg.

Deze aandachtspunten bieden houvast bij het opstellen van een plan van aanpak voor lokale organisatie en implementatie van substitutie van zorgactiviteiten van de medisch specialistische zorg naar de eerste lijn, waarbij samenwerking en afstemming tussen beroepsbeoefenaren het uitgangspunt is.

2.1 AANDACHTSPUNTEN VOOR DE KWALITEIT, VEILIGHEID EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Bij substitutie van zorgactiviteiten van de tweede- naar de eerstelijnszorg vormen doelmatigheid van zorg (behoud van kwaliteit tegen lagere kosten) en veiligheid van zorg het primaire uitgangspunt. Om vast te stellen welke zorgactiviteiten verplaatst kunnen worden van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk of in meer onderlinge samenhang tussen beroepsbeoefenaren kunnen worden uitgevoerd, is een goede definitie van vraagstelling en patiëntgebonden omstandigheden van groot belang. Hierover moet overeenstemming zijn tussen eerste- en tweedelijns zorgverleners. Het afbakenen van de patiëntengroep(en), ziektebeelden, ziektefase en hun specifieke zorgvraag is essentieel om in een later stadium vast te kunnen stellen of substitutie van de betreffende zorgactiviteit(-en) leidt tot doelmatigere zorg.

12. Concrete voorbeelden van deze en andere vormen van substitutie zijn onder meer terug te vinden op het Platform Zorg op de juiste plek: www.zorgopdejuisteplek.nl

13. Met patiëntveiligheid wordt bedoeld: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen en/of door tekortkoming van het zorgsysteem. (Wagner en Van der Wal, 2005)

Deze afbakening van zorg en patiëntengroep(en) is eveneens van belang om de randvoorwaarden vast te stellen, waarmee kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de te substitueren zorgactiviteit(en) geborgd en geëvalueerd kunnen worden.

Vaststellen van de te substitueren zorgactiviteit(en)

Van belang is dat exact omschreven wordt voor welke zorgactiviteit, voor welke patiëntengroep, bij welke indicatie en in welke omstandigheden, afspraken worden vastgelegd die substitutie van zorg moeten bewerkstelligen. Met het vaststellen van de patiëntengroep(en) en indicaties, kunnen ook vervolgstappen in het borgen van de kwaliteit, continuïteit, organisatie en bekostiging van substitutie, veel duidelijker worden gedefinieerd alsmede de (te verwachten) effecten van de beoogde substitutie.

Een Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) of kwaliteitsstandaard biedt concrete aanknopingspunten om lokaal de zorg tussen eerste- en tweede lijn verder te verbeteren. Er zijn al diverse ketenzorgprojecten en landelijke of regionale transmurale afspraken (LTA's respectievelijk RTA's) waarin afspraken over diagnostiek, behandeling, verwijzing en terugverwijzing van de patiënt zijn vastgelegd. Dergelijke documenten vormen een goed uitgangspunt voor het starten van lokale substitutieprojecten. Vaak staat daarbij de vraag nog open wat nodig is om de zorg voor een specifieke aandoening en doelgroep in de eerste lijn te houden of vanuit de tweede lijn te verplaatsen, beide met advies en ondersteuning van de medisch specialist. De invulling van die vraag is afhankelijk van lokale omstandigheden. Daar vormt de landelijke afspraak het beginpunt voor het lokaal inkleuren van een transmuraal substitutieproject. Daar waar in een substitutieproject deze landelijke afspraken niet aanwezig zijn, is het van belang hierover lokaal goede afspraken te maken. Dit kan bij uitstek in zogenaamde anderhalvelijns zorg vormen, ook wel 'gedeelde zorg' genoemd.

Bij het verplaatsen van zorgactiviteiten van de tweede- naar de eerstelijns zorg kan het gaan om zorgactiviteiten binnen een zorgketen (zoals bijvoorbeeld bij zorg bij hartfalen) of om enkelvoudige zorgactiviteiten die in zijn geheel worden verplaatst (zoals bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen). Verder geldt voor veel aandoeningen, met name chronische, dat patiënten in een stabiele fase in principe bij de huisarts behandeld kunnen worden en alleen wanneer de complexiteit van het ziektebeeld toeneemt en/of 'exacerbaties' optreden zij (soms tijdelijk) medisch specialistische zorg nodig hebben.

Voorbeeld : herkennen en behandelen van Actinische Keratosen (AK's)

Actinische Keratosen (AK's) zijn huidveranderingen ten gevolge van zonbeschadiging op jonge leeftijd, die op oudere leeftijd tot uiting komen. Actinische Keratosen komt vaak voor: eigenlijk heeft bijna iedereen boven de 60 jaar wel AK's. Deze plekje worden beschouwd als pre-maligne omdat er een plaveiselcelcarcinoom (PCC) uit kan ontstaan. Tijdige herkenning en behandeling is daarom essentieel. Dermatologen in de tweede lijn zien veel van deze patiënten. Diagnostiek en behandeling is, mits de huisarts hierin goed geschoold is, redelijk eenvoudig in de huisartsenpraktijk uit te voeren. Door lokaal (een aantal) huisartsen hierin met nascholing en training door de dermatologen te ondersteunen, kunnen niet alleen AK's in de huisartsenpraktijk beter herkend en behandeld worden, maar kan de huisarts ook een beginnend PCC eerder herkennen en daardoor tijdig doorverwijzen.

Deze vorm van substitutie leidt tot minder verwijzingen naar de tweede lijn voor de behandeling van AK's en tot een betere kwaliteit van zorg door vroegere herkenning en behandeling van PCC, die wél in de tweede lijn behandeld dient te worden. Voor patiënten betekent deze vorm van substitutie dat zij bij hun eigen huisarts adequaat behandeld worden en tijdig kunnen worden doorverwezen indien de situatie hiertoe aanleiding geeft.

Borgen van de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg

Substitutie van zorg is alleen doelmatig als de kwaliteit van de verplaatste zorg ten minste gelijk blijft of zelfs verbeterd. De voorwaarden van wat onder kwaliteit begrepen wordt, zijn vastgelegd in landelijke richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Waar landelijke richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van een bepaalde aandoening onvoldoende op elkaar aansluiten, dienen huisartsen en medisch specialisten lokaal concrete afspraken te maken over deze zorg om de kwaliteit van de te substitueren zorg te kunnen waarborgen en de continuïteit van zorg te garanderen. Het is van belang om lokale knelpunten terug te koppelen aan de landelijke koepelorganisaties, zodat richtlijnen of afspraken op landelijk niveau (LTA's) eventueel kunnen worden aangepast.

Verantwoordelijkheidsverdeling

Uitgangspunt van substitutie is de patiënt zoveel en zo goed mogelijk te behandelen in de eerste lijn om verwijzing naar de tweede lijn te voorkomen óf het verplaatsen van zorgactiviteiten van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Met dat uitgangspunt is het ook logisch dat de huisarts de regie heeft over de zorg van patiënten. Dit voorkomt dat laag-risico patiënten in de tweede lijn behandeld worden en zo onnodige en dure zorg gebruiken.

Bij het organiseren van (lokale) substitutie- en samenwerkingstrajecten tussen eerste- en tweede lijn is het van belang dat samenwerkende beroepsbeoefenaren duidelijke afspraken maken over verantwoordelijkheidsverdeling, onderlinge communicatie en regie. De Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP)¹⁴ biedt hiervoor concrete handvatten.¹⁵

In de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking staat ten aanzien van regie het volgende:

“Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld.

Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.”¹⁶

Naast dit aandachtspunt bevat het document nog 12 andere essentiële aandachtspunten ten aanzien van het borgen van de verantwoordelijkheid voor die situaties waarbij een patiënt door meer dan een zorgverlener wordt behandeld.

Het hoofdbehandelaarschap wordt pas overgedragen aan de medisch specialist als een patiënt daadwerkelijk voor zorg wordt doorverwezen naar de tweede lijn. Bij terugverwijzing van de patiënt naar de eerste lijn wordt ook het hoofdbehandelaarschap weer overgedragen naar de huisarts.

De juridische verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de patiënt, wordt ook beïnvloed door de regels die zijn opgesteld voor de bekostiging van zorg en een hiermee samenhangend hoofdbehandelaarschap. Deze regelgeving kan belemmerend werken bij de praktische implementatie van substitutie van zorg, bijvoorbeeld als een medisch specialist een geneesmiddel moet voorschrijven of een (bijvoorbeeld intra-articulair) injectie moet geven aan een patiënt die officieel geen verwijzing voor tweelijnszorg heeft. Ook over dergelijke praktische consequenties van hoofdbehandelaarschap moet bij de uitwerking van substitutieprojecten een goede analyse gemaakt worden en zijn goede afspraken noodzakelijk.

Om de zorg op elke plek veilig en verantwoorde wijze te kunnen leveren, is het belangrijk om daarvoor aanwezige richtlijnen van de beroepsgroepen te volgen en te monitoren. Een voorbeeld is het monitoren van complicaties zoals postoperatieve wondinfecties bij ingrepen. Het is zowel voor de eerste als de tweede lijn van belang complicaties te registreren, de informatie hierover met elkaar uit te wisselen en dit bij substitutie van zorg gezamenlijk te evalueren.

14. Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP):

Deze NHG-richtlijn biedt huisarts en specialist de basis voor de overdracht van informatie rond het verwijzen van patiënten. De richtlijn wordt in 2016/2017 herzien.

15. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij Samenwerking in de zorg, KNMG 2010

16. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij Samenwerking in de zorg, pagina 9, KNMG 2010

Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van medisch handelen

Huisartsen en medisch specialisten dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor voldoende kennis en vaardigheden bij alle betrokken beroepsbeoefenaren over de gehele reikwijdte van de in samenwerking geleverde zorg. Het is van belang om op lokaal niveau specifieke afspraken te maken over de bijdrage aan na- en bijscholing van de medisch specialist en beschikbaarheid en bereikbaarheid van de medisch specialisten in het project voor de huisartsen in geval van (zorggerelateerde-) vragen en/of complicaties.

Substitutie van zorg en intensievere samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten rond specifieke patiëntgroepen/aandoeningen betekent ook dat alle betrokkenen inzicht en vertrouwen hebben in elkaars kennis en vaardigheden. De huisarts die een bepaalde zorgactiviteit van de medisch specialist overneemt, zal hiertoe bevoegd en bekwaam moeten zijn. Daarnaast biedt het NHG een uitgebreid na- en bijscholingen curriculum voor huisartsen en praktijkmedewerkers. Wat betreft substitutie van een aantal kleine chirurgische ingrepen stelt het NHG dat het volumeaantal voor deze over te nemen zorgactiviteit met name in de beginperiode voldoende moet zijn voor een huisarts om voldoende ervaring op te doen. Dat betekent volgens het NHG dat de eerste 5 à 10 behandelingen onder supervisie worden uitgevoerd¹⁷, hetgeen lokaal ter nadere afstemming is aan de samenwerkende huisartsen en medisch specialisten. Ook in geval van het overnemen van controles van patiënten (inclusief de daarbij behorende diagnostiek) die eerder in de tweede lijn onder controle van de medisch specialist waren en het voor het op juiste wijze verwijzen naar een anderhalvelijns setting is voldoende kennis van de betreffende (vermoedelijke) ziektebeelden essentieel.

Het is wenselijk dat medisch specialisten en huisartsen lokaal afstemmen welke kennis en vaardigheden voor alle betrokkenen in het substitutieproject nodig zijn voor een adequate uitvoering en/of ondersteuning van de betreffende zorgactiviteit en zo nodig hiervoor een gezamenlijk scholingstraject inzetten. De medisch specialist kan bijdragen aan het uitbreiden van de kennis en vaardigheden van de huisarts en voor de medisch specialist is het van belang inzicht te krijgen in de werkwijze in de huisartspraktijk. Ondersteunend personeel vanuit zowel de huisartspraktijk als het ziekenhuis kan door na- en bijscholing en bijvoorbeeld meeloop-dagen in het ziekenhuis of de huisartspraktijk kennis nemen van de respectievelijke werkwijzen.

Locatiegebonden randvoorwaarden

De randvoorwaarden waaraan een locatie moet voldoen om zorg te leveren, liggen vast in de richtlijnen van de IGZ, in kwaliteitsrichtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen en van het NHG, en worden niet beïnvloed door de lijn waarin de zorg plaats vindt. Adequate mogelijkheden tot onderhoud van technisch materiaal en afspraken hierover liggen aantoonbaar vast. Lokaal zal moeten worden vastgesteld welke ruimten, instrumenten etc. nodig zijn om de te substitueren zorg te kunnen leveren en hoe wordt voorzien in adequaat onderhoud van technisch materiaal.

Met veranderende stromen van patiënten en zorgverleners tussen echelons kunnen ook ongewenste micro-organismen meegaan, bijvoorbeeld via patiënten van wie bekend is dat ze drager zijn van een MRSA of een BRMO, of patiënten met geïnfecteerde wonden bij wie voorkomen moet worden dat de verwekker(s) door zorghandelingen kunnen worden overgedragen naar andere patiënten. Dit benadrukt nog eens dat alertheid op hygiënische aspecten belangrijk is.

17. <https://www.nhg.org/veelgestelde-vragen/wat-vindt-het-nhg-van-kleine-chirurgische-ingrepen-uitgevoerd-door-de-huisarts>

De professionele standaard met betrekking tot infectiepreventie wordt gevormd door de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen. Deze richtlijnen vormen het uitgangspunt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij het toezicht op de kwaliteit van zorg. Veel van deze richtlijnen zijn eerder tot stand gebracht met ondersteuning van de de Werkgroep Infectie Preventie (van het RIVM)¹⁸. De richtlijnen betreffen onder meer hygiënemaatregelen en voorschriften voor het reinigen, desinfecteren en steriliseren van instrumentarium, een belangrijk aandachtspunt bij substitutie van bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen. De richtlijn 'Hygiëne en infectiepreventie in de huisartsenpraktijk' is momenteel in revisie (NHG).

Voor de kwaliteit en veiligheid van te substitueren zorg dienen lokaal afspraken gemaakt te worden tussen huisartsen en medisch specialisten over de inzet, het onderhoud en de infectiepreventie van benodigde instrumenten. Waar hiervoor landelijke richtlijnen zijn, dienen die te worden gebruikt. Een voorbeeld hiervan is de richtlijn Point Of Care Testing (POCT) in de huisartsenzorg. Deze biedt handvatten hoe dit toe te passen onder daarbij horende randvoorwaarden ten aanzien van apparatuur, onderzoeksmateriaal, reagentia, uitvoer, reproduceerbaarheid, interpretatie en registratie. Het is van praktische waarde om hierbij aansluiting te zoeken bij hetgeen in het ziekenhuis wordt gebruikt.

Evaluatie van kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg

Monitoring en evaluatie van de effecten van substitutie van zorg, in welke vorm dan ook, is essentieel. Bij gezamenlijke projecten bepalen huisartsen en medisch specialisten op welke wijze de kwaliteit van de gesubstitueerde zorg wordt getoetst en geëvalueerd. Naast het meten van kwaliteit van zorg (uitkomsten) zijn wijzigingen in verwijspatronen, gebruik van tweedelijnszorg en de resultaten uit de complicatieregistratie, belangrijke bronnen voor de evaluatie van de gesubstitueerde zorg. Ook patiënten-ervaringen en patiënttevredenheid dienen opgenomen te worden in de evaluatie van de gesubstitueerde zorg. Daarnaast is het van belang te evalueren wat de ervaringen en tevredenheid zijn van de betrokken zorgprofessionals ten aanzien van de substitutie trajecten en de samenwerking.

Met de uitkomsten van deze evaluaties kunnen zorginhoudelijke aspecten, organisatie en financiering van de substitutie, worden bijgesteld. Het verdient aanbeveling om hierin bestaande initiatieven, waar dit al goed is uitgewerkt, te volgen en waar mogelijk aan te sluiten bij landelijke richtlijnen en handvatten hieromtrent. Daar waar sprake is van ketenzorg is er aandacht voor de samenwerking in de keten bij de kwaliteitsvisitaties van de betrokken vakgroepen.

Het is aan te bevelen dat door de lokale substitutie projectgroep een procedure wordt vastgesteld voor meldingen over de kwaliteit en veiligheid van de gesubstitueerde zorg en de samenwerking tussen beroepsbeoefenaren in eerste- en tweede lijn. Met periodieke evaluatie van de zorginhoudelijke- en procesafspraken kan de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg worden geborgd.

2.2 AANDACHTSPUNTEN VOOR DE ORGANISATIE VAN ZORG

Voor een duurzame realisatie van substitutie tussen eerste- en tweedelijnszorg is een goede organisatie van die zorg in bredere zin een randvoorwaarde. Uit onderzoek blijkt dat bestuurlijke samenwerking tussen partijen een belangrijke kritische succesfactor is. Bestuurders en professionals moeten actief bij het besluitvormingsproces betrokken zijn. Dat vereist van partijen een zekere mate van organisatiegraad en mandaat van vertegenwoordigers in besluitvormingsgremia.¹⁹

18. WIP is een samenwerkingsverband van drie wetenschappelijke verenigingen:

Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

Vereniging voor Infectieziekten

Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg

19. Jan van Es Instituut: 'De succes- en faalfactoren van substitutie', 2016

Bij het opzetten van (lokale) substitutietrajecten dient hiervoor ook aan de organisatorische kant naar een professionele opzet gestreefd te worden. Dat betekent dat er een projectteam van betrokken eerste- en tweedelijns zorgverleners moet worden geformeerd met een projectleider, die daarbij zowel de (betreffende) zorgverzekeraar(s) als de (ziekenhuis)instelling(en) betreft en waarmee een helder en gedegen projectplan wordt opgesteld. Dit wordt bij voorkeur ondersteund door professionals met ervaring op dit gebied.²⁰

De vorm waarin substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg wordt uitgevoerd wordt niet bepaald door de fysieke omgeving waarin de gesubstitueerde zorg wordt geleverd. Substitutie van zorg kan geleverd worden in een specifiek hiertoe opgezette anderhalvelijnsvoorziening, een HOED²¹, een daartoe ingericht multifunctioneel centrum of in het ziekenhuis, mits efficiënt genoeg georganiseerd. Ook zijn meer virtuele vormen van substitutie van zorg mogelijk, waaronder eHealth.²²

Organisatie van substitutie en relatie met kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg

Voor een goede organisatie van substitutie is het van belang dat de beroepsbeoefenaren concrete afspraken maken over het verwijzingsbeleid tussen eerste en tweede lijn en de bereikbaarheid van de medisch specialist voor consultatie. Daarnaast zijn afspraken over de handelwijze in geval van complicaties en/of spoedzorg voor de betreffende patiëntengroep van belang.

Beschikbaarheid patiëntgegevens

Voor de continuïteit van zorg is het eveneens belangrijk dat patiëntgegevens tijdig en voor alle betrokken beroepsbeoefenaren beschikbaar zijn. Daarbij is de minimale eis, zoals die voor alle vormen van zorg en dus ook voor substitutie vormen geldt, dat de patiëntgebonden resultaten bij de (eigen) huisarts aanwezig moeten zijn met een 24/7 inzage-mogelijkheid van actuele gegevens. Er zou ook voor een transmuraal elektronisch dossier kunnen worden gekozen, dat automatisch gevuld wordt vanuit HIS en ZIS. De patiënt zou daar zelf idealiter ook toegang toe moeten kunnen hebben. Dit moet echter niet leiden tot weer nieuwe aparte dossiers. Een mogelijkheid in de (nabije) toekomst is het gebruik hierbij van het 'Persoonlijk Gezondheidsdossier' (PGD) van de patiënt, waarin ook alle transmurale gegevens worden geladen, mits dit aan al de benodigde veiligheidseisen voldoet. Bij het organiseren van de substitutie dient daarom aandacht besteed te worden aan de inzet van ICT-systemen om die beschikbaarheid en veiligheid te garanderen. Voor het welslagen van effectieve substitutie is de beschikbaarheid van informatie essentieel. Het verdient aanbeveling om daarbij zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande informatiesystemen en patiëntendossiers. Dit zal in een apart document nader uitgewerkt moeten worden.

eHealth

Ook als substitutie wordt vormgegeven door samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten via eHealth, is het borgen van continuïteit en veiligheid van zorg essentieel. Substitutie van zorg via eHealth kan niet bestaan uit het louter beantwoorden van e-mail consultatie. Het gebruik van eHealth producten kan substitutie in belangrijke mate faciliteren, mits dit goed geborgd is en aan randvoorwaarden is voldaan: adequate verslaglegging en passende bekostiging van de inzet van huisarts en medisch specialist. In de medisch specialistische zorg bestaan reeds een beperkt aantal te registreren en ten dele declarabele eHealth producten, te weten het 'Screen-to-screen beeldcontact ter vervanging van een fysiek herhaalconsult', 'Teleconsult' en 'Telemonitoring'.²³ Een goed voorbeeld van een ketenzorgproject met gebruik van (getarifeerde) eHealth producten is het ketenzorgproject Atriumfibrilleren van de Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC) in samenwerking met de cardiologen in de regio.²⁴

20. In Nederland zetten zogeheten Regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) zich in voor het realiseren van geïntegreerde eerstelijnszorg en voor versterking van de samenwerking binnen de eerstelijnszorg en tussen eerste lijn- en tweedelijns. Elke regio heeft een eigen ROS. Gezamenlijk vormen ROS'en een landelijk dekkend netwerk. De ROS biedt informatie en advies en is aanjager van projecten. Zorgverleners kunnen een beroep doen op de ROS in de eigen regio.

21. HOED: Huisartsen Onder Een Dak – samenwerkingsverband van meerdere huisartsen al dan niet op één locatie.

22. ZIO (Zorg in Ontwikkeling) – voorheen stichting RHZ Heuvelland – is een eerstelijns zorgorganisatie in Maastricht en omgeving (Heuvelland)

23. 'Screen-to-screen beeldcontact ter vervanging van een fysiek herhaalconsult (190019)', 'Teleconsult (190025)' en 'Telemonitoring (039133)'.

24. <https://www.ghcgroningen.nl/zorgprogrammas/hart-vaatziekten>

Substitutie van eerstelijns diagnostiek

Ten aanzien van substitutie van eerstelijns diagnostiek gelden eveneens dezelfde randvoorwaarden t.a.v. de borging. Hierbij moeten vooraf afspraken vastgelegd worden over indicaties voor diagnostiek, kwaliteit en veiligheid van de uitvoering, advies en consultatie van een medisch specialist en het vastleggen daarvan, alsmede (het vastleggen van) feedback over de uitvoering van de gegeven adviezen. In de tweedelijns instellingen zijn hiervoor standaard operating procedures (SOP's) ontwikkeld waarin onder meer indicatiestelling en criteria voor het afhandelen van bepaalde situaties zijn opgenomen, evenals een kwaliteitskader rondom de scholing van uitvoerend personeel. Dit geldt tevens voor (nieuwe) substitutietrajecten waarbij ook diagnostiek wordt verplaatst. Samenhang en verbinding tussen eerste- en tweedelijns diagnostiek draagt bij aan de kwaliteit en efficiency in het diagnostisch proces. Het voorkomen van onnodige- of dubbeldiagnostiek en het krijgen van gericht advies over diagnostiek en vervolgens de behandeling met geneesmiddelen of bloedproducten kan juist plaatsvinden dóórdát er een continuüm is met een sluitende informatieketen. Een voorbeeld is de registratie van in eerste lijn uitgevoerde diagnostiek in het Huisartseninformatiesysteem conform ADEPD richtlijnen²⁵. Dit maakt dataconnecties en toegankelijkheid van de gegevens voor andere bij de patiënt betrokken professionals mogelijk.

Aansprakelijkheid

Waar eerste- en tweedelijns beroepsbeoefenaren nadrukkelijker met elkaar samenwerken in een substitutietraject dient duidelijk te zijn welke beroepsbeoefenaar eindverantwoordelijk is voor de geleverde zorg. Voor enkelvoudige zorgactiviteiten die worden gesubstitueerd van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk is de huisarts eindverantwoordelijk voor de zorg. In ketenzorgtrajecten waarbij de zorg primair vanuit de huisartsenpraktijk worden georganiseerd en uitgevoerd is dit eveneens het geval. De medisch specialist is verantwoordelijk voor de door hem geleverde zorg in het ziekenhuis. Dat laat onverlet dat beide partijen een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor een goede organisatie van zorg waarin de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de gesubstitueerde zorg en de samenwerking tussen eerste- en tweede lijn, gewaarborgd is. Het maken en vastleggen van goede samenwerkingsafspraken is daarom relevant. Hierbij is het van belang ook praktische afspraken te maken over de uitvoering van gegeven adviezen, het voorschrijven (en door wie) van medicatie, hoe om te gaan met patiënten bij een 'regiopoli consult' als daar een kleine verrichting bij dient te geschieden (injectie, biopt, kleine verrichting), etc. Dit om onduidelijkheid, onzekerheid en eventueel vertraging in de uitvoering van adviezen voor de patiënt en diens zorgverleners te voorkomen. Daarbij is het tevens van belang vast te leggen tot hoever de adviesrol van de medisch specialist reikt bij zorg die in de eerstelijns setting plaats vindt.

Ook patiënten dienen goed geïnformeerd te worden over het wijzigen van zorgprocessen en zouden hierin de keuze moeten hebben of zij behandeld willen worden door de huisarts of de medisch specialist.

In dit kader is het ook van belang om te kijken naar aansprakelijkheid als er zaken niet gaan zoals gewenst en bedoeld. Het lijkt daarbij van belang om hierover enerzijds juridisch advies vooraf te vragen en anderzijds daarvoor financiële dekking d.m.v. een aansprakelijkheidsverzekering te regelen.

Organiseren van de evaluatie van substitutie van zorg

Evaluatie van substitutie van zorg draagt bij aan het borgen van de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg. Dit is bij voorkeur te organiseren door gestructureerde bijeenkomsten van eerste- en tweedelijns beroepsbeoefenaren met periodieke bijeenkomsten. Naast onderlinge afstemming en kennisoverdracht kan tijdens deze bijeenkomsten ook feedback worden gegeven over de organisatie en logistiek van de substitutie. Wat gaat goed, wat kan beter, wat moet anders? Daarbij is het van belang om ook de mening van de patiënt en betrokken zorgprofessionals te peilen, wat kan via tevredenheidsonderzoeken. Het verdient aanbeveling om een externe deskundige (onderzoeker) hierbij te laten ondersteunen. Deze kan de feedback en kwaliteitsevaluatie(s) verzamelen en analyseren, zodanig dat daaruit lering kan worden getrokken en de (afspraken over) substitutie van zorg bijgesteld kunnen worden. De regionale eerstelijns ondersteuningsorganisaties bieden deze expertise. In sommige substitutie projecten wordt de onderzoeker geleverd door een huisartsen instituut (waar ook de huisartsenopleiding wordt gecoördineerd).

25. Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier, NHG 2013

2.3 AANDACHTSPUNTEN VOOR DE FINANCIËLE ORGANISATIE VAN SUBSTITUTIE

Substitutie van zorgactiviteiten van tweede- naar eerste lijn heeft financiële gevolgen voor zowel het ziekenhuis, de medisch specialisten als de huisartsen en huisartsenpraktijken/eerstelijns gezondheidscentra. Bij het opstellen van een plan van aanpak voor lokale substitutie van een specifieke zorgactiviteit past een uitgebreide analyse van de financiële consequenties van de substitutie van tweede naar eerste lijn. Hiervoor moet de projectgroep, ondersteund door een ter zake deskundige professional, een realistische 'business case' opstellen voor het geheel en eventueel op onderdelen.

Beschikbaarheid van budget

Uit eerdere ervaringen blijkt het vrijmaken van voldoende landelijk (en lokaal) gealloceerd budget, waaraan een (medisch) inhoudelijke agenda ten grondslag ligt, een belangrijke randvoorwaarde om substitutie van zorg te faciliteren en (afdoende) te kunnen realiseren. Daarnaast blijkt het lastig om gerealiseerde substitutie goed meetbaar en inzichtelijk te maken. Ook is in lokale projecten gebleken dat het ontbreken van structurele financiering(afspraken) een belangrijke bottleneck is bij het opstarten, opschalen en inbedden van substitutie projecten.

Bovenstaande staat nog los van de wijze waarop substitutie, landelijk gezien, wordt gefinancierd. Indien substitutie van zorg uit het eerstelijns kader wordt gefinancierd, dient dat kader daarvoor afdoende (verhoogde) ruimte te bieden. Mocht substitutie van zorg gefinancierd worden door overheveling van budget van bijvoorbeeld tweedelijns- naar eerstelijns kader, geldt hiervoor ook de randvoorwaarde dat hieraan een inhoudelijke substitutie-agenda ten grondslag ligt. Geld volgt de zorg. Het budget dat landelijk voor substitutie vrijgemaakt wordt, zou moeten worden vertaald naar lokaal of regionaal te alloceren budget, om de financiering van lokale en/of regionale substitutie projecten mogelijk te maken. Daarbij is de genoemde onderliggende inhoudelijke agenda met samenwerkingsafspraken tussen eerste- en tweedelijns, belangrijk, aangezien substitutie van zorg anders niet (afdoende) van de grond zal komen. Deze handreiking geeft de kaders en randvoorwaarden weer voor deze inhoudelijkheid. Daarbij is het van groot belang dat de werkelijke realisatie van substitutie ook lokaal en/of regionaal gemeten en gemonitord wordt om de verwachting van doelmatigheid te kunnen aantonen.

Afspraken over patiëntengroepen en/of ziektebeelden

Bij het opzetten van (lokale) substitutie projecten is het, zeker zolang er budgettaire 'schotten' bestaan tussen eerstelijns financiering enerzijds en tweede- (en derde-) lijns financiering anderzijds, van groot belang om goede afspraken te maken over 'patiëntengroepen en/of ziektebeelden selectie' die in aanmerking komen voor substitutie. Met name in geval van een vorm waarin expertise van de medisch specialist wordt gevraagd, zoals bij anderhalvelijns zorg. Het is daarbij namelijk van belang om geen (of zo min mogelijk) kosten te maken voor de inzet van specialistische expertise buiten de tweedelijns, als de kans groot is dat deze patiënten alsnog doorverwezen zullen worden naar de medisch specialistische zorg. Als patiënten in een anderhalvelijnssetting worden (mee-) behandeld door de medisch specialist en alsnog worden doorverwezen naar het ziekenhuis, worden 'dubbele' kosten gemaakt, waardoor er al snel niet doelmatig meer gewerkt kan worden. Er volgt dan immers zowel een declaratie vanuit de anderhalvelijns als uit het ziekenhuis, als daar een DBC-DOT wordt geopend. Het verdient aanbeveling dat huisartsen en medisch specialisten in het kader van lokale substitutieprojecten over patiëntengroep- en ziektebeeld selectie vooraf (mede in afstemming met de zorgverzekeraar) afspraken maken, dit evalueren en hierover achteraf feedback delen.

Financiële afspraken

Hoewel de zorginhoudelijke afspraken de aanleiding en het centrale aandachtspunt van het substitutietraject dienen te zijn, moeten randvoorwaardelijke en financiële aspecten vanaf het begin van elk project worden meegenomen. Door tijdig aandacht te hebben voor de eventuele financiële gevolgen, zowel voor beroepsbeoefenaren als voor de ziekenhuisfinanciering, kan zo mogelijk worden voorkomen dat dit in een later stadium de zorginhoudelijke afspraken blokkeert. Uit recent onderzoek in 12 substitutieprojecten blijkt dat het niet bespreken van de vergoeding van de inzet van zowel de huisarts als de medisch specialist in anderhalvelijnszorg/ substitutieprojecten, een belangrijke 'faalfactor' is.²⁶ Het blijkt bijvoor-

26. Jan van Es Instituut i.o.v. VvAA, 2016: De succes- en faalfactoren van substitutie. Twaalf regionale samenwerkingsprojecten in de zorg onder de loep.

beeld dat het toekennen van duidelijk lager vergoedingen voor zorgactiviteiten die in substitutieprojecten door de huisarts en/of medisch specialist worden uitgevoerd, kunnen leiden tot blokkades in de voortgang van substitutie projecten. Uitgangspunt dient te zijn dat de expertise van de huisarts en medisch specialist niet gebonden is aan de omgeving waarin hij/zij deze levert en dat hiervoor dus eenzelfde 'markt conform' tarief beschikbaar dient te zijn.

Een andere belangrijke factor voor het welslagen van een substitutietraject is het tijdig betrekken van zowel de zorgverzekeraars als het management van de instelling. Zorgverzekeraars kunnen de projectgroep adviseren en zo mogelijk ondersteunen met (financiële-) informatie die nodig is om tot een adequate businesscase te komen. Ook de (lokale/regionale) patiëntenvereniging(en) dienen op tijd en al tijdens het voorbereiden van het substitutie initiatief betrokken te worden.

Voor het ziekenhuis of andere instelling en de huisartsenpraktijk zijn de potentiële financiële- en personele consequenties die substitutie van zorg met zich mee kan brengen relevant voor de korte- en langere termijn. Het is daarom van belang dat de zorgverzekeraar en/of overheid bereid is meerjarenafspraken te maken en zo mogelijk 'transitiegelden' beschikbaar stelt ter overbrugging van de financiële gevolgen die de beoogde substitutie kan hebben. Dit zal apart nader (in een specifiek document) dienen te worden uitgewerkt.

Substitutie van zorg kan niet financieel worden afgedwongen door vooraf significante budgetverlaging bij het ziekenhuis neer te leggen zonder gedegen inzicht in de feitelijke realisatie van verplaatste zorg. Partijen dienen zich ervan bewust te zijn dat substitutie van zorg een meerjarentraject is en veelal vraagt om investering in onder meer kennis en organisatie. In de business-case dient dan ook een goede analyse van de benodigde investeringen te worden opgenomen.

Monitoren en evalueren van financiële effecten

Het goed monitoren van de financiële effecten van substitutie van zorg op basis van werkelijk gerealiseerde substitutie is tevens van belang, waarbij bijvoorbeeld het effect hiervan op het totale budgettaire kader zorg (BKZ) kan worden doorgerekend en waarbij beoordeeld kan worden of er d.m.v. substitutie minimaal een afremming van de stijging van de zorgkosten bewerkstelligd wordt. Dat betekent dat bij de uitwerking van het substitutieproject ook duidelijke financiële parameters geformuleerd moeten worden om het financiële effect van substitutie daadwerkelijk meetbaar te maken. Gerealiseerde doelmatigheids-winst/shared savings moeten geïnvesteerd worden in verdere optimalisatie van zorgprocessen, kwaliteit van zorg en de voortgang van de substitutie van zorg.

Een aanbeveling is om de (opzet en) evaluatie van de financiële organisatie en de effecten van substitutie op professionele wijze uit te voeren. Het kan relevant zijn om in de evaluatie van de financiële organisatie van het substitutieproject ook te kijken naar de (historische) uitgangssituatie, opstart-effecten, investeringen, lokale omstandigheden, veranderingen in de tijd, effecten die wel en niet meetbaar zijn, etc. Begeleiding en ondersteuning door een deskundige, extern of in samenspraak met de zorgverzekeraar, is hierbij aan te bevelen. Deze kan als onafhankelijke partij de effecten inzichtelijk maken, waaruit lering kan worden getrokken om de substitutie van zorg zo nodig bij te stellen.

Het bij een wat omvangrijker substitutieproject aanstellen van een onderzoeker (bijvoorbeeld van een huisartsinstituut of gezondheidszorg opleiding) in de (lokale) projectgroep, die alle aspecten rondom het substitutietraject kan monitoren, evalueren en hier feedback over kan geven, kan van veel waarde zijn. Deze onderzoeker kan het overzicht houden. Niet alleen over aspecten betreffende de (borging van) kwaliteit, veiligheid, continuïteit van zorg, organisatorische- en 'tevredenheids'-aspecten, maar ook t.a.v. de financiële consequenties en realisaties alsmede de voortgang daarvan. Dit bij voorkeur op vooraf vastgestelde evaluatie momenten.

Businesscase(s)

Zoals genoemd is het van groot belang om (een) goede businesscase(s) op te stellen voor het substitutieproject. Daarin dient rekening gehouden worden met de onderstaande punten met betrekking tot de financiering, hieronder beperkt opgesomd en nader uit te werken in een separaat document²⁷:

- Het in kaart brengen van (realisaties van) zorgkosten gemoeid met de verwijspatronen en consulten in de uitgangssituatie (integrale DBC-DOT tarief) door de ziekenhuis declaratie codes aan ICPC codes in de huisartsenpraktijk te linken voor de patiënten-doelgroepen in het substitutieproject.
- Het vaststellen van tarieven met betrekking tot substitutie trajecten en -verrichtingen en keuzes in uniforme- of gedifferentieerde tarieven o.b.v. de te maken kosten en het daarmee kunnen begroten van zorgkosten die gemoeid zullen zijn met de substitutie van zorg. Daarbij moet gedacht worden aan incidentele en structurele projectkosten, kosten van substitutie consultvormen (honorering zorgprofessionals, ondersteunend personeel, ruimtelijke voorzieningen, ICT, aanvullend onderzoek, materiaal, etc.).
- Inschatten van aantallen patiënten die voor substitutie in aanmerking komen o.b.v. de samenwerkingsafspraken en keuzes in patiëntengroepen en ziektebeelden. Bekende verwijspatronen in ziekenhuis en huisartsenpraktijk kunnen daarbij gebruikt worden.
- Op tijdbesteding gebaseerde 'marktconforme' honorering van de zorgprofessionals (huisarts en medisch specialist).
- Afspraken maken in de projectgroep en met de zorgverzekeraar over het in prognose begroten en in realisatie monitoren van bovengenoemde kosten, waarbij gebruik kan worden gemaakt van het registreren van 'dummy-DBC's' in sommige substitutievormen, en dit meenemen in de businesscase berekeningen. Voorts afspraken maken over eventuele voorfinanciering door de zorgverzekeraar van het substitutieproject en project- en aanloopkosten daarbij.
- In de businesscase transparantie bieden t.a.v. de vaste en variabele-, structurele-, niet-structurele- en projectmatige kosten.
- Overeenstemming tussen de bij de substitutie van zorg betrokken partijen bereiken t.a.v. transitiekosten, meerjarenafspraken en de bestemming van doelmatigheidswinst c.q. shared savings.

Door TNO en ZonMW is een digitale businesscase ontwikkeld. Met behulp van dit instrument kan een business case worden gemaakt voor vernieuwingen in de eerstelijnszorg. Stapsgewijs kan voor een aantal variabelen worden beoordeeld welke verschillen er zijn tussen de oude en de nieuwe situatie. <http://www.businesscase-eerstelijns.nl/Introductie.aspx>

Het Jan van Es Instituut heeft in opdracht van het ROS-netwerk de substitutiethermometer ontwikkeld. De thermometer bestaat uit vijftien factoren die van belang zijn bij substitutie. De factoren zijn ingedeeld aan de hand van een factor, een persoon of de organisatie die bij de factor hoort. Een negatieve score geeft een mogelijk risico weer, een positieve score een mogelijke kans. Het scoren is subjectief; het kan helpen bij het afwegen van mogelijke substitutie in de regio. <http://www.zorgopdejuisteplek.nl/toolbox/substitute-atlas>

27. Nadere uitwerking van bekostigingsaspecten van substitutie volgt op termijn.

Bijlage 1

Checklist voor de projectgroep t.b.v. lokale implementatie van substitutie van zorg

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE KWALITEIT, VEILIGHEID EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG

- Welke zorgactiviteit(en) word(t)(en) precies gesubstitueerd?
- Hoe wordt de kwaliteit van de te substitueren zorgactiviteit gewaarborgd?
 - Aan welke kwaliteitseisen (vanuit tweede lijn, eerste lijn en zorgverzekeraar) dient de te leveren zorg te voldoen?
 - Welke kwaliteitseisen zijn er ten aanzien van de beroepsbeoefenaar die de zorgactiviteit uitvoert?
- Hoe wordt de te substitueren zorg geëvalueerd?
 - Hoe wordt de kwaliteit van de gesubstitueerde zorg gemeten?
 - Hoe is de periodieke evaluatie van het substitutietraject met beroepsbeoefenaren zelf geregeld?
 - Hoe is het meten van tevredenheid en ervaren kwaliteit bij patiënten geregeld?
- Hoe is het meten van tevredenheid en perceptie van kwaliteit bij de betrokken zorgprofessionals geregeld?

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE ORGANISATIE VAN SUBSTITUTIE

Het wordt aanbevolen om een projectgroep op te zetten van (gemandateerde) eerste- en tweedelijns beroepsbeoefenaren en om een vertegenwoordiging vanuit het ziekenhuis en de zorgverzekeraar daarbij te betrekken. Bij voorkeur is er ook sprake van patiëntenparticipatie. De projectgroep stelt een projectplan en projectverslag op t.a.v. alle randvoorwaarden, en een praktische invulling van het (de) substitutieproject(en). Over de volgende onderwerpen moeten binnen het projectplan concrete zorginhoudelijke werkafspraken worden vastgelegd:

- te gebruiken protocollen en richtlijnen;
- inzet van diagnostiek en diagnostische consultatie;
- verwijzbeleid (van eerste naar tweede lijn en vice versa);
- bereikbaarheid en consultatie van betrokken beroepsbeoefenaren;
- handelswijze in geval van complicaties en/of spoedeisende zorg die samenhangt met de gesubstitueerde zorgactiviteit;
- beschikbaarheid en overdracht van patiëntgegevens;
- inzage van gegevens door betrokken beroepsbeoefenaren/patiënten;
- vastleggen van regie, (eind)verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg en het zorgproces en aspecten van aansprakelijkheid daarbij.

Daarnaast moeten er afspraken gemaakt worden over het informeren van patiënten en het afhandelen van klachten van patiënten en/of zorgverleners, en moet er een cyclus komen voor evaluatie en feedback op zorginhoudelijke- en organisatorische aspecten van de gesubstitueerde zorg.

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE FINANCIËLE ASPECTEN VAN SUBSTITUTIE

Het advies is om voor de substitutie van zorgactiviteiten een goede businesscase op te stellen waarin onder meer de volgende vragen zijn uitgewerkt:

Registreren en meten zorgactiviteiten en patiëntenstromen

- Welke zorgactiviteit(en) worden precies overgedragen van tweede naar eerste lijn?
- Welke ICPC-codes en/of welke DBC-zorgproducten betreft dit?
- Welke (onderdelen uit) welke DBC-DOT zorgproducten en/of zorgactiviteiten betreft dit?
- Wat zijn de kosten van deze zorgactiviteiten in de betreffende zorgproducten/DBC's?

- Zijn afdoende data aanwezig om op basis hiervan prognoses te berekenen?
- Hoe kunnen deze over te dragen zorgactiviteiten in het substitutietraject worden gekenmerkt (bijvoorbeeld door het registreren van "dummy-DBC's" bij het verrichten van gesubstitueerde zorg)?
- Hoe worden wijzigingen van patiëntenstromen en verwijzingen (en de betreffende zorgactiviteiten) zichtbaar en meetbaar gemaakt en in de tijd te volgen (t.o.v. de historie en uitgangsjaar)?

Kosten en prijzen

- Welke (vaste en variabele, structurele en niet-structurele dan wel projectmatige) kosten moeten gemaakt worden om de activiteit in de huisartsenpraktijk/anderhalvelijn uit te voeren? Denk daarbij aan:
 - inzet huisarts en/of medisch specialist;
 - inzet ondersteunend personeel;
 - materialen;
 - investeringen (instrumenten, opleiding, ICT-voorzieningen etc.);
 - kosten van (extra) diagnostiek;
 - kosten/honorarium van (onderlinge) consultatie van medisch specialist/huisarts;
 - jaarlijks terugkerende kosten van bijvoorbeeld opleiding/certificering/ICT-licentie, etc.;
 - kosten voor de organisatie van substitutie (projectteam, structureel overleg, extern advies/begeleiding).
- Wat is de kostprijs en verkoopprijs (tarief) van de zorgactiviteit die wordt gesubstitueerd?

Afspraken kostentarief en honorarium

- Welke afspraken kunnen worden gemaakt t.a.v. het (basis)tarief (bijvoorbeeld uniform of gedifferentieerd) voor de substitutie zorgvormen t.a.v. de patiëntengroepen en specialistische ondersteuning?
- Is de (marktconforme) honorering van de zorgprofessionals (huisarts en specialist) helder afgesproken, schriftelijk vastgelegd en geregeld?
- Wat zijn de afspraken over (welke) diagnostiek binnen het basisconsult tarief (valt) en (welke) (aanvullende, eerstelijns-) diagnostiek daarbuiten?

Effecten en risico's

- Wat is de potentiële besparing in de tweede lijn als deze zorg door de eerste lijn wordt uitgevoerd?
- Welke neveneffecten zijn te verwachten?
- Kan een inschatting worden gemaakt van het financiële effect op de tweedelijnszorg?
- Wat is het effect van het verplaatsen van de zorgactiviteit op het (al dan niet moeten aanspreken van) eigen risico van de patiënt?
- Wat zijn risico's die een succesvol verloop kunnen belemmeren?
- Hoe worden (die) risico's afgedekt?

Afspraken t.a.v. kosten organisatie en monitoring

- Welke kosten moeten worden gemaakt om de substitutie te organiseren? (Denk aan kosten van de projectgroep, managementondersteuning, organisatorisch overleg, aanstellen (professioneel) onderzoeker, etc.)
- Welke afspraken worden gemaakt in het kader van monitoring van kosten en effecten?
- Met welke verwijzpercentages van de huisartsen (groepen) te rekenen?
- Hoe is kwantitatief de prognose van de opbouw m.b.t. patiënten aantallen in de tijd te becijferen, rekening houdend met een aanlooperperiode voor het verwijzen in het begin van het substitutieproject?
- Hoe worden realisaties van doelmatigheidswinsten/shared savings gemonitord en welke afspraken kunnen worden gemaakt over de bestemming daarvan?

Betrekken zorgverzekeraar en instelling

- Op welke manier is de zorgverzekeraar betrokken bij de uitwerking van het substitutietraject? Welke rol vervult de zorgverzekeraar (faciliterend, financieel etc.)?
- Op welke manier is de ziekenhuisinstelling betrokken bij de uitwerking van het substitutietraject? Welke financiële- en organisatie effecten op korte- en lange termijn zijn er voor de ziekenhuisinstelling te verwachten? Op welke wijze kan hiervoor gecompenseerd worden (meerjarenafspraken en/of transitiegelden in samenspraak met de zorgverzekeraars)?

Bijlage 2

Achtergronden substitutie

DE ORGANISATIE VAN ZORG IN NEDERLAND

De gezondheidszorg in Nederland is georganiseerd in nuldelijns²⁸, eerstelijns-, tweedelijns en derdelijnszorg. Traditioneel wordt de zorg die huisartsen bieden als eerstelijnszorg aangeduid en de medisch specialistische zorg in de ziekenhuizen als tweede- en derdelijnszorg (zorgaanbod in respectievelijk algemene- en academische ziekenhuizen). Deze indeling heeft zijn oorsprong in de wijze waarop de betreffende zorg toegankelijk is en in de gescheiden wijze van financiering en budgettaire kaders, zoals door de overheid in wetgeving vastgelegd. Kenmerkend en uniek voor het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg is de sterke positie van de huisarts als specialist van veelvoorkomende aandoeningen en als 'poortwachter'. Medisch specialistische zorg in de tweede- en derde lijn is (buiten spoedsituaties) slechts toegankelijk met een verwijzing hiertoe van de huisarts. De huisarts is het eerste aanspreekpunt van de patiënt en beoordeelt de zorgvraag en bepaalt de zorgbehoefte samen met de patiënt. Veelvoorkomende zorgvragen behandelt de huisarts zelf of met doorverwijzen naar andere eerstelijnsaanbieders. Voor meer complexere zorgvragen en zeldzamer voorkomende aandoeningen kan de huisarts gericht doorverwijzen naar tweedelijnszorg. Op deze wijze speelt de poortwachter een essentiële rol in het leveren van "de juiste zorg op de juiste plek" en de beheersing van de zorgkosten. Hoewel in de toekomst de (financiële) 'schotten' tussen deze 'lijnen' waarschijnlijk steeds meer zullen vervagen en/of de financiering heel anders zal worden ingericht, wordt in dit document nog uitgegaan van onderscheid in eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Waar verder over tweedelijnszorg wordt gesproken, valt ook eventuele derdelijnszorg daarin. Het zorgaanbod dat door de huisarts en medisch specialist wordt geleverd beslaat het overgrote deel van de curatieve zorg in Nederland. Door de samenwerking tussen de huisarts en de tweedelijns zorgprofessionals kwalitatief te verbeteren en verder te intensiveren, kan de poortwachtersfunctie van de huisarts worden versterkt en kan de juiste zorg op de juiste plek worden geboden met voor de patiënt betere zorg als resultaat.

OVERHEIDSBELEID EN SUBSTITUTIE

In het huidige overheidsbeleid staat het belang van een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg centraal. Demografische- en technologische ontwikkelingen leiden tot een steeds verder toenemende vraag naar (complexe) zorg. Om de kosten van die toenemende zorgvraag te beheersen en de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, wordt onder meer ingezet op substitutie van medisch specialistische zorg naar de huisartsenzorg en het organiseren van zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt.²⁹

Substitutie van zorg beantwoordt aan meerdere doelstellingen:

Verschuiving van (duurdere) ziekenhuiszorg van de derde- naar de tweede lijn, van tweede lijn naar eerste-/anderhalvelijnszorg of naar het niveau van thuiszorg en welzijn, met als doel:

- Kostenreductie middels doelmatigheid, kosteneffectiviteit en besparingen om zo de zorg betaalbaar te houden;
- Zorg toegankelijk en laagdrempelig te maken/houden;
- Zelfmanagement en zelfzorg van de patiënt stimuleren;
- Zorg dichterbij de patiënt te leveren;
- Kennisuitwisseling tussen 2e (en 3e) en 1e lijn: persoonlijker en laagdrempeliger overleg tussen zorgprofessionals mogelijk maken en organiseren om zo de juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren

28. Nuldelijnszorg: de zorg die gegeven wordt door mantelzorgers, vrijwilligers en familie. <http://www.encyclo.nl/lokaal/10578>

29. RVZ: Ziekenhuislandschap 20/20: Niemandslaan of Droomland

Bij substitutie van medisch specialistische zorg gaat het vooral om het verplaatsen van medisch specialistische zorg vanuit de derde- naar de tweede lijn en van de tweedelijns naar andere (meestal eerstelijns-) beroepsbeoefenaren en locaties. Ook anderhalvelijns zorg, waarover in dit document en elders wordt gesproken, valt onder substitutie van zorg van de tweede- naar de eerstelijnszorg.

Een andere benadering van substitutie van zorg gaat uit van het voorkómen van zorg in de tweede lijn. Met het verplaatsen van het zorgaanbod van de tweede- naar de eerste-/ anderhalvelijnszorg wordt niet alleen beoogd om de zorg tegen lagere kosten uit te voeren, maar ook het aantal verwijzingen van patiënten naar medisch specialistische zorg te verminderen. Het aantal verwijzingen van de huisarts naar de medisch specialist wordt in dit kader gezien als belangrijke indicator van het succes van substitutie. Kennis van de verwijspatronen van huisartsen naar de tweede lijn geeft inzicht voor wie, waarvoor, hoe vaak en waar naartoe wordt verwezen. Het geeft echter alleen inzicht over de instroom in de tweede lijn en niet over het daadwerkelijk gebruik van zorg en de kosten van zorg in de tweede lijn, noch over patiënten die terugverwezen zijn/kunnen worden. Het beoordelen van de mate van succes van (lokale) substitutie van zorg is complexer en kan niet louter op basis van veranderingen in verwijspatronen worden beoordeeld.

Voor de LHV en de Federatie Medisch Specialisten is lokale samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten het primaire uitgangspunt voor substitutie van zorgactiviteiten.

ANDERHALVELIJNSZORG EN EHEALTH

Anderhalvelijns zorg is een term waarover nog veel verwarring lijkt te bestaan en die door verschillende gremia op verschillende wijze wordt ingevuld. In notities van onderzoek en beleid blijken verschillende definities van anderhalvelijnszorg te bestaan:

- "Een centrum met eerstelijns zorgverleners en een polikliniek van een ziekenhuis" (VWS 2008b).
- "Een verschuiving van gespecialiseerde ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg dicht bij huis, waar mogelijk" (NIVEL 2010).
- "Het plaatsvinden van tweedelijns activiteiten in de eerste lijn. Dit hoeft dan overigens niet te betekenen dat er samenwerking is tussen de verschillende zorgverleners" (NIVEL 2010).
- "De plaats waar tweedelijns expertise wordt geïntegreerd met eerstelijns functies" (RVZ 2011a).
- "Tussenvorm van zorg, tussen eerstelijnszorg (huisartsen, fysiotherapeuten) en tweedelijnszorg (ziekenhuiszorg)". Het 'Zorgwoordenboek.nl' (Ben Ipenburg, versie maart 2013)

De Bakker e.a.³⁰ geven aan dat ook in de zorgpraktijk geen eenduidigheid is over het begrip anderhalvelijnszorg. Zij noemen een aantal voorbeelden van uiteenlopende activiteiten die vaak tot anderhalvelijnszorg worden gerekend:

- Bedden in een eerstelijnscentrum met consultatie van een medisch specialist;
- Diagnostische poliklinieken die worden gerund door ziekenhuizen;
- Gespecialiseerde verpleegkundigen die vanuit het ziekenhuis complexe thuiszorg leveren in de wijk;
- Geboortezorghotels.

Kenmerkend voor anderhalvelijnszorg is dat het zorg betreft op het grensvlak van eerstelijnszorg en eenvoudige tweedelijnszorg, geleverd door (gedifferentieerde) huisartsen en/of medisch specialisten, vooralsnog meestal bekostigd vanuit het eerstelijns budgettair kader en meestal onder (primaire) regie van de huisarts. De medisch specialistische expertise is hierbij echter nog wel benodigd ten aanzien van advisering van de huisarts voor behandeling en verdere controle van de patiënt, doch wordt niet geleverd in een tweedelijns instelling en –kader.

30. Bakker, D. De, J.E. de Wildt & P. Polderdijk. 2011. Anderhalve lijn kan zorgen substitutie en behoud van kennis. De eerstelijns. Nr. 6 pp. 16-18. Juli/augustus 2011

Anderhalvelijnszorg kan op verschillende wijze en in verschillende vormen worden ingericht: middels het opzetten van zogeheten 'regiopolis's' waar de medisch specialist de patiënt zelf poliklinisch ziet in een gecentraliseerde eerstelijns setting zoals een anderhalvelijns centrum of andere anderhalvelijns voorziening (meestal buiten de eigen huisarts praktijk en buiten de poorten van een ziekenhuis), gezamenlijk spreekuur met de huisarts in diens eigen praktijk ('consult carousel') en andere vormen, al dan niet gebruik makend van eHealth toepassingen. In dit kader wordt vaak de term 'meekijkconsulten' genoemd, doch dat kan verschillend uitgelegd worden: meekijken kan letterlijk of figuurlijk worden geduid en het gaat juist om de fysieke uitvoering ervan met het oog op de patiënt, die hierin centraal staat. Voor al deze vormen en toepassingen is het goed beschrijven en vastleggen van inhoudelijke- en randvoorwaardelijke samenwerkingsafspraken in heldere kaders essentieel, zodat het zorgaanbod lokaal en regionaal goed kan worden vormgegeven en uitgevoerd: dat is de kern van deze Handreiking Substitutie.

eHealth toepassingen kunnen in de genoemde substitutievormen (mits op adequate en passende wijze gebruikt) primaire verwijzingen voorkomen, doch ook een prima hulpmiddel zijn en ingezet worden om beter/gericht te verwijzen van eerste- naar tweedelijns en terugverwijzing van medisch specialistische zorg naar anderhalve- of eerstelijnszorg te faciliteren en ondersteunen. De praktische implementatie van eHealth en het traject van het opzetten daarvan t.a.v. producten, verslaglegging/patiëntendossier, regie, (eind)verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid, vergoeding, etc. valt buiten het bestek van deze Handreiking Substitutie.

Het kunnen gebruiken van geborgde eHealth producten kan substitutie echter in belangrijke mate faciliteren, mits voldaan is aan randvoorwaarden: adequate verslaglegging en een passende vergoeding van de inzet van zowel de verwijzend huisarts die advies vraagt en uitvoert als de medisch specialist die de vraagstelling beoordeelt en advies geeft.

IMPLEMENTATIE VAN SUBSTITUTIE

Substitutie van medisch specialistische zorgactiviteiten naar de eerste lijn is geen nieuwe ontwikkeling. Technologische- en epidemiologische ontwikkelingen hebben geleid tot een verschuiving van zorg van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk. Zo vindt de behandeling en begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2 inmiddels vrijwel volledig plaats in de eerste lijn. Vanuit overheidsbeleid zijn ook diverse aanpassingen in de structuur en bekostiging van het zorgstelsel aangebracht om zorgaanbieders en zorgverzekeraars de gelegenheid te bieden om patiënten meer "zorg op de juiste plek" te bieden en te komen tot substitutie:

- Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn zorgprestaties functioneel beschreven. Dat betekent dat de aard en inhoud van de te leveren zorgprestaties en het kwaliteitsniveau is omschreven, en niet, zoals voorheen gebruikelijk, de specifieke zorgverlener die deze zorg dient te leveren. Daarmee is ruimte ontstaan voor het bevorderen van "zorg op de juiste plek".
- Veranderingen in de bekostiging van huisartsenzorg en medisch specialistische zorg vormen de financiële kaders om te komen tot substitutie; vrij onderhandelbare tarieven voor zorgactiviteiten in het B-segment van medisch specialistische zorg en nieuwe tarieven en prikkels in de huisartsenbekostiging om tweedelijns zorgactiviteiten op te pakken. Ook in de huidige bekostigingsstructuur zijn diverse mogelijkheden beschikbaar om substitutie te realiseren.

Meekijkconsult

Met ingang van 2015 heeft de NZa het declareren van het "Meekijkconsult" mogelijk gemaakt. De prestatie kan door of via een huisarts gedeclareerd worden wanneer de expertise van gespecialiseerde zorgaanbieders ingeroepen wordt zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan een consultatie zijn van een medisch specialist, maar ook van andere experts in het zorgveld. Doel moet zijn om verwijzing te voorkomen of, als verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar.

Dit meekijkconsult blijkt echter niet universeel landelijk toepasbaar en wordt (door zorgverzekeraars) van randvoorwaarden voorzien, die het gebruik van het meekijkconsult niet erg aantrekkelijk maakt. De vorm waarin dat nu is uitgewerkt, is zijn doel voorbij geschoten in vergelijking met de oorspronkelijke opzet zoals bedoeld. Daarbij ging het om een meer geborgde en voor vergoeding in aanmerking komende consultatie van een medisch specialist door een huisarts om daarmee een verwijzing naar de tweede lijn zo mogelijk te (kunnen) vermijden. Hiervoor kan beter een landelijk universeel toepasbare geborgde eHealth consultvorm worden aangemaakt.

- Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg" (VWS)
- Sinds 2010 vindt integrale bekostiging van ketenzorg voor drie chronische ziekten plaats: diabetes mellitus, COPD en CVRM. Hierdoor is het mogelijk dat zorgverzekeraars één prijs afspreken met een hoofdaannemer voor de diagnostiek en behandeling van deze aandoening, ongeacht wie dit uitvoert. Hiermee zijn de mogelijkheden voor substitutie vergroot en is lokaal of (sub)regionaal de samenwerking tussen eerste- en tweede lijn rond deze specifieke patiëntenpopulatie, versterkt.

De verandering in technische mogelijkheden binnen en buiten het ziekenhuis en de veranderende bevolkingssamenstelling, zijn van belang voor het anders aan kunnen bieden van zorg en een nadrukkelijker vraag om substitutie van zorg te intensiveren. Chronische aandoeningen zijn gemeengoed geworden en zijn voor een deel al naar de huisartsenzorg verplaatst.

Keten-DBC Diabetes Mellitus type 2

Uitgangspunt voor ketenzorg-diabetes mellitus type 2 waren lokale projecten en de kwaliteitstandaard DM2. Het in deze standaard beschreven zorgpad dient door de "hoofdaannemer" te worden uitgevoerd waarbij deze verantwoordelijk is voor het organiseren en bekostigen van de verschillende bij deze zorg betrokken beroepsbeoefenaren. Hoofdaannemer is een huisartsen-zorggroep die hiertoe lokaal is opgericht. Het keten-dbc-tarief bestaat uit zorgkosten voor het betreffende zorgprogramma. Hiervoor wordt een maximum tarief per zorgprogramma gehanteerd. Inmiddels is de zorg voor diabetes mellitus type 2 vrijwel geheel in de reguliere huisartsenzorg geïmplementeerd.

Bijlage 3

Auteurs en ontwikkeling Handreiking Substitutie van zorg

TAAKOPDRACHT

De opdracht aan de auteurs was te komen tot een randvoorwaardelijk kader voor substitutie van zorg van de medisch specialist naar de huisarts en het ontwikkelen van een praktische handreiking met aandachtspunten om lokale initiatieven voor substitutie van zorg en samenwerking tussen medisch specialisten en huisartsen te ondersteunen.

AUTEURS VANUIT DE WERKGROEP SUBSTITUTIE FEDERATIE MEDISCH SPECIALISTEN

De werkgroep Substitutie van de Federatie bestaat uit vertegenwoordigers vanuit verschillende wetenschappelijke verenigingen.

Leden werkgroep:

- Drs. M.R. van der Linde
- Dr. A.M. Horrevorts
- Drs. F.G. Bruins
- Dr. J.P. Rake
- Drs. Th.F.M. Fennis
- Dr. G.M.A. Beckers
- Dr. J.P. van den Berg
- Mr. M.I.W. Verstegen
- Drs. S. Jaber, Msc
- Drs. H. Bonke
- Drs. H.R. Speelman
- Dr. J.A. Louwers
- Dr. P.C. Scholten
- Dr. R. Meerwaldt
- Dr. M.G.L.M. Elisen
- Dr. R. Baumgarten
- Drs. B.W.H. van de Lagemaat-Brasser

Wetenschappelijke Vereniging:

- NVVC, voorzitter
- NVMM
- NVDV
- NVK
- NVN
- NVU
- VRA
- NiV
- NiV
- NOV
- NVvR
- NVOG
- NVOG
- NVvH
- NVVC
- VAL/NVVC
- secretaris, senior adviseur Federatie Medisch Specialisten

AUTEURS VANUIT DE LHV

- Drs. C.F.H. Rosmalen, huisarts en hoofd van de afdeling Beleid en Ontwikkeling
- Drs. E.C. Romijn, huisarts en senior beleidsadviseur
- Drs. R. Polet, beleidsmedewerker Praktijkvoering LHV

WERKWIJZE

De werkgroep Substitutie van de Federatie is begin 2015 samengesteld en gestart. Tijdens de eerste bijeenkomsten is vooral aandacht besteed aan de verschillende verschijningsvormen van substitutie, de positie van de medisch specialisten en de wetenschappelijke verenigingen hierin en de aanpak voor het opstellen van een randvoorwaardelijk kader. Vanaf het najaar van 2015 is de werkgroep voortvarend aan de slag gegaan met het opstellen van een concept-handreiking. Tussentijds hebben leden van de werkgroep zowel gezamenlijk als individueel aan de verschillende delen van de handreiking geschreven.

Na het opstellen van een eerste concept Handreiking Substitutie, door de werkgroep, met feedback van en afstemming binnen de Federatie Medisch Specialisten, is overlegd met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) over de visie van de huisartsen ten aanzien van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, de samenwerking tussen de beroepsgroepen en het opstellen van een randvoorwaardelijk kader. Vanuit dit overleg hebben partijen vastgesteld te willen komen tot een gezamenlijk opgestelde handreiking met aandachtspunten voor het ontwikkelen en implementeren van lokale initiatieven voor substitutie van zorg en samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten. De concept Handreiking Substitutie is hierna gezamenlijk tussen de Werkgroep Substitutie en de LHV verder uitgewerkt en aangescherpt. Daarmee is dit document een inhoudelijk document dat door beide partijen is opgesteld en gedragen wordt.

Vooruitlopend op de Handreiking Substitutie heeft de Werkgroep in juli 2016 een Factsheet Substitutie gepresenteerd met een aantal uitgangspunten voor substitutie van zorg en een checklist met praktische aandachtspunten.

De Werkgroep Substitutie heeft een conceptversie van deze Handreiking ter consultatie voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland. De aanvullingen en opmerkingen vanuit het patiënten perspectief van de Patiëntenfederatie zijn verwerkt in de finale versie van de Handreiking Substitutie.

Het bureau van de Federatie heeft de Werkgroep Substitutie begeleid en ondersteund, de inhoudelijke afstemming met andere beleidsdomeinen bewaakt en de verschillende inhoudelijke bijdragen geredigeerd tot één document.

