

Verleden, heden en toekomst van organisaties in de eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 een steeds belangrijker onderdeel van het zorgstelsel in Nederland. Hoe is die ontwikkeling verlopen en wat brengt de toekomst voor de eerstelijnszorg? Een inventarisatie met een reflectie van één van de key note speakers van de InEen Tweedaagse op 28 en 29 september: Michel van Schaik.

De eerstelijnszorg is geen hard gedefinieerd begrip. Het is een containerbegrip voor professionals die individueel of collectief in organisaties in de directe omgeving van de zorgvrager diensten aanbieden die onder het regiem van de zorgverzekeringswet of de aanvullende verzekering vallen. Simpel gezegd: eerstelijnszorgverleners kun je als Nederlander in principe zelf bezoeken zonder doorverwijzing van andere professionals.

Organisatieontwikkeling 1970 - 2000

De vele disciplines in de eerstelijnszorg hebben ieder een eigen ontwikkeling doorgemaakt. We schetsen er een aan-

tal om een historisch beeld te geven van de ontwikkeling van de zogeheten georganiseerde eerstelijnszorg. Disciplines die onder de eerstelijnszorg worden gerekend zijn onder meer: huisartsen, apothekers, paramedici, psychologen, wijkverpleegkundigen/verzorgenden, verloskundigen en tandartsen. Traditioneel zijn eerstelijnsprofessionals in buurten en wijken gevestigd. In het verleden vaak in een woonpraktijkruimte en daarna in toenemende mate in kleinschalige (multidisciplinaire) groepspraktijken. Een duidelijk voorbeeld daarvan zijn gezondheidscentra, waarvan de eersten rond 1970 zijn gestart en die vaak zijn opgericht uit ideële overwegingen. Gezondheidscentra

geloven in multidisciplinair werken en gaan in de zorgverlening uit van wat recent bekend is geworden als het gedachtegoed van Machteld Huber: Positieve Gezondheid. In de jaren '70 kwam deze werkwijze voort uit een holistisch perspectief op gezondheid; niet uitgaan van de ziekte maar van het systeem om de patiënt (persoon) heen. Doordat 'gezondheidscentrum' geen beschermde naam is, er geen vastgestelde definitie bestaat en subsidie niet altijd van toepassing is, is het aantal gezondheidscentra nooit formeel vastgesteld. Toch wordt er over het algemeen van uitgegaan dat zo'n vijftien procent van alle eerstelijnsprofessionals in een multidisciplinaire setting werkt.



Het aantal gezondheidscentra in Nederland is nooit formeel vastgesteld.



Een tweede ontwikkeling vond plaats in de diagnostiek. Medio 1990 ontstonden, naast de ziekenhuislaboratoria, huisartsenlaboratoria om de voor huisartsen vaak slechte dienstverlening vanuit de ziekenhuizen te compenseren. De huisartsenlaboratoria richtten zich vaak ook op verloskundigen en specialiseerden zich in onafhankelijke diagnostiek en facilitaire diensten. Aangezien een deel van de ziekenhuizen de labdiensten wel naar tevredenheid verleenden en/of het initiatief ontbrak, is er een ongelijkmatige spreiding over het land ontstaan. Wel is door strategische overwegingen, marktontwikkeling en consolidatie een aantal grote, vaak landelijk opererende partijen ontstaan die steeds vaker 'lijnloze' diagnostiek verlenen. Ofwel voor diagnostische partijen is het slechten van de 'muren' tussen de verschillende zorgdomeinen al lang meer schering dan inslag.

Periode 2000 - heden

Een volgende loot aan de stam waren de huisartsenposten. De eerste posten gingen rond 2000 van start en zijn met name opgericht als antwoord op de stijgende werkdruk bij huisartsen door de diensten in ANW-uren. Anno 2017

zien we dat dit systeem van spoedzorg door de toenemende werkdruk ook aan doorontwikkeling toe is. De Eerstelijns besteedde hier al eerder aandacht aan. Rond 2005 zijn zorggroepen ontstaan. In eerst instantie als ZonMw kwaliteits-experimenten rond diabeteszorg. Vrij snel vormden ze een alternatief voor coöperatieve verenigingen van huisartsen, die verkoopmacht bundelden vanuit het perspectief om chronische zorg vanuit de ziekenhuizen te substitueren. Daarbij ontstond een bundeling van drijfveren als betere patiëntenzorg en vergroten van de kwaliteit van leven van patiënten, inkomensoptimalisatie, machtspositie en efficiencywinst¹. De echte doorontwikkeling ontstond na de invoering van de integrale bekostiging in 2008/2009. Binnen enkele jaren was er een landelijk dekkend netwerk van zorggroepen van huisartsen². Een aantal werkt inmiddels ook multidisciplinair op basis van de gewenste patiëntenzorg. Om mee te kunnen gaan in deze netwerken, zijn ook psychologen en paramedici zich gaan organiseren. Door het ontbreken van (structurele) financiering is dit qua omvang beperkt gebleven. Structurele financiering bleek

bepaalde zorg niet meer exclusief aangeboden kan worden door een specifieke discipline. De visie en de rol van de (concurrerende) zorgverzekeraars hebben ook effect gehad op de organisatie van de eerstelijnszorg. Evenals de verschillen in visie van zorgprofessionals, die ertoe hebben geleid dat eerstelijnsorganisaties zich stapsgewijs ontwikkelen.

Toekomst

De toenemende invloed van patiënten, het streven naar gepersonaliseerde zorg, een veranderende maatschappijvisie op gezondheid en de effecten van eHealth en digitalisering als tijd- en plaatsonafhankelijke variant op traditionele zorg, zetten de huidige organisatie van de eerstelijnszorg het komende decennium op zijn kop. Ook de verdere vervlechting en wellicht bekostiging van bepaalde eerstelijnsdisciplines/organisaties met het sociale domein, zullen effect hebben op professionals en organisaties. De verwachting is dat door gewijzigde randvoorwaarden, zoals directe toegankelijkheid en aangepaste of afgeschafte eigen risico/betalingen, de verschillen tussen eerste-, tweede en derdelijnszorg snel

De organisatie van eerstelijnszorg gaat het komende decennium op zijn kop

dus een belangrijke randvoorwaarde, een bevinding die gezien de benodigde doorontwikkeling van de huidige georganiseerde eerste lijn belangrijk is om in het achterhoofd te houden.

De huidige organisatie van de eerstelijnszorg is tot stand gekomen vanuit de wens om goede zorg te leveren aan patiënten. Maar het zijn vooral externe (maatschappelijke) factoren die tot aanpassingen hebben geleid. De basis is de functionele omschrijving in de Zorgverzekeringswet (Zvw-2006), waardoor

verder zullen verwateren en de integratie van echelons zal versnellen. Door experimenten met (deel)populatiebekostiging en onder invloed van de beweging Positieve Gezondheid wordt ook preventie een integraal onderdeel van het gezondheidssysteem. Het gezondheidssysteem dat zich dan echt uitstrekt van preventie, welzijn, zorg thuis, tijdelijke curatieve zorg, herstellende zorg, intramurale zorg tot palliatieve zorg. Door complexiteit van en samenhang met het sociale domein – waarvoor de verantwoordelijkheid door de decentralisaties voor

het grootste gedeelte bij de gemeenten zal komen te liggen – is te voorzien dat de regionale benadering³ het komende decennium het leidende ordening- en organisatieprincipe zal worden. De eer-

dening is het zaak dat de georganiseerde eerstelijnszorg zich nu vast klaarmaakt en langzaam die kant op beweegt. Om te werken in dit nieuwe ordeningsprincipe zal de sector geleidelijk moeten

Tekst:

Lisa Tiggelaar, InEen

Jan Erik de Wildt, De Eerstelijns

Foto's gezondheidscentrum:

Margriet van Lingen

De regionale benadering wordt leidend

stelijnszorg als zelfstandig domein zal opgaan in een samenhangend gezondheids-, zorg- en welzijnssysteem. Vanwege deze toekomstige nieuwe or-

omvormen. De mensen en middelen die dit moeten waarmaken voor de patiënten die bepaalde behoeftes bij hen neerleggen, zijn hierin bepalend. <<

¹ Zorggroepen in toekomstperspectief Leusink en Talboom 2009

² 0 – 1 – 2 Meting zorggroepen RIVM 2008 Sluijs & Till

³ Wat is een regio? De Eerstelijns de Wildt 2017

Een ander perspectief op de eerstelijnszorg

De tweedaagse van InEen biedt een platform om de toekomstige ontwikkelingen die in dit artikel worden geschetst, te verbinden met actuele uitdagingen. Centrale vraag dit jaar is hoe we de eerstelijnszorgorganisaties verder brengen en gereed krijgen voor het 24/7 leveren van continuïteit van zorg bij een toenemende en steeds complexer wordende patiëntvraag. Key note speakers Loek Winter, Michel van Schaik, Laurens van der Tang en Wouter Hart gaan hier op in vanuit het perspectief van respectievelijk de patiënt, het systeem, ICT en de organisatie.

Michel van Schaik, directeur gezondheidszorg Rabobank, geeft desgevraagd een kleine preview van de vragen en onderwerpen die tijdens de tweedaagse aan bod komen: “De betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg staat onder druk als gevolg van de snel toenemende zorgbehoefte tegenover beperkt toenemende middelen. Het antwoord op die uitdaging vraagt visie, leiderschap en het versterken van de innovatiekracht van de sector. Iedere zorgaanbieder moet zichzelf de vraag stellen op welke wijze hij/zij zoveel mogelijk waarde creëert voor de burger/patiënt. Als de eerste lijn onvoldoende in staat is zijn aanbod aan te passen aan de veranderende eisen van de patiënt/ consument vervalt zijn bestaansgrond.” Van Schaik ziet hierbij een aantal belangrijke trends, of eigenlijk assen in het denken die draaien. Hij benoemt:

- Van kwaliteit, behandeling en therapie centraal naar kwaliteit van leven, vitaliteit en welbevinden centraal.

- Van patiënt centraal naar individu (burger) centraal.
- Van reparatie geneeskunde naar ondersteuning van vitaliteit en kwaliteit van leven.
- Van behandelen ziekte en/of aandoening naar voorkomen en uitstellen.
- Van patiënt/ burger richting de zorg naar zorg richting de patiënt/burger.
- Van face-to-face naar digitaal wordt het nieuwe normaal.
- Van focus op institutionele en professionele belangen naar gemeenschappelijke doelen en ondernemerschap.
- Kortom: Van PATER- via EGO-systeem naar ECO-systeem!

De transitie waar de zorgsector voor staat is in hoge mate gaande in de bankensector, aldus Van Schaik. De eerstelijnszorg kan dus leren van andere sectoren.



*Michel van Schaik:
"Als de eerste lijn onvoldoende in staat is zijn aanbod aan te passen aan de veranderende eisen van de patiënt vervalt zijn bestaansgrond."*