

Jan Erik de Wildt trekt zich terug 'Versterk de verbinding tussen eerste lijn en sociaal domein'

Nu Jan Erik de Wildt zich terugtrekt uit de actieve arena van de eerstelijnsgezondheidszorg, is het een goed moment om de balans op te maken. Wat was ooit voor hem de reden om *De Eerstelijns* te lanceren? En hoe kijkt hij – als trendwatcher strategie, financiering en organisatie van eerstelijnszorg – naar de toekomst?

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO'S: SOFIE VAN ESCH

Stel Jan Erik de Wildt een korte vraag, en je krijgt een lang antwoord. Niet vreemd bij iemand die in zijn loopbaan de zorg van alle kanten heeft meegemaakt en er zelfs tien jaar als uitgever zijn stempel op heeft gedrukt. Waarom begon hij destijds eigenlijk met het tijdschrift *De Eerstelijns*?

“Net voor de komst van de Zorgverzekeringswet had ik de effecten ervan op de eerste lijn op een rij gezet. Mijn conclusie was dat de eerste lijn moest worden versterkt. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vroeg me daarop of ik een tour wilde maken om de wet uit te leggen aan huisartsen en later ook aan andere eerstelijnszorg-aanbieders. Dus trok ik door het land, vier avonden in de week. Dat brak me op een gegeven moment op, waarna ik besloot op een andere manier te gaan communiceren. Dat werd *De Eerstelijns*. Ik werd dus een beetje uitgever tegen wil en dank, want ik wilde het op mijn manier doen: niet alleen nieuws brengen, maar nieuws duiden.”

Ondernemerschap

Energie had De Wildt blijkbaar genoeg, want hij verzorgde in diezelfde tijd ook masterclasses voor eerstelijnsbestuurders en werd directeur bedrijfsvoering van De Ondernemende Huisarts (DOH). “Met die masterclass wilde ik tegemoetkomen aan de vraag naar mijn soort deskundigheid, want er waren in die tijd nauwelijks mensen die echt gespecialiseerd waren in eerstelijnsgezondheidszorg. En als er meer eerstelijnsorganisaties kwamen, moesten er ook mensen zijn die daaraan leiding konden geven. DOH was al een coöperatie van huisartsen voordat de Zorgverzekeringswet er was; het doel was vanuit ondernemerschap het verschil te maken. Ze vroegen

mij om te analyseren waarom ze daarin onvoldoende effectief waren. De reden was simpel: ze stuurden onvoldoende op organisatiekracht, ze hadden verstand van dokters maar niet van organiseren. Vervolgens vroegen ze me voor die functie van directeur bedrijfsvoering.” Alsof hij nog niet genoeg werk had, ging hij ook Eerstelijns gala's organiseren, om de trots in de sector een impuls te geven. “Elkaar ontmoeten en prijzen toekennen aan invloedrijke personen of innovatieve organisaties”, zegt hij, “vier jaar gedaan.”

Ketenzorg

In *De Eerstelijns*, waarvan De Wildt tot begin 2019 uitgever zou zijn, kreeg aanvankelijk de toen op gang komende ketenzorg veel aandacht. Het ministerie van VWS vroeg De Wildt in 2010 deel te nemen aan de evaluatiecommissie integrale bekostiging. Die moest bepalen of de integrale bekostiging volledig kon worden ingevoerd in 2013. “Ik vond ketenzorg een goede ontwikkeling omdat die versterking van de multidisciplinaire zorg bewerkstelligde, met de huisarts als hoofdaannemer, maar ook alle andere disciplines daarbij. Ze moesten zich toetsbaar gaan opstellen over de resultaten. Dat vond ik terecht, want Nederland deed het niet zo goed op de chronische zorg. In de evaluatiecommissie discussieerden we over de vraag of chronische zorg ziekte-specifiek moest worden aangepakt. Je zou ook kunnen zeggen dat chronische ziekten om een systemische aanpak vragen. Dat leidde tot een generieke, programmatische aanpak met modules. Mijn rol hierbij was de verbinding maken met hoe dit uitpakte in de praktijk. Het bedenken kon landelijk, maar het uitvoeren moest regionaal worden vormgegeven.”



'Stop met marktwerking in de huisartsenzorg en wijkverpleging'

Substitutie van zorg organiseren door ketenzorg in de eerste lijn te brengen: dit heeft ook een economische component. “Over de vraag hoe dat uitpakte bestaan twee lezingen”, zegt De Wildt. “De eerste is dat de zorgverzekeraars faalden om geld aan de ziekenhuizen te onttrekken. De tweede is dat de eerste lijn door de invoering van ketenzorg de groei van de tweedelijnszorg heeft afgeremd. Hoe dan ook, substitutie van geld lukte niet. Dat leidde tot de vraag waarvoor we het dan deden. Uitgaand van de tweede lezing kun je zeggen: omdat het de groei van de ziekenhuiszorg beperkt. Ketenzorg heeft de kwaliteit van de chronische zorg verbeterd, maar niet het financiële effect gehad dat we beoogden.” Is het daarmee mislukt? De Wildt: “Dat vind ik een moeilijke vraag. De eerste lijn is deels ook tekortgeschoten in het organiseren en *accountable* maken van de resultaten. Er was geen eenduidige visie, ook omdat de LHV lang op twee gedachten bleef hinken: zijn we er voor de multidisciplinaire organisaties of voor de individuele huisarts? En de bekostiging ketenzorg had toenmalig minister Ab Klink consequenter moeten invoeren. Dat had de implementatie versterkt.”

Sociaal domein

De ketenzorg was eigenlijk nog in ontwikkeling, toen in 2015 de AWBZ werd ontmanteld en de eerstelijnszorg extra taken kreeg. Daardoor werd de krapte op de arbeidsmarkt veel meer een drijfveer voor de organisatie van zorg dan substitutie. De Wildt: “De organisatiekracht van de huisartsen was nog te beperkt en over de volle breedte van de eerste lijn was personeelsgebrek. De nadruk kwam te liggen op bedrijfsvoering, om met dezelfde middelen meer zorg te organiseren. Voor mij persoonlijk verschoof daarmee de aandacht naar kwetsbare groepen, waardoor ik veel meer in contact kwam met het sociaal domein.”

Hij vervolgt: “Dat vraagt om multidisciplinaire organisatie van eerstelijnszorg én sociaal domein, Maar daar hoort dan ook gecombineerde financiering bij. Je komt nooit tot een systeemwijziging waarin preventie een grote rol gaat spelen – de basis om met dezelfde middelen meer te kunnen doen tenslotte – als je de eerste lijn en het >>



Jan Erik de Wildt: 'Organiseer zorg dicht bij de burger en geef preventie een dominantere plaats.'

sociaal domein niet financieel aan elkaar knoopt en het ziekenhuis niet als reparatiekliniek op afstand houdt. Alleen moet je dan de gemeenten niet financieel verantwoordelijk maken. Dat kun je prima beleggen bij de zorgverzekeraars. Die zijn minder goed in visieontwikkeling, maar kunnen wel goed een zorgkantoor-achtige functie vervullen voor het verdelen van de middelen." Een alternatief ziet De Wildt ook: schaarste creëren door een flink aantal ziekenhuizen te sluiten. "Dat lijkt in coronatijd een waanidee, maar als we zouden starten met het stoppen van alle onzinnige zorg, dan zijn we al een eind komen", zegt hij. "Zo hebben ze het in Israël succesvol aangepakt. Dan maak je versterking van de eerste lijn en het sociaal domein onontkoombaar. Maar dat is – helaas eigenlijk – met onze gefragmenteerde politieke landkaart geen haalbare zaak. Er is natuurlijk nóg een scenario: de ziekenhuizen de regie geven. Maar dan worden de eerste lijn en het sociaal domein opgeslokt."

Versterk de eerste lijn

Versterking van de organisatie van de eerste lijn én versterking op ict-gebied is nu essentieel, stelt De Wildt. "Combineer de arbeidsmarktproblematiek in de eerste lijn met de druk om in die eerste lijn steeds meer te doen voor steeds minder geld, en je ziet direct waarom dit

'Monodisciplinaire ketens die praktijken opkopen en bedrijfsvoering standaardiseren'

nodig is", zegt hij. "Maak op buurt/wijkniveau de verbinding met de wijkverpleegkundigen en openbare apotheek en organiseer wat nodig is op regionale schaal. Bijvoorbeeld ict. Als dat niet gebeurt, komen er monodisciplinaire ketens die praktijken opkopen en bedrijfsvoering standaardiseren en optimaliseren. Die ketens regelen de ict en komen tegemoet aan de wens van jonge huisartsen om niet fulltime of als praktijkhouder te werken. Maar die ketens kunnen ook zorginhoudelijk gaan sturen. Daarmee verandert dan wel iets substantieels aan het vak van de huisarts, die als spil in de eerstelijnszorg fungeert." Een somber toekomstperspectief. Ziet De Wildt het zover komen? "Ik hoop het niet. De beste garantie om een sterke, toegankelijke eerstelijnszorg te behouden, is stoppen met marktwerking in de huisartsenzorg, de wijkverpleging en wellicht de openbare farmacie. Maak de koppeling met het sociaal domein, organiseer dicht bij de burger in de buurten en wijken en geef preventie een veel dominantere plaats. Dat lukt niet met marktwerking, waarin er altijd iemand anders profiteert van de preventie-investering." <<

OEUVREPRIJS

Jan Erik de Wildt neemt afstand (en afscheid?) van de eerstelijnszorg met de oeuverprijs van InEen voor zijn verdiensten. De vraag waar we hem gaan terugzien, laat hij open.



Han Noten, voorzitter Ambulancezorg Nederland Geen vervoersbedrijven, maar mobiele zorgverleners

In de acute zorg gaat het erom mensen op het goede moment op de goede plek te krijgen. Niet eenvoudig, merkte Han Noten al snel na het aanvaarden van het voorzitterschap van Ambulancezorg Nederland (AZN) in 2018. Ambulancezorg is op zich vrij overzichtelijk, maar samenwerking in de keten is geen vanzelfsprekendheid.



TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: SUCCO / PIXABAY

De kern van de acute zorg is heel simpel, stelt Noten. Het vraagt om samenwerking van de partijen die deze zorg moeten geven, en het vereist van degene die de zorg levert dat hij bereid is tijdelijk zijn autonomie op te geven. Dat klinkt eenvoudig, maar is het niet; dat hoeft je Noten – organisatiepsycholoog aan de TU Eindhoven en afgestudeerd op systeemleer – niet uit te leggen. Hij is geïnteresseerd in mensen binnen systemen en hoe die systemen hun gedrag beïnvloeden. "Hoe complexer het systeem, hoe kleiner mensen zich voelen", zegt hij. "En als ze zich klein voelen, worden ze kwaad. Het systeem moet ze juist helpen." Over de vraag of hij het voorzitterschap van AZN wilde vervullen, hoefde hij niet lang na te denken. Hoewel de meeste mensen hem alleen kennen uit zijn tijd als voorzitter van ActiZ, Eerste Kamerlid en burgemeester

van Dalen, heeft Noten een veel bredere carrière achter de rug, bij het spoor en in de Rotterdamse haven bijvoorbeeld. Een carrière waarin onderwerpen als logistiek en beschikbaarheidsplanning een hoofdrol vervulden. "Typisch onderwerpen waarover het in de ambulancezorg gaat", zegt hij. "Een sector waarin heel praktijkgerichte, resultaat-gedreven mensen werken. Mensen die soms meer op details dan op hoofdlijnen letten, maar dat is in acute zorg natuurlijk terecht. Maar het betekent ook meteen dat je in zo'n functie nooit in een gespreid bedje stapt. Gespreide bedden zijn er voor de patiënten."

Beschikbaarheid organiseren

De ambulancezorg is een mengeling van particuliere bedrijven, familiebedrijven, beursgenoteerde bedrijven, van alles. "En ieder denkt dat zijn opzet de beste is", zegt Noten. "Er was wel een zekere gezamenlijkheid, maar mijn taak was die veel vanzelfsprekender te maken. En de politiek te verlossen van het beeld dat het vervoersbedrijven zijn. We zijn mobiele zorgverleners. Daarom heb ik me ook zo verzet tegen de 45-minutennorm, want die reduceert ons tot een openbaar vervoerder die volgens een dienstregeling moet rijden. Het gaat erom hoe snel we een medische interventie kunnen starten en dat kunnen we steeds vaker al thuis, op straat of in de ambulance. We experimenteren met een *smart glass*. Een arts kan op afstand meekijken en behandelbeslissingen nemen. De kwaliteit van het werk van de ambulancediensten is in de loop der jaren enorm omhooggegaan en dat wilden we ook terugzien in een kwaliteitskader. Maar tegen de doorontwikkeling van zo'n kader bestond ook weerstand, want als het er wel is, word je dan niet weer op een eenzijdige manier afgerekend, zonder dat rekening wordt gehouden met omstandigheden? Denk aan de toenemende files of de SEH's die dichtgaan. Of het wordt een protocol dat je vakmanschap verkleint in plaats van vergroot."