

Toekomstbestendigheid eerstelijnszorg

In juli 2014 verscheen een rapport van een onafhankelijk expertpanel van de Europese Unie over de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg.^{1,2} Dit rapport zet de toon bij de discussie over het belang van de eerstelijnszorg. Het getuigt van visie op de integratie van zorg, zonder de beperkingen binnen de eerste lijn te verdoezelen. Het zou integraal deel moeten uitmaken van de Toekomstvisie 2022 van NHG en LHV.

INTEGRATIE VAN ZORG

De commissie Gezondheid en Consumentenbescherming (SANCO) vroeg zich af hoe de gezondheidssystemen in Europa voordeel kunnen halen uit een betere integratie van de zorgniveaus — op het gebied van kosten, kwaliteit en eerlijke verdeling van de zorg. Het advies is niet bindend. Het panel, onder voorzitterschap van Jan de Maeseneer (hoogleraar Huisartsgeneeskunde Gent), kreeg de volgende opdrachten:

- ontwerp een gemeenschappelijke definitie van het concept eerstelijnszorg in Europa;
- beschrijf de verwijssystemen die de integratie tussen de verschillende zorgniveaus bevorderen en borgen dat de beste zorg dicht bij huis wordt geleverd;
- beschrijf de rol die het financieringssysteem speelt bij het functioneren van de eerste lijn, vooral voor wat betreft de integratie van de zorg.

DE DEFINITIE

De kerndefinitie sluit aan bij de Nederlandse Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, maar legt andere accenten. Naast de persoonlijke, geïntegreerde en continue zorg is er aandacht voor gemeenschapsvoorzieningen, geleverd door een uitgebreid team van professionals in de eerste lijn — in de context van de familie en de gemeenschap, met patiënten en mantelzorgers als partners.

HET VERWIJSSYSTEEM

Een verwijssysteem dat is gebaseerd op de huisarts als poortwachter kan het startpunt zijn voor een effectief verwijs- en ontslagsysteem. Poortwachterschap met de bedoeling het aantal verwijzingen te beperken kan echter ook negatieve effecten hebben, zoals het te laat doorverwijzen van patiënten met kanker. Het panel pleit voor een ver doorgevoerde integratie van de tweede en eerste lijn om de samenwerking in de patiëntenzorg voor, tijdens en na de behandeling te intensiveren. De tweede lijn zou samen met de eerste lijn advies aan en zorg voor patiënten op zich moeten nemen. De financiële schotten tussen de lijnen zouden moeten verdwijnen om dit mogelijk te maken.

DE FINANCIERING

Het panel benadrukt ook dat de zorg financieel toegankelijk moet zijn. Er is geen bewijs dat een eigen bijdrage leidt tot een juist gebruik of reductie van kosten. De meeste Europese lan-

den hebben een gemengd beloningssysteem; een vast bedrag per patiënt in combinatie met een bedrag per verrichting. Er is evenmin bewijs voor de effectiviteit van prestatiebeloning. Als prestatiebeloning iets teweegbrengt, is het eerder op het gebied van het verbeteren van gegevenssystemen, het dragen van verantwoordelijkheid en het invoeren van een kwaliteitssysteem dan kwaliteitsverbetering. Prestatiebeloning verdient geen centrale maar een ondersteunende rol.

CONCLUSIE

Het rapport is overduidelijk: de eerste lijn heeft veel te bieden. Een sterke eerstelijnszorg draagt bij aan eerlijke verdeling van de zorg en betere gezondheidsuitkomsten, maar is niet goedkoper dan een systeem zonder eerste lijn. Pas als deze papieren tijger op Europees niveau tot wetgeving of richtlijnen leidt, zal er iets veranderen. Toch kunnen we er ons voordeel mee doen. Laten we de hand in eigen boezem steken, ons spiegelen aan het geschetste ideaal en onze positie veroveren!

De eerstelijnszorg in Nederland gaat de gewenste kant op, maar er staan ons nog heel wat uitdagingen te wachten. Uitbreiding van de huidige samenwerkingsverbanden in de eerste lijn met bijvoorbeeld tandartsen, bedrijfsartsen, maatschappelijk werkers, optometristen, AVG-artsen of specialisten ouderengeneeskunde is nog eerder uitzondering dan regel. Samenwerken is niet alleen werken onder één dak, maar vormgeven aan het abstracte begrip partnerschap van patiënten en mantelzorgers. *Shared decision making* in de spreekkamer is gemeengoed en een vervolgstap zou kunnen zijn: *shared decision making* met patiënten op praktijk(organisatie)niveau. Het idee dat we behalve voor patiëntenzorg ook onze verantwoordelijkheid moeten nemen voor gemeenschapsvoorzieningen is in de eerste lijn nog geen gemeengoed, ofschoon de Toekomstvisie 2022 dit vermeldt en het door de overheveling van de zorgbudgetten van rijk naar gemeente mogelijk wordt.

De bewakers en gidsen in de eerste lijn, de huisarts en de huisartsgeneeskunde, moeten zich ervan bewust worden dat ze de nieuwe ontwikkelingen niet louter kunnen volgen. Een actieve opstelling op het gebied van patiëntenzorg is niet alleen nodig op lokaal, regionaal en nationaal niveau, maar ook op het gebied van partnerschap met patiënten, gemeenschapsvoorzieningen, gemeenten en politiek. Het primaat van de huisarts in de eerste lijn zou bij alleen volgen gemakkelijk kunnen verdwijnen. ■

LITERATUUR

- 1 http://ec.europa.eu/health/expert_panel/index_en.htm.
- 2 http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/004_definition-primarycare_en.pdf.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2049, 3000 CA Rotterdam: dr. H.J. Bueving, huisarts en hoofd Huisartsopleiding • Correspondentie: h.bueving@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.