

Het ontwikkelen van eerstelijnsgezondheidszorg tussen structuur en inhoud

Samenvatting

Van Weel C. *Het ontwikkelen van eerstelijnsgezondheidszorg tussen structuur en inhoud*. *Huisarts Wet* 2016;59(6):254-6.

Er is sprake van een mondiale trend om gezondheidszorgsystemen te hervormen en te baseren op een sterke eerste lijn. In dat kader hebben Vlaamse hoogleraren huisartsgeneeskunde onlangs een actieplan gelanceerd voor een fundamentele herziening van de Belgische gezondheidszorg. Het creëren van maatschappelijke waarden staat daarbij centraal: het betreft een integrale, persoons- en populatiegerichte benadering, gebaseerd op zorgbehoeften, door middel van een duurzame vertrouwensrelatie en continuïteit van zorg. In deze beschouwing relateer ik de uitgangspunten van dit plan aan de internationale ervaringen met het implementeren van eerstelijnsbeleid. Ik concludeer dat het Belgische initiatief een betekenis heeft die de Belgische gezondheidszorg overstijgt.

INLEIDING

In *Together we change*. *Eerstelijnsgezondheidszorg: meer dan ooit* hebben Vlaamse hoogleraren huisartsgeneeskunde een actieplan gelanceerd voor een fundamentele herziening van de Belgische gezondheidszorg.¹ Volgens dit actieplan wordt professionele zorg uitsluitend via de eerste lijn toegankelijk. Burgers schrijven zich bij een praktijk in en betrekken alle zorg bij die praktijk. Basis van de structuur van deze toekomstbestendige zorg vormen zogenaamde eerstelijnszones, die bestaan uit kleinschalige praktijkteams met een duurzame relatie met een wijk of dorp en die een multidisciplinaire samenstelling hebben voor een integrale biopsychosocio-ecologische benadering. Binnen deze zones is de 24-uurszorg voorzien. Door eenduidige zonebegrenzing ontstaat ook een een-op-een samenwerking met ziekenhuizen, waarbij de eerste lijn de poortwachters- of navigatiefunctie heeft. De kern van de zorg vormen het bevorderen van de gezondheid van de patiënten en hun *empowerment*. De financiering van de praktijken vindt plaats op basis van een abonnementstarief, dat wordt aanvuld met honorering van de kwaliteit van de gerealiseerde zorg.

Het Belgische actieplan past in een vrijwel mondiale trend om gezondheidszorgsystemen te hervormen en te baseren op een sterke eerste lijn.^{2,3} Waar veel van deze hervormingen vooral technisch-financieel worden aangestuurd, is het fascinerende dat bij dit Belgische plan het creëren van maatschappelijke waarden centraal staat: een integrale, persoons- en populatiegerichte benadering, gebaseerd op zorgbehoeften ('equity'), door middel van een duurzame vertrouwensrelatie en continuïteit van zorg.

Het actieplan vormt een breuk met de huidige positie van de huisarts en de eerste lijn in het Belgische stelsel, dat competitie tussen per verrichting gehonoreerde artsen in de hand werkt en waarin patiënten vrij kunnen kiezen welke artsen ze raadplegen, welk specialisme deze ook hebben. Dat heeft de Belgische huisartsgeneeskunde er echter nooit van weerhouden om te investeren in de eigen professioneel-wetenschappelijk inhoudelijke ontwikkeling, wat terug te vinden is in een hoogwaardige specialisatieopleiding,⁴ internationaal aansprekend leiderschap in multidisciplinaire wijkgezondheidszorg⁵ en een duurzame relatie met patiënten.⁶ De Belgische gezondheidszorg heeft hier echter nooit ten volle van kunnen profiteren.

Het actieplan refereert niet aan Nederland, maar de geschetste structuur vertoont wel grote overeenkomsten met die in ons land – onder meer met de huisarts als poortwachter, inschrijving op naam, zorggroepen, consortia voor avond- en weekeinddiensten, het belang van de lokale context en wijkgericht werken. Belangrijker dan de structuur op zich is de onderbouwing ervan: een structuur als middel om de hierboven samengevatte maatschappelijke waarden te kunnen realiseren. Daarmee dringt zich een naar mijn oordeel nog wezenlijker parallel op met Nederland, waar huisartsgeneeskunde zich bij de oprichting van het NHC aandiende met de in de 'Woudschoten-verklaring' verwoorde maatschappelijke waarden als grondslag van de professie.⁷ Deze uit 1959 daterende verklaring vormde de basis van waaruit de huisartsgeneeskunde en de eerste lijn zich in de daarop volgende decennia hebben ontwikkeld tot de kernvoorziening die ze vandaag de dag vormen. Weinig andere landen kennen zo'n inhoudelijke onderbouwing als basis van een gestructureerde eerstelijnsgezondheidszorg. Dat dit Belgische actieplan voor een vergelijkbare onderbouwing kiest bij een fundamentele structuurverandering is dan ook uitermate interessant.

GEZONDHEIDSBELEID EN WELZIJNSBELEID

In de onderbouwing vormt het aangaan van integrale gezondheidszorg voor mensen in hun directe woon- en leefomgeving ('wijkgerichtheid') een wezenlijk aspect van de eerste lijn.⁷⁻⁹ In

De Kern

- In België is een actieplan gelanceerd voor een fundamentele herziening van de gezondheidszorg, die past in de vrijwel mondiale trend om gezondheidszorgsystemen te hervormen en te baseren op een sterke eerste lijn.
- Het gaat om een integrale, persoons- en populatiegerichte benadering, gebaseerd op zorgbehoeften, door middel van een duurzame vertrouwensrelatie en continuïteit van zorg.
- Volgens het Vlaamse plan is een sterke eerste lijn het leidende principe bij het oplossen van knelpunten in de gezondheidszorg.

Radboudumc, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; prof.dr. C. van Weel, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Australian National University; prof.dr. C. van Weel, honorair hoogleraar primary health care research • Correspondentie: chris.vanweel@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

en vanuit de plaatselijke context is het mogelijk om de belangrijkste gezondheidsproblemen en -bedreigingen aan te wijzen en de zorg daarbij te richten op wat voor de betreffende individuen en groep hoge prioriteit heeft. Dit maakt het tevens mogelijk om sociale determinanten van gezondheid te betrekken in de zorg.¹⁰

Doordat lokale omstandigheden verschillen, vraagt 'wijkgerichtheid' om het opbouwen en inrichten van eerstelijnszorg vanuit de lokale situatie – met andere woorden: een bottom-upbenadering. Dit ligt bijvoorbeeld aan de basis van het concept van *patient-centered medical homes*,¹¹ waarmee in de Verenigde Staten de lokale transformatie van de praktijkvoering plaatsvindt.

Tegelijkertijd vertegenwoordigt de eerste lijn een integrale functie: zonder een goed geoutilleerde eerste lijn geen duurzame zorg,² een situatie die alleen dan is gerealiseerd wanneer *iedere* gemeenschap, iedere 'wijk' toegang heeft tot een huisarts.¹² Daarmee is het ontwikkelen van de eerstelijnszorg een generiek proces, dat de lokale context overstijgt en een eerstelijnsbeleid vereist – met andere woorden: een top-downbenadering.

Voor een succesvolle implementatie van het eerstelijnsbeleid is het dan ook nodig om beide bewegingen met elkaar te verbinden, top-down vanuit een algemeen geldend concept en bottom-up reagerend op specifieke omstandigheden. Dat is de grote betekenis van dit initiatief van de Vlaamse hoogleraren voor het actieplan voor een breed gezondheids- en welzijnsbeleid.³ Het maakt gebruik van het momentum van een politieke beleidsambitie om deze top-down te verbinden met de in de afgelopen decennia bottom-up ontwikkelde professionele expertise voor een toekomstbestendige gezondheidszorg, volgens de uitgangsprincipes (kernwaarden) van een sterke huisartsgeneeskunde en eerste lijn.

Kennis over de praktijkpopulatie en de woon- en leefomgeving wordt daarbij meegewogen in de tariefstelling van het abonnement, om patiënten en gebieden met de hoogste gezondheidsbehoeften ook de meeste zorg te kunnen bieden. Op deze manier wordt gezondheidsbeleid verbonden met welzijnsbeleid.

Voor de financiering is het voorziene terugdringen van verspilling en doublures in de zorg een belangrijk mechanisme. Zoals ook bij de introductie van *Obama care* in de Verenigde Staten verdienen investeringen in de eerste lijn zich in de deze benadering terug. Daarmee gaat investering voor de baat uit, maar het is realistisch om die baat ook te verwachten. Dit behoedt de gezondheidszorg er voor om eerst te bezuinigen en daaruit vervolgens herstructurering te bekostigen – een werkwijze die eerdere zorgherzieningen in de Verenigde Staten in de weg hebben gestaan.

BELANGRIJKE LEERERVARING

Uit dit Belgische actieplan spreekt een groot elan en zelfvertrouwen. Het gaat nog amper over de problemen, maar vooral over de realiseerbaarheid van vernieuwingen en innovatie. Het actieplan vertoont grote samenhang in bepleite struc-



Foto: Berry Stokvis/Hollandse Hoogte

tuur en inhoud van de zorg, en is helder verwoord. Daarmee demonstreert het hoe wenselijk en waardevol het is om vanuit de grote eerstelijnservaring naar de totale organisatie van de zorg voor gezondheid en welzijn te kijken. Daarmee krijgt het een betekenis die de Belgische context verre overstijgt: in de kern gaat het om het tot stand brengen van een structuur waarin burger en professional waarden kunnen delen en rea-

Abstract

Van Weel C. *The development of primary care services: between structure and content. Huisarts Wet* 2016;59(6):254-6.

There seems to be a global trend towards the restructuring of health systems, with emphasis on strong primary care services. In this respect, Flemish professors of general practice medicine have recently proposed a plan of action for a fundamental revision of Belgian health care. Central in this is the creation of social values – to develop an integral, person- and population-based approach, based on care needs, by means of sustainable confidentiality and continuity of care. In this article, the tenets of the plan are presented relative to international experience in the provision of primary care services. The Belgian initiative would appear to be relevant to more than just Belgian health care.

liseren, die ten grondslag liggen aan de huisartsgeneeskunde en eerste lijn. *Samenwerken* is daarbij een sleutelbegrip dat vervolgens ook in de professionele vorming via multidisciplinair onderwijs en opleiding ontwikkeld moet worden.

Het benoemen van samenwerken als sleutel tot toekomstbestendige zorg roept automatisch de vraag op naar de betekenis van principes als marktwerking en competitie. Het moge dan zo zijn dat hervorming van gezondheidssystemen een globale ontwikkeling is, ook markt en competitie staan prominent op de internationale politieke agenda. Of en hoe het in België zal lukken om het actieplan in te voeren, tegen de lange traditie van competitiegebonden gezondheidszorg in, zal ook voor andere landen een belangrijke leerervaring opleveren. In dit opzicht kan steun worden gevonden in een recent EU-rapport over investeren in gezondheid en competitie tussen professionals.¹³ In het vigerende politieke klimaat worden markt en competitie gezien als de oplossing voor de kwaliteit en betaalbaarheid van maatschappelijke producten en dat geldt zeker ook voor de EU. Het is dan ook interessant dat dit rapport slechts een beperkte rol toekent aan competitie in de zorg; alleen als middel wanneer daarmee zorginhoudelijke doelstellingen kunnen worden gerealiseerd. Wat in een bepaalde situatie op een bepaald moment werkt, hoeft niet op te gaan voor andere situaties of een ander moment. Dit lijkt te weerspiegelen wat we Nederland in de afgelopen jaren langs de harde weg van de praktijk hebben ervaren. Wat prevaleert is de waarde die moet worden gerealiseerd. En dat voert terug tot het Belgische actieplan.¹ Samenwerking is binnen de eerste lijn een sleutel om hoogwaardige zorg voor gezondheid en welzijn te realiseren – voor iedereen, voor alle gezondheidsproblemen, overal. Die waarde dient daarmee ook het primaat te zijn van de manier waarop de zorg is ingericht en wordt gefinancierd. Concurrentie en competitie staan deze ontwikkeling eerder in de weg dan dat zij die bevorderen en zijn daarmee niet de instrumenten van keuze om een sterke toekomstbestendige eerste lijn mee te verankeren.

BESLUIT

Het minste dat het Belgische actieplan voor Nederlandse huisartsen en andere professionals kan doen is inspiratie bie-

den om de meerwaarde van een sterke eerste lijn als leidend principe te blijven uitdragen bij het oplossen van knelpunten in de gezondheidszorg. Waar het bij aandachtig lezen eigenlijk op lijkt aan te dringen is om in plaats van de puur op de kern van de huisartsgeneeskunde gerichte *Toekomstvisies*, de slag te slaan naar een centrale rol van de eerste lijn in het verbinden van gezondheid en welzijn: een ‘Woudschoten-2016’, als actie in een ontwikkeling naar decentralisatie van sociale zekerheid, met wijkgericht werken als instrument om alle stakeholders daarin samen te brengen. ■

LITERATUUR

- 1 De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey (red). Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel: Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsen Opleiding, 2015. Zie ook: <http://www.hapraktijkvoorbeelden.be/doc/together-we-change-ned.pdf> (geraadpleegd 23 februari 2016).
- 2 World Health Organization. Primary healthcare now, more than ever world health report. Geneva; WHO; 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/> (geraadpleegd 7 december 2015).
- 3 Gauld R, Burgers J, Dobrow MJ, Luxford K, Minhas R, Wendt C, et al. Healthcare system performance improvement: a comparison of key policies in seven high-income countries. *J Health Org Manag* 2014;28:210-20.
- 4 VLUHR. De onderwijsvisitatie geneeskunde en huisartsgeneeskunde. Brussel: VLUHR, 2014. <http://www.vluhr.be/default.aspx?PageId=573> (geraadpleegd 7 december 2015).
- 5 Wijkgezondheidscentrum Botermarkt. <http://www.wgcbotermarkt.be/site2/> (geraadpleegd 7 december 2015).
- 6 Feldman SL, De Maeseneer J, Van Royen P. Wie is mijn huisarts? Verhalen als ontdekking. Antwerpen: Standaard Uitgeverij, 2011.
- 7 Vroege NH. Het Woudschoten rapport. *Huisarts Wet* 1966;9:372-85.
- 8 Anonymus. Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
- 9 World Organization of Family Doctors, Europe. The European definition of general practice/family medicine. <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf> 2011 revision (geraadpleegd 7 december 2015).
- 10 World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva; WHO; 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (geraadpleegd 7 december, 2015).
- 11 American Academy of Family Physicians. The Patient Centered Medical Home (PCMH). <http://www.aafp.org/practice-management/transformation/pcmh.html> (geraadpleegd 7 december 2015).
- 12 Van Weel C, Sparks B. Caring for people's health around the world: a family physician for every community. *Fam Med* 2007;39:616-7.
- 13 Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Competition among health care providers. Investigating policy options in the European Union. Brussel: European Commission, 2014. http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/005_safety_quality_of_care_en.pdf (geraadpleegd 9 december 2015).