

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

## DE EERSTE LIJN NA DE VERKIEZINGEN

---

*Adviezen voor een nieuw kabinet*

Op 22 november gaat Nederland naar de stembus. Welke kleur het nieuwe kabinet ook krijgt, het zal meer serieuze aandacht moeten besteden aan geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg. De belangrijkste benodigde beleidswijzigingen bijeen.

GUUS SCHRIJVERS

**D**e eerstelijnsgezondheidszorg is een paradepaardje voor Nederland. Gemeten met internationale standaarden scoort de kwaliteit van deze zorg hoog. Ze is veelomvattend en samenhangend, toegankelijk voor iedereen, waarborgt continuïteit en beschikbaar in de nabijheid van de patiënt. De organisatie van het internationale congres *The Future of Primary Health Care in Europe*, van 11 tot en met 13 oktober in Utrecht, benadrukt de vooraanstaande positie van Nederland als het om eerstelijnsgezondheidszorg gaat.

Maar de eerste lijn vraagt van de nieuwe regering wel een aantal beleidswijzigingen. Want ook een paradepaard vraagt om voortdurende aandacht, koestering en adequate verzorging. Ik doe hieronder voorstellen voor beleidswijzigingen en orden die naar de vier inter-

nationale standaarden. Op vrijdag 13 oktober zijn zij onderwerp van bespreking op de Nederlandse dag van het genoemde congres.

### PREVENTIE

Tot een ideaal dekkend zorgaanbod van de eerste lijn behoren de volgende disciplines: huisarts, apotheek, bewegings-therapie, thuiszorg, psychosociale zorg en verloskunde. Deze partijen vormen samen de kern van geïntegreerde eerstelijnszorg. Ook werken eerstelijnscentra vaak samen met maatschappelijk werk en geestelijke gezondheidszorg.

In de nieuwe financieringstructuur die in januari 2007 ingaat, zitten weinig prikkels om tot integrale eerstelijnszorg te komen. Ook zijn hulpverleners als de allround wijkverpleegkundige en de maatschappelijk werkende wegbezuinigd.

De nieuwe regering kan tegengas geven door artikel 10 van de Zorgverzekeringswet toe te passen. Daarin wordt expliciet vermeld dat integrale eerstelijnszorg onder de dekking van deze wet valt. Naast het realiseren van een geschikte financieringsregeling voor eerstelijns samenwerkingsverbanden is het voor de nieuwe regering een kwestie van inkopen om bijvoorbeeld wijkverpleging en eerstelijns psychosociale zorg onder artikel 10 van de Zorgverzekeringswet te brengen.

In de Nederlandse eerste lijn ontbreken ook gezondheidseducatie en 'preventie op recept' als zelfstandige, bij zorgverzekeraars te declareren producten. Juist chronisch zieken zijn gebaat bij educatie over leefstijl en geneesmiddelengebruik. En 'preventie op recept' kan complicaties van chronische aandoeningen uitstellen en soms helemaal voorkomen. De nieuwe regering heeft de taak om educatie en preventie weer in te passen in de eerstelijnszorg. Dat kan door aanpassing van de Zorgverzekeringswet, maar ook, zoals in Duitsland wordt voorbereid, door het ontwerpen van een preventiewet met eigen regelingen en waarvan de uitvoering wordt bekostigd uit geormerkte belasting- en verzekeringsinkomsten. Ik heb geen voorkeur: als er in de komende vier jaar maar iets gebeurt aan de bekostiging van educatie en preventie als eerstelijnsproducten.

#### TOEGANGSPOORT

De toegang tot de huisarts staat van verschillende kanten onder druk. Zorgverzekeraars bieden chronisch zieken polissen aan met het doel hen rechtstreeks in disease management programma's (dmp's) buiten de eerstelijnszorg onder te brengen. Nu ben ik een groot voorstander van dmp's rondom chronische aandoeningen als diabetes, COPD, depressie en astma, maar toegang en regie moeten wel berusten bij de eerste lijn. Chronisch zieken zijn namelijk meer dan hun aandoening en kunnen ook om andere redenen dan hun ziekte zorgbehoeften hebben.

De afgelopen jaren zijn tal van nieuwe poortwachters in de gezondheidszorg aangetreden, zoals het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor toegang tot de AWBZ gefinancierde zorg, de bedrijfsarts die in het kader van de Wet Verbetering Poortwachter zorgt voor interventies rond ziekteverzuim

en reïntegratie en de voordeurprogramma's van 'GGZ-instellingen'. Daarnaast fungeert Bureau Jeugdzorg als toegangspoort voor hulp bij gedrags- en opvoedproblemen en zijn er geïntegreerde acute zorgposten voor spoedzorg van huisartsen en ziekenhuizen.

De poortwachterfunctie van de eerste lijn en andere instanties komt alleen goed tot haar recht als hun activiteiten

hebben inmiddels goede, veilige en goedkope apparatuur ontwikkeld, waarmee een patiënt te allen tijde contact kan opnemen met een hulpverlener. Een hulpverlener kan zo tientallen chronisch zieken volgen, niet als vervanging van de bestaande hulpverlening, maar als aanvulling daarop.

Momenteel is niet duidelijk hoe deze uitbreiding van de eerstelijnszorg te

## *De nieuwe regering moet de persoonlijke band tussen patiënt en huisarts borgen*

op elkaar aansluiten. De huidige regering heeft het probleem van de vele verschillende beoordelingen voor de toegang tot zorg onderkend aan de hand van één casestudie rond een veertigjarige MSPatiënte. Daaruit vloeiden aanbevelingen voort voor een indicatiepaspoort en verwijs- en intakeprotocollen die overal geldig zijn. Het is aan de nieuwe regering hierop door te gaan door harmonisatie van diverse wetten, het aanspreken van diverse groepen poortwachters en het uitlokken van experimenten.

#### CONTINUÏTEIT

De continuïteit van eerstelijnszorg staat onder druk én zit in de lift. Onder druk omdat versnippering en discontinuïteit dreigt nu de eerste lijn volstroomt met nieuwe ondersteuners voor de huisarts: praktijkondersteuners, psychiatrisch verpleegkundigen, allochtonenconsulenten, ouderenadviseurs, oncologisch consulenten en verpleegkundig specialisten van thuiszorgorganisaties.

De nieuwe regering moet de persoonlijke band tussen patiënt en huisarts borgen, goede voorbeelden van taakherstelling en assistentie in de eerstelijnszorg waarbij de continuïteit behouden blijft stimuleren en waar mogelijk ont-medicaliseren.

Maar de continuïteit van zorg zit ook in de lift dankzij de invoering van internetzorg door de eerste lijn. Voor de nieuwe regering is dit een schot voor open doel. Het enige wat moet gebeuren is het tarief voor een e-mailconsult gelijkstellen aan dat van een telefonisch consult. Een tweede vorm van internetzorg bestaat uit het op afstand volgen van chronisch zieken. Philips, Siemens en het Amerikaanse bedrijf Health Hero

bekostigen: uit de post 'ondersteunende begeleiding' binnen de AWBZ, als zelfstandig eerstelijnsproduct of als onderdeel van een keten-DBC? Ik heb geen voorkeur, als de bekostiging van telemonitoring maar van de grond komt.

#### STAD EN PLATTELAND

Veel beginnende huisartsen willen in een multidisciplinair team werken, met een redelijke werkweek en in een goede accommodatie, maar niet in een eigen praktijkwoning. Dat betekent dat de huisarts als solist geleidelijk verdwijnt. Deze ontwikkeling heeft verschillende gevolgen voor stad en platteland. In steden zullen accommodaties worden gebouwd om groepspraktijken en gezondheidscentra te huisvesten. Omdat stedelijke grond duur is, zijn dat meestal prijzige gebouwen.

Vijf jaar geleden adviseerde de commissie Tabaksblat om accommodaties voor eerstelijnszorg apart te financieren, via wat nu de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) heet. De nieuwe regering moet het grondige advies van de commissie Tabaksblat onmiddellijk uitvoeren. Dan blijft de huisarts in de buurt van de stedelijke patiënt.

Het is wel de vraag of het platteland gebaat is bij grotere eerstelijnsvoorzieningen, want die leiden in dorpen onherroepelijk tot verschraving van de medische zorg. Het is beter om daar kleinschalige eerstelijnscentra op te richten die niet in één gebouw zitten, maar wel zijn ingebed in één organisatie, zoals nu het geval is in de gemeente Houten. De leiding kan dan ICT- en andere ondersteuning bieden en namens de groep onderhandelen met zorgverzekeraars. Dergelijke organisatievoor- >>

<< men moeten een plaats krijgen in de WTZi.

Verbetering van eerstelijns accommodaties is niet goedkoop: dat moet de nieuwe regering erkennen en er binnen de smalle budgettaire marges tóch prioriteit aan geven.

## Nu het economisch beter gaat met Nederland, moet de patiënt het ook beter krijgen

Geïntegreerde eerstelijnszorg kost geld, maar leidt ook tot besparingen op psychiatrische, intramurale ouderen- en ziekenhuiszorg. Maar er zijn ook mogelijkheden voor vergroting van de huis-

artsenpraktijk. Als er door internetzorg, taakherschikking en meer efficiënte uren vrijkomen, leidt dat voor huisartsen tot praktijkvergroting.

In ieder geval kosten de hier genoemde maatregelen op termijn minder geld dan op termijn nodig is bij het voortzetten van het bestaande beleid. Ze hebben een hoge *return on investment*, zoals dat tegenwoordig heet. Nu het economisch beter gaat met Nederland, moet de patiënt in de eerste lijn het ook beter krijgen. En vroeg of laat zijn wij dat allemaal. ■

prof. dr. A.J.P. Schrijvers,  
hoogleraar structuur en functioneren van de gezondheidszorg, UMC Utrecht

correspondentieadres: a.j.p.schrijvers@umcutrecht.nl;  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

### SAMENVATTING

- In de Zorgverzekeringswet zitten weinig prikkels om te komen tot integrale eerstelijnszorg.
- De nieuwe regering kan deze invoeren door artikel 10 van deze wet hiervoor toe te passen.
- Educatie en preventie moeten op recept beschikbaar komen in de eerste lijn en wel als aparte bekostigde producten.
- Disease management programma's beginnen in de reguliere eerste lijn.
- De nieuwe regering moet accommodaties in de eerste lijn apart financieren.

De site om in te schrijven voor het congres *The Future of Primary Health Care in Europe* vindt u via onze site [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).



## PRAKTIJKPERIKEL

### Onderscheiden rolmodellen



Op advies van mijn huisarts meldde ik me als 80-jarige collega bij een mij onbekende jonge neuroloog. Reden was een al zes maanden aanwezige, fluctuerende en uitstralende pijn in mijn rechter boven- en onderbeen. Behandelingen van fysiotherapeuten en het aanschaffen van rugsteunen hadden weinig effect gehad. Enige tabletjes paracetamol/codeïnefosfaat verzachtten de pijn tijdelijk en maakten deelname aan het sociale leven mogelijk.

Ik werd ontvangen door de coassistente, die de anamnese afnam, daarna het neurologisch onderzoek deed en haar bevindingen registreerde op de computer. Terwijl ik me aankleedde, besprak ze haar onderzoek met de neuroloog. Na enige tijd verschenen ze beiden in de onderzoekkamer en mocht ik me opnieuw uitkleden. Hij constateerde geen uitvalsverschijnselen. Zijn conclusie was dat mijn diffuse klachten vaker in de ouderdom voorkwamen en vanzelf weer zouden verdwijnen. Verder onderzoek achtte hij niet nodig. Hij verwees mij voor verdere behandeling mijn huisarts. Op

mijn opmerking dat ik er dus maar mee moest leren leven, reageerde hij bevestigend.

Omdat ik de indruk had dat mijn klachten niet ernstig werden genomen, besloot ik na enige aarzeling, tot een second opinion. Ik meldde mij in een ander ziekenhuis bij een oudere neuroloog, over wie ik positieve berichten had gehoord. Hij nam in aanwezigheid van de coassistente in alle rust zelf de anamnese af en deed zijn onderzoek. Hij besprak zijn op papier vastgelegde bevindingen met mij en achtte bloedonderzoek en een MRI-scan noodzakelijk. Samen bekeken we later de fascinerende beelden en constateerden een duidelijke vernauwing van de rechter opening tussen L3 en L4, waar de wortel uittreedt. De stenosis werd veroorzaakt door wat botwoeking en een geringe prolaps van de nucleus pulposus ter plaatse. De neuroloog confronteerde mij allervriendelijkst met de mogelijkheid van verwijzing naar een meer agressieve of een meer behoudende neurochirurg en liet hoffelijk mij de keuze.

Het oriënterend consult met de neurochirurg volgde acht weken later. ■

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).