

Arts en eerste lijn: een discussienotitie over trends en toekomst

Ronald Batenburg en Johan Hansen, NIVEL

November 2015

Inleiding

In deze discussienotitie wordt eerst een aantal trends en aandachtspunten geschetst met betrekking tot de eerste lijn en de huisartsenzorg in Nederland. Vanuit verschillende invalshoeken van partijen en belanghebbenden is daarna een aantal discussiepunten geformuleerd die als input hebben gediend voor een expertbijeenkomst over de toekomst van de arts en de eerste lijn. In de expertbijeenkomst is vanuit de praktijk verder verkend wat de toekomst en uitdagingen zijn die de eerste lijn in Nederland te wachten staan.

De eerste lijn: enkele definities en feiten

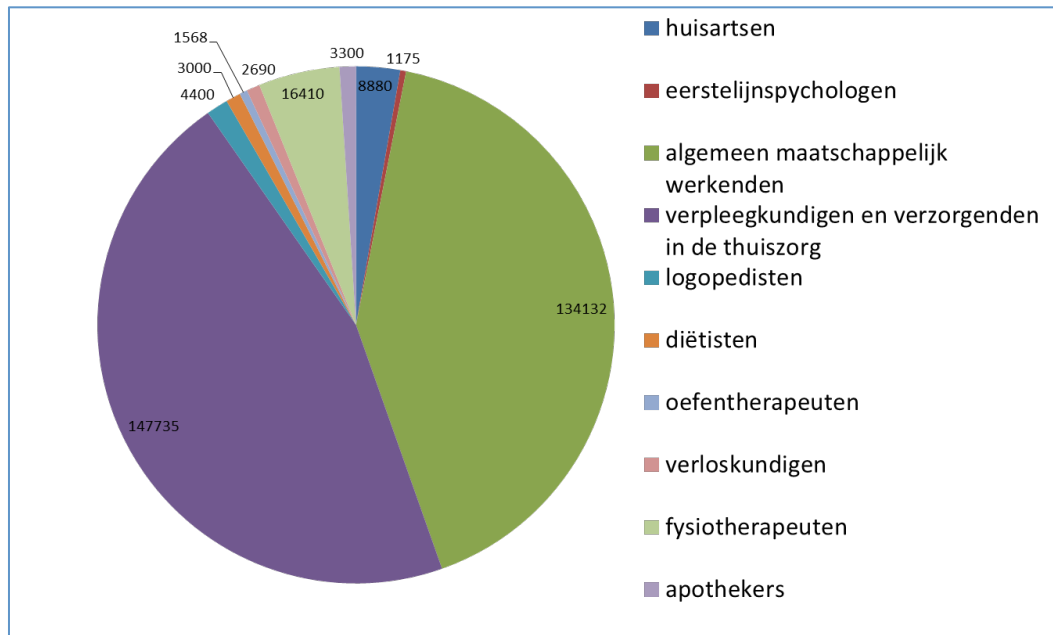
In haar overzichtsstudie noemt het NIVEL de volgende onderscheidende kenmerken van de eerste lijn:

- generalistische zorgverlening,
- laagdrempelige toegang, zowel financieel als geografisch,
- gericht op de mens in zijn omgeving,
- continuïteit van zorg,
- coördinatie van zorg rond patiënten.

In Nederland is er echter niet één instelling, organisatie of autoriteit die voor de eerste lijn de strategie of 'het beleid' bepaalt. Typisch is dat er verschillende aanduiding zijn van de eerste lijn; soms wordt het een 'zorg-domein' genoemd, soms, een 'zorg-veld', soms een sector of een echelon. Er zijn ook verschillende definities van de eerste lijn. De NIVEL overzichtsstudie definieert het als volgt: *"De eerste lijn is de zorg dichtbij huis zoals die wordt geleverd door huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten, verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen"*. In beleidspublicaties van VWS en NZA spreekt men ook wel over *"Direct toegankelijke zorg"*, of *"continue, persoonsgerichte, integrale (levenslang en levensbrede) zorg"*. In openbare publiekpublicaties is de volgende definitie terug te vinden: *"Eerstelijnszorg is zorg waar u zelf zonder verwijzing naartoe kunt gaan. Bijvoorbeeld huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of psycholoog"*.

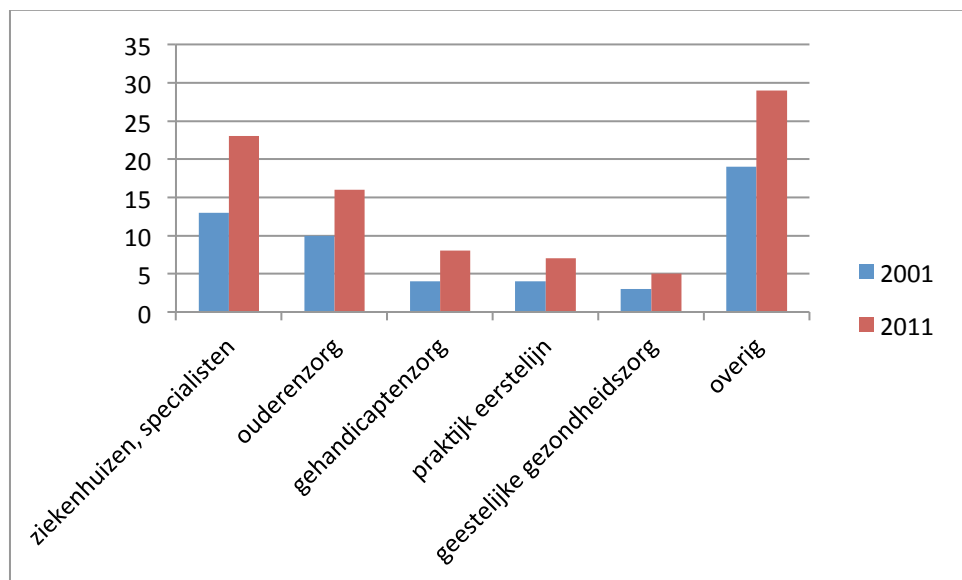
De beroepsgroepen die genoemd worden in dergelijke definities kan bepalend zijn voor de breedte waarmee de eerste lijn wordt beschouwd. Zo valt in de voorgaande definities op dat tandartsen en mondhygiënist niet worden genoemd, evenmin als de GGD en de wijkverpleegkundige. Gaan we

uit van de genoemde definities dan zijn er 300.000 personen werkzaam zijn in de eerste lijn, die naar beroepsgroep als volgt verdeeld zijn:



Internationaal vergeleken heeft Nederland een 'sterke' eerste lijn. Dit wordt onder andere afgemeten aan het aantal medische beroepen dat vrij toegankelijk is.

Binnen de totale uitgaven aan de zorg in Nederland is het aandeel van de eerste lijn praktijk relatief laag, namelijk 8% (zie onderstaande figuur). De uitgaven in de eerste lijn zijn de afgelopen 10 jaar ook minder snel dan de kosten van andere zorgsegmenten.



Gegeven deze kosten is de eerste lijn bedrijfseconomisch beschouwd tamelijk efficiënt:

- 90% van de zorgvragen wordt in de eerste lijn behandeld;
- 70% van de bevolking komt jaarlijks bij de huisartsen;
- 100% staat op naam bij de huisarts ingeschreven;

- Bijna 100% van de bevolking kan binnen 15 minuten de dichtstbijzijnde huisarts gedurende kantooruren bereiken.

Visie op de eerste lijn in Nederland en aandachtspunten voor de toekomst

Inleiding

De eerste lijn en de huisartsenzorg in Nederland beslaan brede zorgdomeinen waarin veel actoren en stakeholders actief zijn. Vanuit strategisch en toekomstperspectief publiceren verschillende organisaties en deskundigen regelmatig hun visie. De Landelijke Huisarts Vereniging (LHV) en InEen zijn bij uitstek de organisaties die toekomstvisies ontwikkelen om van hieruit de belangen van de beroepsgroep te behartigen en de politieke discussies aan te gaan. Ook andere beroepsverenigingen in de eerste lijn doen dat, zij het in vergelijking met de LHV en InEen wat minder prominent. Daarnaast brengen beleidsorganisaties als Zorgverzekeraars Nederland, het Ministerie van VWS het Zorginstituut, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de NPCF ook haar visie op de eerste lijn en de huisartsenzorg in Nederland naar buiten in rapporten, notities en visiedocumenten. Ook een breed onderzoeks- en adviesveld is actief binnen en voor de eerste lijn, zoals het NIVEL, het Jan van Es Instituut, de onderzoekscentra gelieerd aan de UMC's en huisartsinstituten, de Regionale OndersteuningsStructuren (ROSsen), en nog meer grote en minder grote organisaties die ondersteunend zijn aan de eerste lijn en de huisartsenzorg.

Er zijn zeer veel feiten, analyses, ideeën en visies op een rij te zetten over de Nederlandse eerste lijn en huisartsenzorg. Voor deze notitie zijn enkele visies en ontwikkelingen samengevat die recentelijk in openbare publicaties zijn gepubliceerd, door wat de gezaghebbende organisaties en instanties voor de eerste lijn genoemd kunnen worden. Zo maken we te eerste gebruik van de overzichtsstudie 'De Eerste Lijn' die het NIVEL in 2012 uitbracht en enkele andere publicaties van het NIVEL over de huisartsenzorg in Nederland. Daarna schetsen we de visies en verwachtingen van de vier centrale actoren in ons gezondheidszorgsysteem, namelijk die van (1) de zorgverleners (de beroepsverenigingen), (2) de zorggebruikers (de patiëntorganisaties), (3) de zorgverzekeraars en (4) de regering en (centrale) overheid. Uit een vergelijking van deze overzichten extraheren we een aantal thema's, en kijken we over welke thema's discussie en verschillende visies bestaan. Dit stellen we voor als stellingen, discussiepunten voor de expertbijeenkomst, om zo toe te werken naar scenario's die als belangrijk en sturend kunnen worden beschouwd voor de toekomst van de eerste lijn en de huisartsenzorg in Nederland.

Aandachtspunten voor de eerste lijn volgens het NIVEL

In de hiervoor aangehaalde overzichtsstudie De Eerste Lijn die het NIVEL in 2013 publiceerde werden de volgende beleidsinspanningen genoemd als uitdaging voor de toekomst van de eerste lijn:

- Meer zorgcoördinatie om het gebrek aan interne samenhang van de eerste lijn op te lossen

Versnippering van zorgverlening in de eerste lijn wordt genoemd als probleem rond de zorg voor chronisch zieken maar ook voor bij op de wijk afgestemde preventieprogramma's.

- Meer aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid

De poortwachter-, afvang- en substitutiefunctie van de eerste lijn kan alleen goed worden vervuld als de zorg kwaliteit hoogstaand is. Ze heeft daarbij te maken met een omslag van een programmatische, ziektegerichte benadering naar een zorg met het generalistische karakter waarbij het gaat om het centraal stellen van mensen in hun omgeving en niet hun ziekten.

- Blijvend aandacht voor toegankelijkheid

Laagdrempelige toegang is een kernwaarde van de eerste lijn zoals hiervoor genoemd, maar deze staat onder druk door de groeiende zorgvraag. Deze groei komt op haar beurt voort uit toename van multimorbiditeit onder vergrijzende bevolking en substitutie van taken en patiëntgroepen van de tweede lijn en de langdurige zorg naar de eerste lijn. Toegankelijkheid vergt organisatorische inspanningen en vaardigheden die gezien de kleinschaligheid van de organisaties (praktijken) in de eerste lijn niet altijd aanwezig zijn.

Aandachtspunten voor de eerste lijn volgens de LHV

In totaal 17 ambities hebben het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), en het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) in hun 'Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022' opgesteld. Deze Toekomstvisie is gebaseerd op de kernwaarden van de huisartsenzorg:

- Generalistische, persoonsgerichte en continue zorg voor patiënten om voor elke Nederlander optimale zorg te leveren, en
- Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor patiënten bij gezondheidsproblemen en hebben hierbij een belangrijke rol als regisseur

De 17 ambities bestrijken het gehele brede domein van de huisartsenzorg, van het zorgen voor continuïteit in zorg bij doorverwijzing, het ervoor zorgen dat de huisarts minimaal drie dagen per week beschikbaar is voor zijn patiënten én patiënten niet meer dan 2 vast huisartsen hebben, tot het behoren tot de top van het wetenschappelijk onderzoek.

In 2015 heeft het NIVEL onderzoek naar gedaan naar de stand van zaken van alle 17 ambities uit de Toekomstvisie. Daaruit blijkt dat de ambities die de directe patiëntenzorg betreffen, de kern van de huisartsenzorg, 'op schema liggen'. Voor de toekomst (cq. het aansprekende jaar 2020) zal er wel meer aandacht nodig zal zijn op twee punten:

- de rol van de huisarts als coördinator in de jeugdzorg en langdurige zorg, de samenwerking met gemeenten en de GGD-en, en
- het implementeren van benutten van ICT-toepassingen.

De LHV beaamt deze conclusies, en geeft op haar website zelf ook aan dat:

- Voor een efficiënte communicatie met de patiënt meer ICT moet worden ingezet

- Samenwerking met andere zorgverleners steeds belangrijker wordt (bijvoorbeeld met de wijkverpleegkundige, apotheker en psycholoog), ook in lokale en regionale samenwerkingsverbanden, om patiënten een breed zorgaanbod in de buurt te kunnen bieden

Aandachtspunten voor de eerste lijn volgens VWS

Net deze maand is de Beleidsagenda 2016 van het Ministerie van VWS verschenen. Daarin worden op abstract en 'hoog' niveau de kabinetsvoornemens geformuleerd. De eerste lijn en huisartsenzorg worden als niet apart beleidspunt benoemd, maar wel genoemd in de context van ('grote') voornemens en uitdagingen van dit moment. Zo formuleert VWS op een aantal punten wat er in de eerste lijn 'moet' gebeuren, in het algemeen en met de rol van de huisarts in het bijzonder:

- Er moeten betere inkoopmodellen en onderhandelingsprocessen komen
- De wijkverpleegkundige moet samen met huisarts, apotheker en wijkteams voor gecoördineerde zorg in de buurt
- Zorgverzekeraars moeten huisartsen in krimpregio's extra kunnen belonen
- Substitutie van taken van medische specialist naar huisarts moet verder gestimuleerd worden, specialisten en huisartsen moeten daarbij meer samenwerken met bijvoorbeeld e-consulten

Aandachtspunten voor de eerste lijn volgens de NPCF

De NPCF heeft een aantal studies uitgebracht over de huisartsenzorg, de laatste in 2014. Hiervoor heeft de organisatie een groot aantal patiënten gevraagd naar hun ervaringen met de huisartsenzorg, en op basis hiervan beleidsaanbevelingen voor de toekomst geformuleerd. Deze zijn, samengevat, de volgende:

- De toegankelijkheid kan beter. De telefonische bereikbaarheid op de maandag en de ochtenden kan veel beter en meer door digitale communicatie ontlast worden. Ook is wachttijd in de wachtkamer onnodig lang. Fundamenteel is de bereikbaarheid van huisartsen in het geding als patiënten barrières ervaren bij het overstappen.
- De kwaliteit kan beter. Onduidelijke of foutieve triage door de assistent beschrijft de NPCF aan als 'schokkend' en een probleem. Ook verwijst de huisarts niet altijd op tijd door.
- De afstemming kan beter. De NPCF concludeert dat veel mensen ervaren dat de huisarts een ander advies geeft dan andere zorgverleners waarmee zij samenwerkt.

Aandachtspunten voor de eerste lijn volgens de NzA

De Marktscan en Beleidsbrief Ketenzorg van de NzA verscheen in 2014. Daarin wordt ten aanzien van de zorg voor diabetes (DM2), COPD en VRM, die binnen de eerste lijn in zorggroepen en via zorgprogramma's worden aangeboden, de volgende aandachtspunten benoemd:

- Soepeler contractering tussen zorggroepen, zorgverleners en zorgverzekeraars

De NzA noemt 'soepelheid' van contractering als belangrijk knelpunt in de eerste lijn voor wat betreft de ketenzorg. Daarbij baseert ze zich onder andere op onderzoek van NIVEL. De NzA geeft aan dat meerjarencontracten de soepelheid kunnen vergroten. Ook in haar Marktscan Huisartsenzorg uit 2012 (zie hieronder) werd al notie gemaakt van standaardcontracten waaraan huisartsen niets kunnen veranderen¹.

- Transparantere kwaliteit van de ketenzorg

De NzA refereert aan onderzoek dat aantoont dat de kwaliteit van de ketenzorg toeneemt maar nog wel erg verschilt tussen zorggroepen. Onder andere meer transparantie richting patiënt en zorgverzekeraar is nodig. Zogenaamde 'kritieke voorwaarden' worden daartoe door 'de sector' geformuleerd maar nog niet alle zorggroepen hebben deze geïmplementeerd.

- Aantoonbare verlaging van kosten door substitutie via ketenzorg

Het aantal chronisch zieken dat in de tweede lijn wordt behandeld neemt af, maar de totale kosten van de zorg voor deze groepen blijft stabiel. De NzA ziet lagere gemiddelde kosten per patiënt als een uitkomstmaat van zorgprogramma's en ketenzorg. Ze erkent echter dat dit lastig kwantificeerbaar is en aan te tonen.

Twee jaar eerder dan de Marktscan Ketenzorg publiceerde de NzA de Marktscan Huisartsenzorg gepubliceerd. Ook de conclusies uit dat rapport zijn relevant voor deze notitie. De aanbevelingen voor de huisartsenzorg (en daarmee de eerste lijn) die de NzA daarin formuleert zijn de volgende:

- Betere bereikbaarheid buiten kantooruren

De NzA concludeert dat "Een groot deel van Nederland is niet in staat om binnen 15 minuten bij een huisartsenpost te zijn.", maar geeft aan dat dit wel binnen de 'algemeen aanvaarde professionele standaard' valt. Over de telefonische bereikbaarheid velde de NzA daarentegen een positieve conclusie: spoedoproepen worden binnen 30 seconden opgenomen, patiënten zijn tevreden over de openingstijden. Dit is dus een andere conclusie over de bereikbaarheid dan die van de NPCF, zoals hiervoor aangegeven.

- Er is behoefte aan volledige kwaliteitsmeting

De NzA maakt in de Marktscan vooral een opmerking op de volledigheid en aansluiting tussen de verschillende kwaliteitsmetingen en -meetinstrumenten. Zo zijn er verschillende accreditaties en keurmerken, en bieden de Wet BIG en de klachtenmeldingen alleen kaders aan de 'achterkant' van het proces. De uniforme manier om kwaliteit te meten via het programma Zichtbare Zorg Huisartsenzorg lijkt langzaam van de grond te komen; het is in 2007 gestart.

¹ In relatie hiermee kunnen op deze plaats kunnen de afspraken genoemd worden die partijen hebben gemaakt rond de relatie tussen zorgverzekeraars en huisartsen. Juist ook over dit punt is op het niveau van een 'herenakkoord' afgesproken dat contractering transparanter, sneller en voor de huisarts een minder strak keurslijf zal vormen.

Samengevat

De uitdagingen voor de eerste lijn die de verschillende organisaties en instanties noemen vanuit hun verschillende belangen en perspectieven, verschillen maar overlappen ook. Het voert te ver om op deze plaats een politieke analyse te geven van alle uitdagingen van de eerste lijn. Wel kunnen we samenvattend een aantal thema's benoemen die de stakeholders definiëren, met de daarbij behorende vragen en dilemma's die deze oproepen.

- **Kwaliteit** - Zorgprofessionals borgen vanuit hun beroep en opleiding de kwaliteit van zorg; maar moet dit niet meer en meer expliciet gemeten worden? Of zijn er nog te weinig indicatoren beschikbaar, kunnen zorgverzekeraars hier niet genoeg op sturen, en kunnen patiënten wel voldoende op kwaliteit selecteren?
- **Bereikbaarheid en toegankelijkheid** - Dit is een kernwaarde van de eerste lijn, maar staat ze niet teveel onder druk? Hoe blijft toegankelijkheid gegarandeerd als de werkdruk te groot is, in bijvoorbeeld de snel vergrijzende gebieden van Nederland?
- **Samenwerking, coördinatie, ketens** – Al deze begrippen worden binnen de eerste lijn als zeer belangrijk gezien, maar regelmatig wordt nog de fragmentatie en versnippering genoemd. Hoe en hoeveel meer vooruitgang is hierin te behalen, en wie moet hierin de regie nemen?
- **Innovatie** – Van innovatie wordt veel verwacht en daarin loopt de eerste lijn volgens sommigen teveel achter door gebrek aan initiatief, overtuiging maar ook door het gebrek aan middelen en urgentie. Loopt innovatie in de eerste lijn inderdaad zover achter, of worden de kansen hiervan overschat?
- **Substitutie** – Als de eerste lijn een belangrijke bijdrage levert aan substitutie binnen het gezondheidszorgsysteem, en als poortwachter essentieel is voor kostenbeheersing in de tweede lijn en de langdurige zorg, wordt er dan wel genoemd geïnvesteerd in taakherschikking en bemensing van de eerste lijn? Of komt substitutie binnen de eerste lijn niet voldoende tot stand door gebrek aan veranderzin of andere barrières?
- **Organisatieontwikkeling** – Zorgverlening in de eerste lijn moet dicht bij de mensen beschikbaar zijn, maar ook goed en professioneel georganiseerd worden. Kun je dat van zorgprofessionals verwachten of zetten zij beter management-professionals in op het gevaar af dat ook in de eerste lijn er een kloof tussen bestuur en werkvloer ontstaat?
- **Continuïteit van zorg** – ook een belangrijke kernwaarde van de huisartsenzorg en een hoofddoel van een geïntegreerde eerste lijn. Maar die de hierboven genoemde samenwerking en coördinatie wel op een zodanig niveau dat continuïteit van zorg voor alle type patiënten en aandoeningen gewaarborgd is? Of spelen fragmentatie en bekostigingsschotten in de eerste lijn, net als in de tweede lijn, de rol van de huisarts als regisseur en casemanager zoveel parten dat een systeemverandering nodig is?

Het wordt met de bovenstaande lijst duidelijk dat de huisartsenzorg en de eerste lijn voor een groot aantal vragen en dilemma's staan. Het betreft stuk voor stuk complexe situaties waarin typisch ook de belangentegenstellingen scherp zijn. Zo is ook in de eerste lijn de patiënt afhankelijk is van de expertise en oordeel van de dokter, verpleegkundige of paramedicus; ook al gaat het soms om relatief eenvoudige klachten, ziekten en aandoeningen. Maar hoe ver kan men gaan in het 'empoweren' van patiënten, inclusief het mede verantwoordelijk maken van patiënten voor hun eigen zelfzorg, voorzorg en gezondheid? Een ander complex en gevoelig terrein is dat van de

kostenbeheersing. Hoe ver mogen zorgverzekeraars gaan in het realiseren van kostenbesparingen in de eerste lijn? Gegeven dat al kosten worden bespaard als patiënten meer in de eerste lijn worden behandeld? Ook rond kwaliteit, kwaliteitsindicatoren en kwaliteitssystemen zijn de belangen en tegenstellingen scherp. Zorgprofessionals bepalen traditioneel de toegang tot hun eigen opleiding en beroepsgroep, en zien snel hun autonomie en professionaliteit bedreigd.

De discussiebijeenkomst

Inleiding

Het bovenstaande is input geweest voor een discussiebijeenkomst waarin verschillende experts in een vrije rol hun visie op het onderwerp ‘arts en de eerste lijn’ hebben gegeven. Naast de samenvatting van vragen en uitdagingen zijn tevens drie discussiethema’s voorgelegd die de toekomst van de eerste lijn en de huisartsenzorg in Nederland zouden kunnen gaan bepalen. De discussiethema’s zijn nadrukkelijk als scenario’s geformuleerd, zonder dat daaruit de opdracht voortvloeit te bepalen welke toekomst(en) het meest waarschijnlijk of wenselijk zijn. Als we op een afstand naar de eerste lijn en de huisartsenzorg in Nederland kijken, kan op veel dimensies zowel een heel negatief beeld worden geschetst (‘het glas is half vol’), als een positief beeld (‘het glas is half leeg’). De scenario’s zijn dan ook bedoeld geweest als inspiratie voor de deelnemers om vanuit hun eigen, maar ook op verschillende manieren naar het centrale thema te kijken.

De drie discussiethema’s of scenario’s waren:

1. Wat zou er gebeuren als de zorgconsumenten (patiënten) zo geïnformeerd, deskundig vaardig en zelfredzaam zouden worden dat de asymmetrische verhouding tussen zorgverleners en zorgafnemer in de eerste lijn is verdwenen? Is dit een ideaaltype waarnaar gestreefd zal moeten worden? Zal het op macro-niveau een slechter of beter werkende eerste lijn opleveren? Hoe zouden patiënten en zorgverlener zich gaan gedragen? En wat houdt dit scenario eigenlijk tegen?
2. Hoe zou de toekomst eruit zien als de zorgverleners niet meer gecontracteerd en gecontroleerd zouden worden door zorgverzekeraars en overheid? Stel dat de autonomie en het ideaaltype van het vrije beroep weer zou gelden voor zorgverleners, wat betekent dit voor de rol van de overheid en de zorgverzekeraar? Hoe zullen die zich gaan gedragen? Hoe zullen zorgverleners zich gaan gedragen? En ook hier weer: zal het op macro-niveau een slechter of beter werkende eerste lijn opleveren?
3. Wat zou er gebeuren als zorgverleners in de eerste lijn allemaal met dezelfde informatiesystemen en budgetfinanciering te maken zouden krijgen? En, nog een stapje verder, in dienst zouden komen van een NHS-achtig systeem? Zou eerstelijns zorg geleverd kunnen worden zonder dat er gestuurd hoeft te worden op kosten en prijzen maar wel op kwaliteit en toegankelijkheid)? Zal dit leiden tot perfecte coördinatie en samenwerking tussen zorgverleners?

Experts zien ‘inertie’ van de beroepsgroepen in de eerste lijn als een bedreiging ...

In de bijeenkomst levert eerste inventarisatieronde langs de experts een divers beeld op aan uitdagingen, problemen en kansen die men ziet in de eerste lijn en de huisartsenzorg in Nederland.

Als eerste categorie worden knelpunten genoemd die 'naar binnen kijken', die de beroepsgroepen van de eerste lijn zelf betreffen. Concreet wordt de vergrijzing van huisartsen genoemd, in combinatie met de zorg dat oudere huisartsen momenteel teveel de bestuurlijke posities innemen. Als beroepsgroepen te lang in een traditie blijven werken ontstaat inertie, verliest men progressiviteit en vernieuwingsdrang. Zo ontstaat niet (of: niet op tijd) ruimte voor nieuw elan en de vernieuwing die nodig is om de eerstelijns uitdagingen te kunnen aangaan. Een aantal experts is hier pessimistisch over. Vernieuwing zal niet vanuit huisartsen en bestaande zorgaanbieders in de eerste lijn komen. Er is samenwerking en schaalvergroting in de eerste lijn maar niet met het doel om te vernieuwen. Het versterkt eerder specialisatie. De uitdagingen die op de eerste lijn afkomen worden nu onderschat door zowel professionals als hun bestuurders/managers.

... en dit kan vooral een probleem worden omdat de cliënt en concurrentie sneller veranderen dan men inschat

Wat betreft die uitdagingen (de blik 'naar buiten') zien de experts vooral de trend dat in snel tempo nieuwe zorgvragen en wensen van een nieuw type cliënt/patiënt ontstaan. Het zijn vragen en wensen van bijvoorbeeld ouderen met complexe zorgvragen, multimorbiditeit en een groeiende vraag naar GGZ-diensten. En het zijn zorgvragen van burgers die zoveel mogelijk zelf in de hand willen houden, onder andere met nieuwe technologie die ze ook van zorgaanbieder verwachten. Het zou goed kunnen dat andere zorgaanbieders deze groeimarkt gaan weggapen omdat die flexibeler, ondernemings- en klantgericht werken als uitgangspunt hebben. Commerciële bedrijfsmodellen worden een serieuze bedreiging in termen van nieuwe spelers of toetreders. Partijen van buiten lijken de eerste lijn te hebben ontdekt als 'nieuwe markt', getuige bijvoorbeeld de ketenvorming in bijvoorbeeld de mondzorg. Maar ook minder voor de hand liggende partijen als beleggers en pensioenfondsen gaan zich met de eerste lijn bemoeien. En wat gebeurt er als schoonmaakbedrijven zich op de markt van noodzakelijke zorg gaan begeven?

Samenwerking werkt, maar substitutie werkt ook concurrentie in de hand

Als antwoord op de nieuwe zorgvragen en concurrentie lijkt samenwerking de preferente weg naar een duurzame of vernieuwende eerste lijn. Een aantal experts vraagt zich af of dit gaan lukken, danwel of dit op tijd gaat lukken. Samenwerkingsverbanden als zorggroepen zijn snel ontstaan maar kunnen zij de substitutiedoelstellingen waar maken? Ziekenhuizen zien niet werkloos toe hoe misschien wel 20% hun zorgvraag in de eerste lijn bediend gaat worden. Zij brengen hun zorgaanbod naar de patiënten in de eerste lijn toe: extramuralisering. Huisartsen en andere eerstelijns organisaties zoeken de specialistische tweede lijn op, en met zorggroepen lijkt dit goed gelukt te zijn; alhoewel dit alleen voor een aantal chronische patiëntgroepen geldt. Extramuralisering van de tweede lijn én specialisatie van de eerste lijn kan zowel tot samenwerking én concurrentie leiden.

En is de eerste lijn wel voorbereid op de nieuwe rol van de gemeenten; en andersom?

Een ander terrein waar de eerste lijn kansen maar ook bedreigingen tegen komt is het sociale en welzijns-domein. Zijn gemeenten voldoende op de hoogte wat huisartspraktijken en eerstelijns organisaties kunnen en doen? Sociale wijkteams worden nu snel opgebouwd, maar welke rol spelen huisartsen hierin? Moeten zij zich niet breder opstellen en minder ziekte- en diagnostiek-gericht opstellen? Of wordt dit een nieuwe werkverdeling: sociale wijkteams zorgen voor de zorg en ondersteuning in de brede zin des woords, waardoor huisartsen zich juist meer op hun medische

functies moeten/kunnen gaan toeleggen? Hier zitten grote onzekerheden. Of huisartsen zich willen en kunnen toeleggen op preventie, welzijn, kwaliteit van leven, zelfmanagement, zal ook afhangen welke rol andere eerstelijns partijen gaan vervullen. Nieuwe aanbieders werden al genoemd, maar ook nieuwe combinaties of vormen van eerstelijns praktijken. Ook zit onzekerheid bij het zorgbeleid van de gemeenten, dat in veel gevallen nog in wording is omdat alle energie naar de transitie en nieuwe zorginkoop-rollen gaat. Maar dat gemeenten meer de regisseur gaat worden van het zorg- en welzijnsdomein is volgens de experts duidelijk. Het is voor gemeenten zaak nu beleidscompetenties op de zorg en visie te ontwikkelen. Dit bouwt voort op de verantwoordelijkheid die gemeenten traditioneel al hebben voor de leefomgeving en niet te vergeten de lokale/regionale arbeidsmarkt. Gemeenten kunnen samenwerking en ondernemerschap in zorg en welzijn gaan faciliteren als zij zich ook meer gaan verdiepen en bemoeien met het zorgproces. Dat is iets anders dan zo efficiënt mogelijk zorg inkopen. Het betekent het (her)definiëren van de gedeeltelijke verantwoordelijkheid over gezondheid en zorg van de bevolking van de gemeente. En tenslotte hebben gemeenten ook een primaire verantwoordelijkheid in het behouden van solidariteit en gelijk toegang tot zorg op hun lokale niveau. Deze systeem-verantwoordelijkheid staat onder druk door kostenbeheersing, bezuinigingen en stelselveranderingen die de laatste jaren in hoog tempo zijn doorgevoerd.