

Vorbij de eerste lijn

Enkele tientallen jaren heeft het concept ‘eerste lijn’ een belangrijke functie gehad om orde te brengen in de gezondheidszorg. Het denken in ‘lijnen’, als ordeningsprincipe voor de volksgezondheid, is tegenwoordig obsoleet. De zelfstandige huisartsenzorg heeft haar langste tijd nu echt wel gehad. Nieuwe, complexere structuren dienen zich aan: geïntegreerde basiszorgorganisaties. De krijgskunde kan bijdragen aan de gedachtevorming.

Het concept ‘eerste lijn’ fungeerde als hulpmiddel bij de verdeling van geld. Men dacht er greep mee te kunnen krijgen op de patiëntenstromen. Minder uitgesproken was de hoop op een verbetering van de volksgezondheid. Deze bijdrage grijpt terug op de historie van de eerstelijns, kijkt naar de huidige knelpunten in en blikkt vooruit op de toekomst.

Begin jaren zestig kreeg professor dr Arie Querido (1901-1983) van de WHO de opdracht om een advies uit te werken over de structuur van de gezondheidszorg. In Genève studeerde hij in 1962 een maand lang op dit thema. Om in de diverse zorgvormen enige ordening aan te brengen bedacht hij ter plekke het begrip ‘échelon’. In het Frans is dat de sport van een ladder. Ook in militaire kringen is het geen onbekende term. Querido doelde met dit begrip op ‘analoge structuren die zodanig met elkaar verbonden zijn dat zij een functioneel geheel vormen’.¹

In Nederland heeft dit begrip, later vertaald door ‘lijn’, breed ingang gevonden. In de ruim vijftig jaar geleden verschenen *Structuurnota Gezondheidszorg*, ook wel ‘nota Hendriks’ genoemd, was de echelonnering, naast de regionalisering, het toverwoord.

Querido was zijn tijd echter te ver vooruit. Hij was niet goed begrepen. Het ging hem er helemaal niet om dat instellingen of beroepsgroepen een plaats toegewezen kregen in een ‘lijn’, om vervolgens te horen te krijgen dat ze zich niet buiten hun domein mochten begeven. Querido dacht – toen al – in *functies*, zodat verschillende instellingen, bijvoorbeeld een ziekenhuis, zich *functioneel* in verschillende échelons konden bewegen.

Pas in de jaren negentig werd deze functionele benadering gemeengoed in de gezondheidszorg. Zo wordt in de GGZ het schisma tussen ambulante (tweede lijn) en de

¹ Jaap van der Stel (1999) Arie Querido. Pleitbezorger van de sociale dimensie. In *Honderd jaar sociale arbeid. Portretten en praktijken uit de geschiedenis van het maatschappelijk werk*. Berteke Waaldijk, Jaap van der Stel en Geert van der Laan (red.). Van Gorcum: Assen.

klinische zorg (derde lijn) als een achterhaald tijdsverschijnsel gezien. Nu staat daar het concept van de ‘multifunctionele eenheid’ in de belangstelling.

De echelonnering à la overheid leidde ertoe dat niet zozeer ‘kennis’, zoals Querido zich dat had voorgesteld, maar patiënten werden doorgeschoven. De integrale benadering in de gezondheidszorg kwam in de ogen van Querido maar moeilijk van de grond. De echelonnering, in de draai die de rijksoverheid daaraan gaf, was daar debet aan. Querido wilde dat via de consultatiemethode tussen instellingen en beroepsgroepen kennis zou worden overgedragen. Hij beseftte echter dat elke vorm van samenwerking inhoudt dat een stuk zelfstandigheid moet worden ingeleverd. Dat roept altijd weerstand op.

Inmiddels wordt in de meer vooruitstrevende regio’s driftig geëxperimenteerd met grensoverstijgende samenwerking tussen de gespecialiseerde voorzieningen en huisartsenpraktijken (eerste lijn). Transmuralisering luidt nu het credo.

Stratego – leren van krijgskunde

Wellicht dachten de beleidsmakers op het departement echt alleen maar aan de trap van een ladder. Met het ministerie van defensie hadden ze niks te maken. In de krijgskunde echter was echelon de aanduiding van een gevechtseenheid in de hiërarchisch opgebouwde legerorganisatie. In het eerste echelon zaten de verkenners en de infanteristen. Iedereen die wel eens *stratego* heeft gespeeld kan zijn fantasie de vrije loop laten. In het denken van de generaals moest de eerste lijn de klappen opvangen. Daar konden ‘bressen’ in worden geslagen. Dan pas mocht de volgende linie het werk overnemen. De tweede linie was duurder, knapper en gaf meer aanzien. Deze moest dus kunstmatig schaars worden gehouden.

De eerste lijnsgezondheidszorg werd gevormd uit de vrijgevestigde huisartsen, geflankeerd door maatschappelijk werk, gezinszorg en wijkverpleging. Jarenlang had de eerste lijn de ideologische wind in de rug. Huisartsen werden ook steeds zelfbewuster en gingen zich hecht organiseren in organisaties als de LHV en het NHG. Het NIVEL (Nederlands instituut voor eerstelijns onderzoek) stond ook voor de belangen van de andere disciplines. In plaats van *stratego* speelde het NIVEL echter jarenlang *risk* met de tweede lijn als denkbeeldige tegenstander. Tot in den treure riep het op tot ‘versterking’ van de eerste lijn – het concept zelf stond nooit ter discussie.

Ervaren stratego-spelers weten dat je nooit wint als je stelselmatig de stukken met de laagste rangen vooraan plaatst. Voor de tegenstander ben je dan een makkelijke prooi. En aanvallen

lukt al helemaal niet. Dit basale inzicht heeft helaas nog nauwelijks vat gekregen op de overheid. Koste wat kost koerst men nog steeds op de eerste lijn – de huisarts voorop. Deze heeft zelfs de weinig benijdenswaardige rol van ‘poortwachter’ toebedeeld gekregen. De te passeren man of vrouw, die naast de functie van wachter ook nog behandeltaken van de tweede lijn moet overnemen. In het *Regeerakkoord* staan er mooie woorden over. Wat daar niet staat is dat de eerste lijn haar flexibiliteit en wendbaarheid verloren heeft.

De eerste lijn is moe en verkrampt. De eerste lijn heeft haar glans verloren. Jarenlang zijn alle pretenties maar ook alle financieringsperikelen verschoven en verdicht op deze aanvalslinie. De huisartsen werden geacht steeds meer te doen. Met naar verhouding steeds minder middelen. In hun enthousiasme hebben de stafmedewerkers van hun organisaties aan die overbelasting volop meegewerkt. Geen probleem of de huisarts had er een taak in. Cure, care of preventie - vroegtijdige signalering tot en met ‘lichte’ operaties: kom maar op. Dat steeds meer huisartsen hun lier aan de wilgen hangen is de ‘schuld van de overheid’. Niet het failliet van een pretentie.

Uit de moderne krijgskunde kunnen we leren dat met licht bewapende aanvalstroepen tegenwoordig geen oorlog meer is te winnen. De strategie is erop gericht op basis van optimale informatievoorziening gerichte interventies te plegen. De oorlog in Kosovo staat ons nog goed bij. Het ging om ‘precisiebombardementen’ en tactische aanvallen met gevechtshelikopters. Ze werden ‘klinisch’ genoemd om het gruwelijke karakter ervan te verhullen. De ‘grondtroepen’ (de eerste lijn) waar vooral de linkse politici om vroegen, bleven op de achtergrond. Ze kwamen pas toen de oorlog voorbij was.

Ik denk dat er ook voor de gezondheidszorg veel valt te leren uit deze en andere militaire ervaringen. Een doeltreffende en doelmatige verbetering van de gezondheidszorg is lastig te bereiken met allerlei losse eenheden, ook al zijn ze gegroepeerd in abstracte ‘lijnen’. Een lijn heeft geen doel, anders dan grenzen stellen, filteren en klappen opvangen. Het gaat er echter om welke doelen je wilt bereiken en welke middelen je daarvoor nodig hebt. Dat vereist informatie over de uitgangssituatie en de gevolgen van de interventies. Daar heb je functionele eenheden voor nodig die elkaar aansturen en opereren binnen een goed geformuleerde strategie.

Vergane glorie – zoektocht naar een alternatief

De eerste lijn heeft haar glorietijd allang achter zich gelaten. De huisartsen mopperen het meest hoorbaar. Zij hebben de laatste tien jaar dan ook het meest opvallend een achteruitgang in hun positie meegemaakt. In materieel opzicht, maar natuurlijk ook in morele zin. In de

ogen van hun patiënten zijn ze van hun voetstuk gevallen en dat doet pijn. De zelfstandig gevestigde huisarts is als formule op z'n retour. Terug naar het oude is niet meer mogelijk. In de ontwikkeling van hun vak is de enige uitweg een volledige integratie in nieuwe zorginstellingen. Breed toegerust, transmuraal en vooral hoogwaardig. Liefst met één voordeur, heel veel tussendeuren en, zo nodig, vele achterdeuren. En dáár hoeven echt niet alleen huisartsen op wacht te staan.

De basiszorgorganisaties die mij voor ogen staan zouden dan wel op een grotere schaal moeten werken, bijvoorbeeld die van de omvang van tenminste 30.000 cliënten. De financiering moet op de organisatie van de zorg worden afgestemd. Nu vindt nog steeds het omgekeerde plaats. Minister Borst heeft daar in twee kabinetsperioden nauwelijks verandering in aangebracht. Traditionele organisatorische scheidslijnen die niet eenduidig de zorgverlening ten goede komen hebben geen bestaansrecht. De praktijk is nog anders.

Ik stel me zo voor dat cliënten of patiënten zich inschrijven bij een gezondheidscentrum dat voorziet in alle basiszorg. Inclusief geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk en thuiszorg. Misschien wel met een paar bedden als dat zo uitkomt. De mammoetorganisaties die nu de zorg bestieren kunnen beter in mootjes worden gehakt – sommige zijn daar overigens al mee begonnen. Als voertuig voor disease management en integrale zorg hadden ze toch al niet zo veel te bieden. Het zou het mooiste zijn als er tussen die nieuwe basiszorgorganisaties concurrentie zou bestaan, – dan valt er nog wat te kiezen.

Huisartsen doen er goed aan zich uit de eerste lijn – de linie die altijd de eerste en de meest rake klappen krijgt – te bevrijden. Beter dan wegvlugten in een ander beroep kunnen ze ervoor ijveren geïntegreerde gezondheidscentra op te zetten. Eenheden voor elementaire zorgverlening én gespecialiseerde behandelingen. Met als oogmerk het behoud en de bevordering van de volksgezondheid. Daar is niet meer geld voor nodig – een betere organisatie kan voor hetzelfde budget. Moderne managementtechnieken en organisatieconcepten plus de toepassing van elektronica hebben de indeling in 'lijnen' ingehaald. Zonder al het grensverkeer dat nu een snelle en adequate hulpverlening hindert en die de huisarts tot kop van jut heeft gemaakt. Het sturen van grensverkeer tussen lijnen of circuits is moeilijk. Poortwachters hebben daarin een onduidelijke en ondankbare taak. Het verbaast me dat de belangenorganisaties van huisartsen hun achterban niet luid en duidelijk voor deze heilloze constructie hebben gewaarschuwd.

Die nieuwe organisaties zijn in mijn fantasie ook voorzien van 'helikopters' voor het overzicht en effectieve en kostenbesparende interventies. Beter snel een hoogwaardige interventie dan nutteloos 'lapwerk' in de eerste lijn. Er zijn voldoende voorbeelden te

bedenken waarin de eerste lijn een onnodige hindernis is voor adequate hulp. Een inhoudelijk werkzame en bedrijfskundig doelmatige behandeling dient richtsnoer te zijn voor het handelen. Niet of die door de eerste of tweede lijn wordt uitgevoerd. Nog beter is het de 'eerste lijn' op te heffen en iets beters tot stand te brengen.

Jaap van der Stel

De auteur is als onderzoeker verbonden aan De Geestgronden