

EEN STEVIG FUNDAMENT

Regionale ondersteuning voorwaarde voor versterking eerste lijn

Sinds 1 januari 2005 is de 'module voor regionale ondersteuning' van toepassing. De invulling hiervan is echter nog steeds onduidelijk. De branchevereniging van de regionale ondersteuningsstructuren voor de eerste lijn - LVG - constateert veel verschillen in aanpak.

JAN ERIK DE WILDT

Eind 2003 besloten het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om de ondersteuning voor de eerstelijnszorgaanbieders op een andere leest te schoeien. Niet langer meer de monodisciplinaire ondersteuning. In plaats daarvan zijn er nu premiegefinancierde regionale ondersteuningsactiviteiten en deze zijn eerstelijnsbreed. Het beschikbare budget voor ondersteuning van huisartsen, verloskundigen en paramedici bedroeg tot en met 2003 ongeveer 30 miljoen euro per jaar. Voor de nieuwe ondersteuning is circa 18 miljoen euro beschikbaar, waarvan 2 miljoen voor het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), ten behoeve van richtlijnontwikkeling voor huisartsen. Andere eerstelijnsdisciplines kunnen een beroep doen op projectsubsidies voor landelijke richtlijnontwikkeling.

De regionale zorgverzekeraar bepaalt als budgethouder de verdeling van deze gelden. Dit gebeurt meestal op basis van een analyse ter versterking en modernisering van de eerste lijn. Het

Nieuwe werkwijze vergroot de flexibiliteit

budget wordt vastgelegd in een regio-plan. Op basis daarvan worden contracten voor bepaalde tijd gesloten. Er is geen sprake van een landelijke blauw-

druk. De zorgverzekeraars mogen op basis van eigen inzichten en visie te werk gaan. Door marktwerking zijn nieuwe en oude partijen bepaalde activiteiten gaan uitvoeren. Deze werkwijze moet de flexibiliteit vergroten. Geen centrale regie, maar het aanbod afgestemd op de vraag.

KEUZE MAKEN

Deze vrijheid leidt tot verschillende werkwijzen. Vrijwel overal zijn zorgverzekeraars in overleg getreden met de zorgaanbieders over de ondersteuningsactiviteiten voor de versterking van de eerste lijn. Maar in sommige gebieden was er sprake van een slechte onderlinge verstandhouding en dat leverde uiter-

REGIONAAL ECHOCENTRUM

In de regio Arnhem werken de verloskundigen en gynaecologen samen binnen het zogenaamde Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). Eén van de werkgroepen van het VSV onderzoekt de haalbaarheid van een gezamenlijk op te zetten eerste- en tweedelijns echocentrum. Carans - een serviceorganisatie voor eerstelijns zorgverleners - biedt advies en ondersteuning bij inhoudelijke werkafspraken, de juridische rechtsvorm, de uitvoerende organisatie, het gebouw, overleg met de zorgverzekeraar enzovoort.

Concreet houdt dit in dat er waarschijnlijk een coöperatie met een evenredige inbreng van de betrokken verloskundigen en gynaecologen komt. Ook wordt een bedrijfsplan opgesteld, waarin inhoud, marketing, financiering en organisatie worden vastgelegd. Er vindt een locatieonderzoek plaats, met als uitgangspunt een zelfstandige en geïntegreerde positionering in de eerste lijn. Met zorgverzekeraar Menzis is overleg over de beoogde effecten op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Ook het effect van een dergelijke pilot voor de verzekerden in de overige werkgebieden van Menzis heeft daarbij de aandacht. Daarnaast moet de zorgverzekeraar bepalen in welke verzekeringsvorm het echocentrum wordt aangeboden. Het toekomstige regionale echocentrum bevat dus interessante elementen voor de cliënt/patiënt, de zorgverleners en de zorgverzekeraar.

Carans en Scoop zijn twee nauw samenwerkende regionale ondersteuningsstructuren die actief zijn in het werkgebied Arnhem tot Oost-Gelderland respectievelijk Stedendriehoek tot Salland (zie ook www.carans.nl). Regionale initiatieven op het gebied van prenatale screening worden in kaart gebracht en de expertise gedeeld. Tot slot vindt er ook afstemming plaats met andere ROS'en die dergelijke projecten begeleiden. ■

aard de nodige problemen op. In alle werkgebieden is uiteindelijk een regio-plan opgesteld. Vervolgens stond iedere zorgverzekeraar voor de keuze: contractering van de ondersteuningsactiviteiten bij één organisatie of juist bij meerdere partijen? De meeste zorgverzekeraars hebben gekozen voor één partij: de regionale ondersteuningsstructuur (ROS). Deze ROS'en zijn zeer pluriform.

Enkele zorgverzekeraars hebben de ROS niet het totale budget toegekend, maar een deel - 1 tot 40 procent - geoordeeld voor specifieke projecten. Daarvoor kan de ROS worden ingezet, maar kunnen ook specifieke leveranciers in de arm worden genomen, bijvoorbeeld voor ICT.

Een aantal zorgverzekeraars heeft gekozen voor een volledig projectmatige contractering. In dat geval zijn er meerdere partijen die de activiteiten uitvoeren. Bijvoorbeeld partij X bij crisismanagement bij opvallende praktijken, partij Y voor implementatie van kwaliteitsrichtlijnen en partij Z om de bijscholing te verzorgen. Voor huisartsen is het daardoor vaak niet duidelijk bij wie ze zich moeten melden. Dit heeft er al toe geleid dat er klachten komen over het ontbreken van ondersteuning.

OVEREENSTEMMING

Kortom: er zijn veel verschillen in de uitvoering. Desondanks bestaat er een redelijke overeenstemming over de activiteiten ter versterking van de eerste lijn:

- **Kwaliteit en innovatie.** Bijvoorbeeld de implementatie van landelijke richtlijnen en innovatieve werkwijzen zoals diabeteszorg. Maar ook het opzetten van multidisciplinaire scholing zoals bij astma/COPD. In veel regio's moeten nieuwe afspraken worden gemaakt over accreditatie. Hierbij kan de ROS een rol spelen.
- **Continuïteit.** In veel gevallen het monitoren van het zorgaanbod. Hoeveel zorgaanbieders zijn er? Wanneer ontstaan er continuïteitsproblemen? Maar ook afstemming met de gemeente over de zorg in een bepaald gebied. Of het waarnemen in crisissituaties.
- **Regionale afstemming.** Afstemming met andere partijen, zoals ziekenhuizen, GGZ, provincie, thuiszorg en huisartsenposten.

- **Preventie.** De regionale organisatie van de preventie (griep en cervix). Hiervoor is separaat budget beschikbaar en het is feitelijk alleen organisatorisch ondergebracht bij de ROS.

MEER BUDGET NODIG

De ondersteuning van de eerste lijn concentreert zich op huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten en in mindere mate op logopedisten en oefentherapeuten. De redenen hiervoor zijn het beperkte budget, de inkoopspecificaties van de zorgverzekeraar, het reduceren van de monodisciplinaire structuur van de huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten (die al waren gewend aan ondersteuning) en de *span of control* van een startende organisatie. Slechts in enkele regio's zijn eerstelijnsdisciplines er in de volle breedte bij betrokken. In de visie van de meeste zorgverzekeraars en ROS'en bestaat de doelgroep uit alle eerstelijnsdisciplines. Voordat de activiteiten structureel worden uitgebreid, zal echter ook het budget moeten toenemen.

De meeste ROS'en zijn stichtingen met een onafhankelijk bestuur. Er is een directeur of coördinator en een aantal medewerkers. De medewerkers zijn of geografisch ingedeeld of thematisch. Als er een regiocoördinator is, dan is hij het aanspreekpunt voor alle eerstelijnszorgaanbieders. Bij een thematische indeling is de medewerker gekoppeld aan een discipline (bijvoorbeeld verloskundigen) of aan een onderwerp (zoals kwaliteit). Door de kleine omvang van organisaties zijn er ook combinatie- of matrixfuncties.

De zorgaanbieders zijn veelal vertegenwoordigd in de adviesraad of het adviesplatform. Daarmee wordt overlegd over de invulling van de activiteiten - bijvoorbeeld een jaarplan. De adviesraad kan een belangrijke functie hebben voor de organisatie om de binding met het veld te onderhouden. In de adviesraad zijn vaak meerdere disciplines vertegenwoordigd, al zijn de activiteiten - voornamelijk - beperkt tot enkele disciplines.

HUISARTS ALS SPIL

Voor huisartsen is er veel veranderd. Minder budget, minder zeggenschap, meer afnemers en meer diversiteit. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is alleen nog belangenbehartiger, dat is duidelijk. Nu moet er nog meer duide-

DIT BEELD IS NIET
BESCHIKBAAR
VOOR HET NET

SAMENVATTING

- Sinds 2005 bestaat er één regionale ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn. In principe voor alle beroepsgroepen, maar in eerste instantie voor huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en Mensendieck.
- De regionale organisatie leidt tot diversiteit en pluriformiteit, waar alle partijen nog aan moeten wennen. Maar na een moeizame start is de eerstelijns ondersteuning nu overal van start.
- Het doel: de versterking van de eerstelijnszorg als belangrijkste peiler binnen het nieuwe zorgstelsel.

lijkheid komen over de werkwijze van de ROS'en. In alle regio's is men daar druk mee bezig.

De ROS'en kunnen zich ontwikkelen tot regionale kristallisatiepunten

ROS'en kunnen als intermediair fungeren

voor modernisering van de eerste lijn. Een sterke eerste lijn met een belangrijke positie voor de huisarts. De huisarts heeft

als enige contacten met alle andere zorgaanbieders en is daarmee de spil van de eerstelijnszorg. Maar samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines en afstemming met de tweede lijn is nodig om een adequaat aanbod te kunnen bieden op de gedifferentieerde vraag van de patiënt.

De ROS'en kunnen als intermediair fungeren voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan belangrijke zaken als kwaliteit en continuïteit overlaten aan een regionale sparringpartner.

De ROS functioneert alleen als met de belangen van de drie betrokken groepen - patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar - wordt rekening gehouden. Om dit toekomstscenario mogelijk te maken, is het in de visie van de LVG noodzakelijk dat de ROS een in de regio duidelijke, herkenbare en aanspreekbare structuur is. Voldoende budget is een belangrijke voorwaarde om de ondersteuning uit te laten groeien naar alle eerstelijnsdisciplines. En dat is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de eerstelijnszorg hét fundament blijft onder een goed zorgsysteem. ■

Jan Erik de Wildt MHA,
interim-coördinator van de afdeling Ondersteuningsorganisaties van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)

Correspondentieadres: wildt@lvg.org

DIT BEELD IS NIET BESCHIKBAAR VOOR HET NET

VELDWERK

'Het krukje'



Slechts zelden ga ik met tegenzin naar een stage. Maar nu moet ik me toch echt door het co-schap gynaecologie heen slepen. Vol goede moed was ik begonnen, maar al na één week was alle enthousiasme uit me geslagen. Ik was ervoor gewaarschuwd, deze stage is geestdodend. En niet vanwege de vele ethische vraagstukken die voorbijkomen, maar vooral door 'het krukje'.

Ik zal het even uitleggen. Tijdens deze stage sta je één week ingepland op de poli. Ook alle andere tijd die je over hebt, ben je op de poli. En gezien de vakantieperiode heb ik bij elkaar bijna drie weken poli gehad. Helaas geen eigen patiënten, maar gewoon meekijken, letterlijk. Luisteren, kijken en zitten op een krukje.

Al snel krijg ik rugpijn van de ongemakkelijke houding, tijdens het tweede consult stijgt de pijn naar mijn hoofd en heb ik al mijn concentratie nodig om wakker te blijven. Af en toe vang ik nog een flard van de anamnese op, maar het verband is weg. Gelukkig kan ik regelmatig even de benen strekken en mag ik meekijken met het gynaecologisch onderzoek. Meekijken wel te verstaan, want zelf uitvoeren is te belastend voor de patiënt. Hoe moet ik het dan ooit leren! Bij interne en chirurgie mocht ik het rectaal toucher altijd zelf uitvoeren. Dan leer je pas wat je moet voelen. Mijn score deze stage is vijf keer een speculum-onderzoek en twee keer een vaginaal toucher. Echt geen flauw idee wat fysiologisch en wat pathologisch is.

Gelukkig heb ik mijn stage weer gehaald. Ik word zeker geen gynaecoloog, maar ik heb medelijden met mijn mede-co's die dat wél willen gaan doen. Want 'krukje zitten' is echt niet leerzaam.

Mysterico

de co-assistent