

‘De GGZ van de toekomst: anders denken, anders doen, anders organiseren’

Ronde-tafel sessie bij Bureau Obelon, 19 juni 2015

Ook zo benieuwd naar de toekomst van de GGZ na de decentralisaties? Wij spraken er over met een bijzonder en gemengd gezelschap in onze thuishaven, de Van Nelle Fabriek. Aan tafel: een zorginkoper integrale zorg van een zorgverzekeraar, een kaderhuisarts GGZ, klinisch psycholoog, managers/directieleden werkzaam bij GGZ-aanbieders en een manager Toegang van een grote gemeente. Zo waren drie relevante perspectieven aanwezig. De bijeenkomst was ingestoken vanuit drie invalshoeken: anders denken, anders doen en anders organiseren.



Anders denken:

Er is een nieuwe visie op de toekomst nodig. Hoe kan bijvoorbeeld zelfmanagement bijdragen aan de zorgverlening? Wat moet de focus van de ondersteuning van de GGZ-organisatie zijn? Hoe bereiken we doelgroepen die tussen wal en schip dreigen te vallen? En: vindt er een verschuiving plaats van de psychiatrie naar de sociale geneeskunde?

Ondernemerschap en innovatie waren veelgenoemde thema's aan tafel. Ondernemerschap is nodig, bij zowel de zorgprofessionals als bestuur en management. GGZ-aanbieders moeten nadenken over hun rol in dit tijdperk van decentralisaties en vooruit denken. Patiënten komen niet langer zonder meer naar je toe. Er is **innovatie nodig, maar de huidige financieringsstromen** werken daarin niet mee.

Er wordt landelijk veel verwacht van de participatiemaatschappij en de rol van gemeenten in het realiseren daarvan. De **GGZ-patiënt** kan echter niet onder één noemer worden geschaard. Zelfredzaamheid wordt een moeilijk haalbaar uitgangspunt als je niet weet wat goed voor je is, je er handig in bent om de zorg van je af te houden en je ook geen systeem hebt waarop je kunt terugvallen. De aanwezigen signaleren dat er op dit moment een grote groep patiënten **tussen wal en schip** valt. Verwachten we niet teveel van deze groep?

Vanuit zowel de gemeente als vanuit de zorgverzekeraar wordt geredeneerd dat steeds meer geestelijke zorg moet worden geleverd in de eerste (huisarts en praktijkondersteuner GGZ) of nulde lijn (zelfmanagement). Specialistische kennis moet waar nodig worden ingeschakeld, bijvoorbeeld met behulp van een consultatiefunctie. Ketenzorg is daarvoor niet de beste term, we spreken liever over 'netwerkgang'. Er moet worden nagedacht over een goede **fasering van zorg**: op het ene moment heeft een patiënt meer zorg nodig dan op andere momenten, maar met **op- en afschalen** binnen bestaande indicaties wordt nog beperkt geëxperimenteerd.

Anders doen gaat over nieuwe vormen van werken, zoals behandelende professionals die meer gaan samenwerken met begeleiders en binnen informele zorgstructuren en die innovatie realiseren om de klinische capaciteit verantwoord af te kunnen bouwen. Obelon stelt hierin: ondernemerschap wordt van iedereen gevraagd en bij uitstek van de professionals zelf, deze moeten daarbij dan ook goed gefaciliteerd worden.

Er is een **radicale shift in denken en doen van zowel zorgprofessionals als management nodig**. Een proactieve houding is nodig om het hoofd boven water te houden en om binnen de nieuwe verhoudingen een positie te behouden. De klinisch psycholoog aan tafel geeft aan al geruime tijd te beseffen hoe ingrijpend alle veranderingen in het sociaal domein voor haar zullen zijn: waar zal ik nog werken, waar vind ik mijn patiënten, waar en hoe kan ik mijn specialistische kennis goed in blijven zetten? Metaforisch gesproken: ben je nu bakker of ben je slechts een broodvoorziening? Hoe geef je je vak vorm in deze tijd?

Anders doen betekent bijvoorbeeld ook gebruikmaken van nieuwe technologie: whatsappen met patiënten, eHealth-modules inzetten, maar ook internettelevisie maken om dicht bij je doelgroep te blijven en betrouwbare informatie te delen met mensen die het nodig hebben. **Denken vanuit de bestaande organisatievorm werkt daarin beperkend.** Waarom ontstaat er geen ‘GGZ-Blendle’ waarin de patiënt zijn zorg kan shoppen op het moment dat daar behoefte aan is?

Innovatie wordt maar al te vaak als een duur woord gebruikt, maar innoveren is anders doen. Een manager geeft aan dat dit vaak in kleine dingen zit, bijvoorbeeld dat samenwerkingspartners naar hun fysieke kantoor komen omdat de patiënten daar ook komen. **Een voorbeeld van de professional volgt de patiënt** dus.

Ook het inzetten van ‘stepped’ danwel ‘matched care’ kwam ruimschoots naar voren. Met name vanuit de WMO wordt ingezet op ‘stepped care’, zo laag mogelijk instappen met zorg. De zorgprofessionals geven aan te voelen dat zij sterk in dit model worden geduwd. De zorginkoper en de manager Toegang van een gemeente geven echter aan dat zij deze druk niet herkennen. Sterker nog, zij onderschrijven **het belang van ‘matched care’** (direct de meest passende zorg leveren, ook al lijkt dat op korte termijn duurder of minder efficiënt). De gedachte wint terrein dat ‘matched care’ voor ggz patiënten op langere termijn vaak

kwalitatief beter én goedkoper is. Het budgetplafond van zowel zorgverzekeraar als gemeente en de relatief korte-termijn blik maken echter dat de mogelijkheden voor ‘matched care’ beperkt zijn. Desalniettemin hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol in het stimuleren van ‘matched care’ en zouden daar ook binnen de zorginkoop naar moeten handelen.



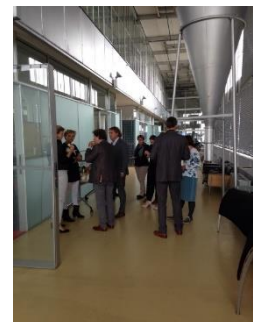
Anders organiseren gaat over de vertaalslag van anders denken naar de praktische invulling daarvan, wat betekent het voor de primaire processen? De intake, zorgpaden, de nazorg? En onze samenwerkingsverbanden? En welke effecten heeft dit bijvoorbeeld voor de huisvesting?

Het maken van goede afspraken over de GGZ, bijvoorbeeld tussen huisarts en zorgverzekeraar, kost in de praktijk veel tijd. Hoewel beiden de verantwoordelijkheid voelen om het zo goed mogelijk te doen, blijkt het in de praktijk erg lastig. De tijd van huisartsen is beperkt, **tijd om met innovatie aan de slag te gaan is er daardoor ook nauwelijks.** Dit wordt wel in toenemende mate gestimuleerd, bijvoorbeeld met de nieuwe huisartsenfinanciering. Er is wel coördinatie nodig: vanuit de zorginkoper bekeken is het niet wenselijk als elke aanbieder of professional zelf iets gaat bedenken.

Wat is er nog meer nodig in deze tijd? Zorgaanbieders moeten innoveren, maar ook een **goede, bereikbare en een betrouwbare partner zijn** voor andere aanbieders, gemeenten, verzekeraar én patiënt. En daarbij moet niet de organisatie het startpunt van ondernemerschap zijn, maar de veelzijdige groep patiënten die de zorg nodig hebben, of ze daarvoor nu aankloppen bij de zorgorganisatie, individuele behandelaar, gemeente of zorgverzekeraar.

Conclusies

Door het bijeen brengen van verschillende perspectieven in een ontspannen sfeer ontstaat meerwaarde door deze bijeenkomst. Er is tijd voor reflectie geboden, **tijd die te weinig wordt genomen in de dagelijkse praktijk**, maar essentieel is om de kansen van deze tijd te benutten.



Bureau Obelon is actief in de GGZ rondom transitie-vraagstukken, innovatie en procesoptimalisatie. Onze jarenlange kennis en ervaring in de eerste lijn is daarin van grote waarde. Thema’s als lokale samenwerking, het spanningsveld tussen management en professionals, (zelf)sturing en innovatie bepalen ons denken en doen. Om een beeld te krijgen van onze visie op deze thema’s verwijzen we graag naar de presentatie van Esther Tiggelman op onze website.

