

Samenwerking tussen Huisarts en GGZ

na de stelselwijziging anno 2014

Thesis Master of Health Business Administration
Erasmus Universiteit Rotterdam
Jasme Leenaars & Karel Pater





Master of Health Business Administration

“De MHBA is een internationaal geaccrediteerd bedrijfskundig masterprogramma voor managers in de zorgsector. Het richt zich op optimaal vraaggerichte en efficiënte zorgverlening. Een strategisch perspectief wordt gecombineerd met de toepassing van innoverende bedrijfsconcepten. Het programma is een “executive MHBA program”. Het richt zich op managers die gevorderd zijn in hun loopbaan en zich eerder in leergangen en of de praktijk het gangbare bedrijfskundig instrumentarium hebben eigen gemaakt.”

<http://www.erasmuscmdz.nl/>

Deze studie is de masterproef van bovengenoemde opleiding, onder begeleiding en beoordeling van:
Drs. L. (Lucie) C.M. Boonekamp & Prof. Dr. I. (Inge) M.C. Bongers

Foto voorkant:

Ondertekening van het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014 door drs. E. I. Schippers, minister van VWS, d.d. juni 2012.

VOORWOORD

"Een thesis over samenwerken, die maak je in samenwerking", vonden we.

Veel facetten die we hebben bestudeerd om de samenwerking tussen HA en GGZ beter te begrijpen, hebben we zelf in onze onderlinge samenwerking doorleefd: het afstemmen van onze ambities, doelen, issues, persoonlijke stijl, verdelen van taken, de complementariteit zoeken en elkaar daarop inzetten, elkaars taal leren verstaan, elkaar uitdagen en het beste in elkaar losmaken om die extra stap te zetten.

Wij zijn er van overtuigd dat de som van "1 + 1" in goede samenwerking "3" is.

In Afrika zeggen ze het zo: "If you want to travel FAST, go ALONE. If you want to travel FAR, go TOGETHER".

Iets dergelijks en nog veel meer.... geldt ook voor de samenwerking tussen huisarts en de GGZ aanbieders. Leest u zelf het resultaat van onze studie, waarvan we de uitkomsten in deze thesis verwerkt hebben.

We zijn veel dank verschuldigd aan een paar mensen die we graag bij naam noemen: Allereerst Elly Breedveld, Aad de Roo en Jan Moen: jullie waren de hoofdfiguren in de fantastische MBA die we hebben doorlopen in de afgelopen 2 jaar.

Lucie Boonekamp voor de begeleiding van de scriptie: je directe stijl paste uitstekend bij ons.

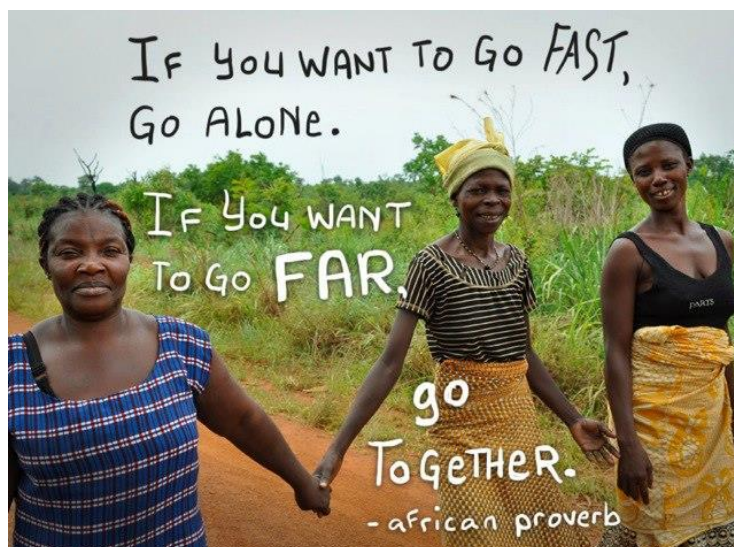
Inge Bongers en alle andere docenten: dank je wel.

Onze werkgevers die ons in de gelegenheid stelden om deze studie en ontwikkeling door te maken: we zijn jullie zeer erkentelijk.

Dank aan de mensen die bereid waren mee te werken aan de interviews: dhr. S. Makkink (LP GGZ), Mevr. C. Brekelmans (GGZ NL), Mevr. J. Hoogendorp (LHV) en dhr. L. Dorrestein (Achmea).

Dank aan onze familie, gezin, ouders, vrienden, partners, kinderen, die ons vaak hebben gemist. We gaan onze afwezigheid van de afgelopen twee jaar rijkelijk compenseren in de mooie zomer die gaat komen. Sandra van der Kolk: zeer bedankt voor je praktische hulp! Jon, Marcus, Linda.... bedankt, jullie weten waarvoor.

April 2014, Jasme Leenaars & Karel Pater



SAMENVATTING

Dat “de kosten in de GGZ de afgelopen jaren onbeheersbaar zijn gestegen” is geen nieuws meer. Teveel lichte psychische problematiek werd behandeld in dure specialistische GGZ. Dat verhoogt de kosten, belemmert de toegankelijkheid en leidt niet tot goede afgestemde zorg in de buurt. Om de stijging van de kosten te stoppen en de zorg beter af te stemmen op de behoefte, hebben de veldpartijen, medio 2012, het "Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014" ondertekend. De afspraken in het Akkoord hebben de ambitie bij te dragen aan beheersbaarheid en inhoudelijke ontwikkeling van het zorgstelsel en bovenal aan het belang van effectieve en efficiënte zorg voor patiënten. Als gevolg hiervan is op 1 januari 2014 de GGZ omgevormd naar een stelsel met de volgende echelons: de huisarts (HA) + praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ); de Generalistische Basis GGZ (BGGZ) en de Specialistische GGZ (SGGZ).

Deze stelselwijziging heeft als macrodoel: de vermaatschappelijking van de zorg, de zorg dicht bij huis, maar vooral de reductie van de gezondheidskosten te realiseren. Voor de zorgaanbieders betekent dit dat zij “de juiste zorg, voor de juiste patiënt, door de juiste hulpverlener moeten realiseren”. Voor de verzekeraar betekent dit dat zij de juiste zorg zo moeten contracteren dat meer volume wordt toegekend aan de goedkopere echelons en dat zij toezien op het rechtmatig gebruik daarvan, passend binnen het macrokader.

Samenwerking tussen de nieuw ontstane echelons is onontbeerlijk om de onderliggende ambitie te realiseren. De oude samenwerkingsverbanden tussen HA en GGZ moeten worden aangepast aan de afspraken die horen bij de nieuwe echelonering. Dat is een veranderproces dat met name na 1 januari 2014 op gang is gekomen. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de HA en de GGZ-aanbieders zijn met de stelselwijziging veranderd en daarmee verandert de verhouding en de samenwerking tussen HA en GGZ.

In het verleden bleek reeds dat de samenwerking tussen de HA en specialisten niet altijd tot volle tevredenheid van alle partijen, inclusief patiënten, is vorm gegeven. Deze stelselwijziging, die de verhouding tussen HA en GGZ opnieuw bepaalt, vormt daarom een natuurlijk moment om de samenwerking te bestuderen en met deze kennis de samenwerking anno 2014 duurzaam vorm te geven.

Deze studie van de interorganisatorische samenwerking tussen HA en GGZ verschaft inzicht in de verschillende bepalende factoren. De studie van samenwerken is naar onze overtuiging echt een multidisciplinaire aangelegenheid. Verschillende, met elkaar samenhangende, factoren spelen een rol:

Een gezamenlijke ambitie kiezen en daarop koers houden; maatschappelijke, organisatie- en patiëntbelangen op elkaar afstemmen; structurele vormgeving van de samenwerking; psychosociale aspecten van samenwerken; cultuuraspecten in samenwerking; het kiezen van een passende (juridische?) grondvorm voor de samenwerkingsactiviteiten en ook het kiezen voor een financieringsvorm die professionals, in samenwerking met elkaar, verleidt om te werken aan kostenreductie en het genereren van klantwaarde over de “full cycle of care”.

We bevelen van harte aan om de studie van samenwerking, en met name in de zorg, verder te verdiepen. Het kennis nemen door professionals in de zorg, van de resultaten van studie van samenwerken zal, onzes inziens, helpen deze vorm te geven. Een samenhangende multidisciplinaire kijk op samenwerking geeft kaders en vocabulaire aan betrokkenen om deze te analyseren, te verbeteren en op duurzame wijze vorm te geven. Deze studie van samenwerking leidt tot enkele aanbevelingen aan de samenwerkingspartners in de GGZ anno 2014, waarmee onzes inziens hogere gezondheidsuitkomsten per gependende euro zijn te realiseren in een duurzame samenwerking tussen huisarts en de GGZ.

Inhoud

Master of Health Business Administration.....	1
VOORWOORD.....	2
SAMENVATTING	3
1. INLEIDING EN ONDERZOEKSMODEL.....	6
1.1 Ontwikkelingen in de zorg die leiden tot onze probleemstelling.....	6
1.2 Probleemstelling en keuze voor het onderwerp.....	7
1.3 Vraagstelling.....	8
1.4 Doelstelling.....	8
1.5 Onderzoeksopzet.....	8
1.6 Relevantie van dit onderzoek.....	10
1.7 Afbakening.....	10
1.8 Structuur van deze thesis	11
2. CONTEXT VAN HET ONDERZOEK	12
2.1 Context gezondheidszorg afgelopen 15 jaar	12
2.2 De recente geschiedenis van de GGZ.....	13
2.3 Efficiënter maken van de GGZ sector in 2014 en verder.....	15
2.4 Geschiedenis van samenwerking HA-GGZ.....	16
2.5 Conclusie	18
3. ONDERZOEKSOPZET	19
3.1 Conceptueel model	19
3.2 Onderzoeksopzet.....	20
3.2.1 Strategie	20
3.2.2 Selectie van stakeholders	20
3.2.3 Selectie van databronnen.....	22
3.2.4 Analyse gegevens	23
4. LITERATUURSTUDIE	24
4.1 De kennis van waarde creatie	24
4.1.1 Waarde creatie in de zorg	24
4.1.2 Waarde creatie in samenwerking in de zorg.....	26
4.1.3 Toepassing van de kennis van waarde creatie in de Nederlandse zorg.....	28
4.1.4 Een strategie om de zorg te verbeteren.....	30
4.1.5 Welke factoren leiden tot waarde creatie voor de patiënt?.....	31
4.2 De kennis van samenwerken.....	34

4.2.1	Kennis van samenwerken tussen organisaties in het algemeen.....	34
4.2.2	Samenwerken in de zorg	36
4.2.3	Huisarts en specialist over de samenwerking met elkaar	38
4.2.4	Naamgeving aan en definiëring van samenwerken in de zorg.....	39
4.3	Topiclijst uit de kennis van waarde creatie en samenwerking.....	40
5.	DE RESULTATEN.....	43
5.1	Perspectief van de patiënt	43
5.2	Perspectief van de GGZ aanbieder	45
5.3	Perspectief van de huisarts	49
5.4	Perspectief van de verzekeraar	52
5.5	Overige data	54
6.	ANALYSE EN CONCLUSIES.....	56
6.1	Vooraf.....	56
6.2	Aanvulling interview LP GGZ op topiclijst paragraaf 4.3	56
6.3	Confrontatie empirische gegevens met literatuur en met elkaar.....	56
6.3.1	Ambitie van de samenwerking	56
6.3.2	Doelen binnen de samenwerking.....	57
6.3.3	Structurele vormgeving van de samenwerking.....	58
6.3.4	Sociale aspecten van de samenwerking.....	59
6.3.5	Culturele aspecten van de samenwerking	60
6.3.6	Grondvorm voor de samenwerking	61
6.3.7	Financiering in relatie met samenwerking	61
6.4	Overall Conclusie	62
7	AANBEVELINGEN EN NABESCHOUWING.....	65
7.1	Vooraf.....	65
7.2	Aanbevelingen.....	65
7.3	Nabeschuwing	66
	LIJST MET AFKORTINGEN	67
	BRONNEN	68
	BIJLAGE 1 Boomstructuren.....	70

1. INLEIDING EN ONDERZOEKSMODEL

1.1 Ontwikkelingen in de zorg die leiden tot onze probleemstelling

Dat de kosten in de GGZ de afgelopen jaren onbeheersbaar zijn gestegen is geen nieuws meer. Teveel lichte psychische problematiek wordt behandeld in dure specialistische GGZ. Dat verhoogt de kosten en belemmert de toegankelijkheid en leidt niet tot goede afgestemde zorg in de buurt. Om de stijging van de kosten te stoppen en de zorg beter af te stemmen op de behoefte, heeft de minister van VWS, met de GGZ partijen en ZN, het "Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014" (BA) ondertekend (medio 2012). Hierbij is het de ambitie om bij te dragen aan de beheersbaarheid en inhoudelijke ontwikkeling van het zorgstelsel en bovenal aan het belang van effectieve en efficiënte zorg voor patiënten.

Op 1 januari 2014 is de GGZ omgevormd naar een stelsel met nieuwe echelons: de huisarts (HA) + praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ), de Generalistische Basis GGZ (BGGZ) en een Specialistische GGZ (SGGZ).



Het doel van deze stelselwijziging is een passende behandeling op de juiste plaats en doelmatig gebruik van middelen:

- HA/POH GGZ: Patiënten met lichte klachten of een stabiel verloop van de klachten. Deze worden geholpen in de huisartsenzorg, welke is versterkt met POH GGZ. De HA is hiermee toenemend zelf zorgaanbieder in de GGZ geworden. Meer en meer kan de HA, ten bate van deze GGZ zorg die hij zelf biedt, ook een specialist consulteren, zonder dat de zorg en verantwoordelijkheid over gaat naar de SGGZ. Daarnaast is de huisarts toenemend de regisseur *naar* en *tussen* de nieuwe echelons BGGZ en SGGZ. In het verdere van dit document zullen wij HA, POH en POH GGZ door elkaar gebruiken, we bedoelen dan het echelon waarop zij gezamenlijk acteren.
- BGGZ: Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen, met laag tot matig risico. Deze vindt plaats in de BGGZ.

- SGGZ: Patiënten met complexe problematiek waarbij sprake is van crisisgevoeligheid en multidisciplinaire diagnostiek en behandeling nodig is, worden geholpen in de SGGZ.

Het uitgangspunt is dat patiënten dichtbij huis, minder zwaar en daarmee goedkoper, worden behandeld. De focus verschuift met de stelselwijziging naar zelfmanagement en preventie. De inzet van HA+POH GGZ wordt versterkt en krijgt nog meer een centrale positie. Hiermee kan de GGZ zorg effectiever en efficiënter worden geleverd, conform het gesloten Bestuurlijk Akkoord. Veel GGZ patiënten komen lager in de keten terecht. In het verleden kwamen, in vergelijking met landen om ons heen, veel mensen in de duurdere specialistische GGZ terecht. De trend om patiënten snel door te verwijzen naar de SGGZ wordt met de nieuwe marktsegmentatie gekeerd. Met goede samenwerking en ondersteunend beleid van de overheid, verwacht minister Schippers dat er een verschuiving van patiëntenstromen kan plaatsvinden. Met de verschuiving kan een efficiency slag gemaakt worden in het zorgsysteem en het is de verwachting dat de zorguitgaven worden gereduceerd in de GGZ, of in het beste geval niet stijgen.



Illustratie ministerie VWS

1.2 Probleemstelling en keuze voor het onderwerp

De stelselwijziging heeft als macrodoel de vermaatschappelijking van de zorg, de zorg dicht bij huis, maar vooral de reductie van de gezondheidskosten te realiseren. Voor de zorgaanbieders betekent dit dat zij “de juiste zorg, voor de juiste patiënt, door de juiste hulpverlener moeten realiseren”. Voor de verzekeraar betekent dit dat zij de juiste zorg zo moeten contracteren dat meer volume wordt toegekend aan de goedkopere echelons en dat zij toezien op het rechtmatig gebruik daarvan, passend binnen het makrodoel.

De oude samenwerkingsverbanden tussen HA en GGZ moeten worden aangepast aan de afspraken die horen bij de nieuwe echelonering. Dat is een veranderproces dat met name na de start op gang is gekomen (per 1 januari 2014). Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de HA en de GGZ-aanbieders zijn met de stelselwijziging veranderd en daarmee verandert de verhouding en de samenwerking tussen HA en GGZ.

In het verleden bleek reeds dat de samenwerking tussen de HA en specialisten niet altijd tot volle tevredenheid van alle partijen, inclusief patiënten, is vorm gegeven (Berendsen, 2009).

In hoofdstuk 4 wordt daar verder verslag van gedaan. Om de nieuwe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden goed uit te kunnen voeren, de patiënt van de juiste zorg op de juiste plaats te voorzien, is er een nieuwe vorm van (keten)samenwerking tussen HA en GGZ noodzakelijk. Met de nieuwe echelonering van de zorg ontstaat er een natuurlijk moment om de samenwerkingsvormen onder de loep te nemen en met elkaar te bepalen welke mogelijkheden er zijn.

1.3 Vraagstelling

De centrale vraagstelling van deze thesis is:

Op welke wijze kan de samenwerking tussen huisarts en GGZ aanbieders worden vormgegeven zodat er optimaal waarde wordt gecreëerd voor de patiënt?

Om te komen tot beantwoording van de centrale vraagstelling, hebben we enkele deel-onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1 Wat is de huidige context van het GGZ veld? (*Hoofdstuk 2*)
- 2 Welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden krijgen de HA, GGZ aanbieders en verzekeraars in het nieuwe speelveld dat is gecreëerd door het Bestuurlijk Akkoord? (*Hoofdstuk 2*)
- 3 Hoe wordt waarde gecreëerd in de zorg? (*Hoofdstuk 4*)
- 4 Welke kwaliteitsfactoren zijn voor de patiënt van belang in de samenwerking HA en GGZ aanbieder? (*Hoofdstuk 4 en 5*)
- 5 Welke kennis van (inter-organisationale) samenwerking en samenwerken in de zorg, is er ten behoeve van de vormgeving van de GGZ (keten) samenwerking? (*Hoofdstuk 4*)
- 6 Hoe denken de belangrijkste stakeholders (HA, GGZ aanbieder en verzekeraar) dat de samenwerking moet worden vormgegeven zodat een optimale waarde wordt gecreëerd voor de patiënt? (*Hoofdstuk 5*)

1.4 Doelstelling

Onze studie pretendeert niet te resulteren in een volledig model voor samenwerking en aanbevelingen daartoe. Daarvoor is een meer uitgebreid en diepgaander onderzoek nodig dan binnen het kader van deze thesis mogelijk is. Dit is een verkennend open onderzoek waarmee we passende manieren voor samenwerking hebben onderzocht die, enerzijds recht doen aan de nieuwe gegeven echelonering met nieuwe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, en anderzijds de patiënt van nu optimaal in haar belangen bedienen.

Het doel van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen hoe de samenwerking tussen huisarts en GGZ vormgegeven kan worden om optimaal waarde te creëren voor de patiënt.

1.5 Onderzoeksopzet

Om onze doelstelling te realiseren hebben wij het onderzoek opgezet met de verschillende onderdelen die hier worden toegelicht.

Er is sprake van één hoofd-onderzoeksobject namelijk *de interorganisationale samenwerking tussen HA en GGZ* en hoe deze vorm te geven zodat er waarde creatie voor de patiënt plaatsvindt.

Om ons uit te kunnen spreken over dit hoofd-onderzoeksobject, is een studie van meerdere belangrijke factoren die een rol spelen van belang. Deze verantwoorden we in onderstaande onderzoeksopzet; iedere onderzoeksactiviteit afzonderlijk genummerd.

De samenstelling van deze onderzoeksactiviteiten naar relevante factoren laat zien wat wij de belangrijkste bepalende factoren vinden (onderzoeksoptiek). Het betreft de context en historie van de zorg, het Bestuurlijk Akkoord, de (belangen van de) betrokken organisaties van de stakeholders, de belangen van de patiënt en de visie van HA, GGZ aanbieder en verzekeraar op samenwerking.

De onderzoeksactiviteiten zijn in chronologische volgorde:

- 1 Overzicht geven van de huidige GGZ context in historisch perspectief
- 2 Weergave van inhoud en doelstelling Bestuurlijk Akkoord die volgen uit en op de beschreven context. De nieuwe taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de belangrijkste stakeholders worden uitgewerkt.
- 3 Een literatuurstudie naar hoe waarde wordt gecreëerd in de zorg in samenhangende (zorg)-waardeketens volgens Porter.
- 4 Een literatuurstudie naar factoren die waarde creëren voor de patiënt
- 5 Literatuurstudie naar kennis van interorganisationale samenwerking
- 6 Literatuurstudie naar kennis van samenwerken in de zorg

Deze eerste 6 onderzoeksactiviteiten leveren ons een topic lijst (paragraaf 4.3) van kennis die wij meenemen in het empirisch onderzoek naar "hoe de belangrijkste stakeholders denken waarde te creëren in de samenwerking tussen HA en GGZ aanbieders". Alvorens wij in gesprek gaan met de geïnterviewden, hebben wij een interview met het Landelijk Platform GGZ om het perspectief van de patiënt zo actueel mogelijk in beeld te krijgen, passend op de nog niet onderzochte nieuwe echelonering met nieuwe taken en bevoegdheden voor de stakeholders.

- 7 Empirisch: een interview met LP GGZ om de waarde creërende factoren voor patiënten in de nieuwe GGZ anno 2014 in kaart te brengen.

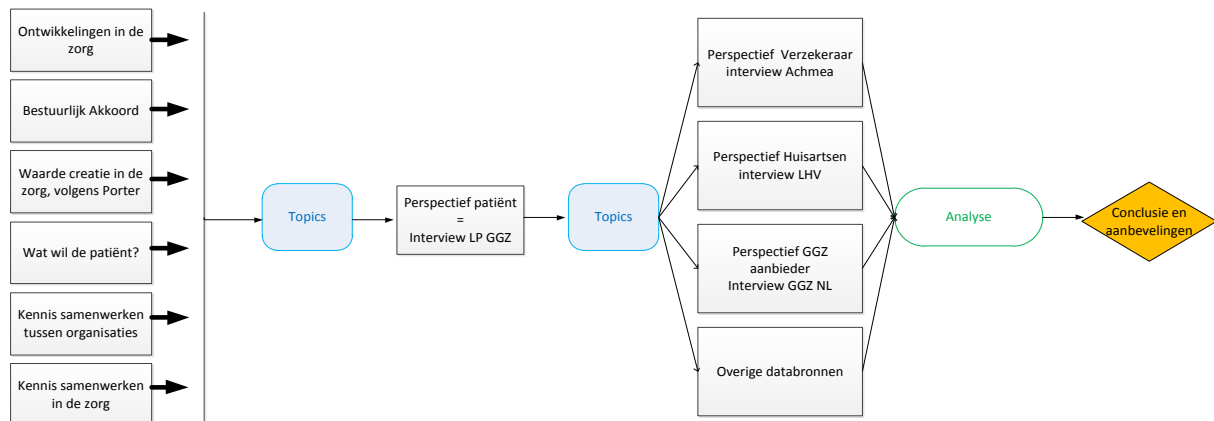
Met de kennis uit de literatuur over waarde creatie en samenwerking (1 tot en met 6), en de actuele kennis uit empirisch onderzoek van hetgeen waarde creëert voor de patiënt in het nieuwe GGZ veld (7), gaan wij in gesprek met de stakeholders:

- 8 Empirisch onderzoek: Interviews met 3 typen stakeholders (HA, GGZ en verzekeraar). Hoe willen deze stakeholders vorm geven aan deze ketensamenwerking ten einde waarde te creëren voor de patiënt?
- 9 We betrekken hierbij ook de eerste ervaringen die werden opgedaan in de nieuwe samenwerking. Hiertoe brengen we congresinformatie in en gesprekken met huisartsen, GGZ aanbieders.

De informatie uit deze interviews (8) en de eerste ervaringen (9) analyseren wij, hetgeen leidt tot:

- 10 Conclusies. Hier beschrijven wij de confrontatie van literatuur en empirische gegevens met betrekking tot de centrale onderzoeksvraag.
- 11 Aanbevelingen aan bestuurders van GGZ-instellingen en huisartsen om te komen tot een optimalisatie in de samenwerking ter verhoging van de klantwaarde.

Schematisch ziet het onderzoeksmodel er als volgt uit:



1.6 Relevantie van dit onderzoek

Dit onderzoek beschrijft en analyseert de aard, omvang en ordening van de verschillende (keten)samenwerking in de nieuwe GGZ. Het geeft een leidraad om in de toekomst bewuste keuzes te kunnen maken voor (strategische) samenwerking waarbij de klantwaarde wordt verhoogd.

1.7 Afbakening

Het thema van de thesis richt zich op de *verkenning* van de optimale samenwerking in de GGZ keten, ten einde de hoogst mogelijke patiënt waarde te creëren. Het is dan ook geen uitputtend onderzoek naar factoren die (keten) samenwerking in de GGZ zouden moeten bepalen. In deze thesis beperken wij ons tot Nederlandse ervaringen en in het bijzonder de psychiatrie. Met de centrale vraagstelling als uitgangspunt zijn wij ons onderzoek gestart. Dit leidde tot de noodzaak van afbakening, zeker tegen de achtergrond van alle huidige ontwikkelingen binnen het GGZ veld.

In deze thesis richten wij ons dan ook op ketensamenwerking ten behoeve van de volgende psychiatrische patiënten groep:

Patiëntengroep 1: betreft mensen die met psychische of psychosomatische klachten naar de huisarts gaan en vervolgens hulp krijgen van de huisarts. Voor deze mensen is het doel van zorg of begeleiding zo veel mogelijk dat de klachten verminderen of worden verholpen.

Patiëntengroep 2: betreft mensen die een psychiatrische diagnose hebben gekregen na een onderzoeksfase en die in eerste instantie zorg uit de BGGZ of uit de SGGZ nodig hebben. Voor deze mensen is het doel van de behandeling of zorg zo veel mogelijk te herstellen, de klachten te verminderen of met een psychische kwetsbaarheid te leren leven.

Patiëntengroep 3: betreft mensen die met langdurige complexe psychiatrische en/of verslavingsklachten die (na een opnameperiode) behandeling en begeleiding en soms ook bemoeizorg nodig hebben.

De afbakening richt zich op groepen patiënten welke ten tijde van de behandeling van de stoornis in meer of mindere mate *te maken hebben met zowel de huisarts als de GGZ*. Voor

deze patiënten is de samenwerking van HA en GGZ aanbieder immers het meest relevant. De effecten van goede of mindere goede samenwerking tussen huisarts en GGZ op waarde creatie, is voor deze drie patiëntengroepen het grootst. De indeling in voornoemde patiëntengroepen sluit aan bij de indeling zoals gehanteerd door de LP GGZ (LP GGZ, 2013).

Buiten beschouwing in de thesis laten wij de volgende patiëntengroepen:

- Justitiabele patiënten
- Kind en jeugdigen (tot 23 jaar)
- Mensen die langdurig in een psychiatrische instelling leven, omdat zij niet in staat zijn om zelfstandig of semizelfstandig te leven.

De keuze voor de interviews beperkt zicht tot het perspectief van het Landelijk Platform GGZ (LP GGZ), GGZ Nederland (GGZ NL), de Landelijke Vereniging voor Huisartsen (LVH) en de zorgverzekeraars. Van alle stakeholders zijn deze partijen ons inziens het meest invloedrijk op de vormgeving van de samenwerking.

Regionale verschillen in samenwerking of ketenvorming worden dus buiten beschouwing gelaten.

1.8 Structuur van deze thesis

In dit hoofdstuk zijn de doelstelling en onderzoeksvragen geformuleerd, alsmede de wijze waarop deze beantwoord zullen worden. In hoofdstuk 2 wordt de context van het onderzoek besproken. In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de GGZ van de afgelopen 15 jaar beschreven, o.a. de historie van samenwerking HA-GGZ. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksopzet verantwoord. In hoofdstuk 4 wordt de literatuurstudie weergegeven, uitmondend in een topiclijst en een raamwerk dat wordt gebruikt voor de verzameling en analyse van de empirische gegevens. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van het empirisch onderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 6, bieden we onze analyse van de empirische resultaten aan: de synthese tussen de context, het conceptueel model, de literatuurstudie en de interview-resultaten. In hoofdstuk 7, het laatste hoofdstuk van deze thesis, sluiten we af met aanbevelingen en een nabeschuiving.

2. CONTEXT VAN HET ONDERZOEK

2.1 Context gezondheidszorg afgelopen 15 jaar

Om te begrijpen waarom de kosten van onze verzorgingsstaat, en daarbinnen de gezondheidszorg, heden ten dage onbeheersbaar zijn geworden, dienen we in de historie te duiken. Daarmee wordt begrijpelijk waarom de ingrepen die we nu moeten maken in de GGZ noodzakelijk zijn, om de toegankelijkheid en betaalbaarheid te kunnen blijven garanderen. Een belangrijke reden van de stijging van de kosten is dat er met het vormen van de verzorgingsstaat geen consistente keuzes zijn gemaakt. Er is vaak geswitcht tussen het behartigen van collectieve belangen en individuele belangen (of subgroepen), (Gilbert & Specht, 1974), (Schuyt, 2013). Hierdoor is een lappendeken van voorzieningen ontstaan, welke in sommige gevallen tegenstrijdige beleidskenmerken in zich hebben. Het ene beleid is goed voor specifieke individuen (en dus niet goed voor andere individuen of groepen), het andere beleid is goed voor het collectief. Mede door het beroep van burgers en bevolkingsgroepen op het gelijkheidsbeginsel, blijft het gevaar bestaan dat het stelsel blijft uitbreiden. Met het beroep op rechten, blijven de regelingen zich uitbreiden en blijven de kosten stijgen. De noodzaak tot hervorming van de verzorgingsstaat is daarom permanent aanwezig.

In de afgelopen 15 jaar heeft er een transformatie plaatsgevonden in de verzorgingsstaat, die werd ingegeven door economische en maatschappelijke ontwikkelingen en in mindere mate door bewuste politieke keuzes of inhoudelijk beleid.

Ondanks de ingezette transformatie blijken we nog steeds meer uit te geven aan de zorg. In de afgelopen 60 jaar zijn de zorguitgaven fors gestegen, zowel in euro's als in aandeel van ons nationaal inkomen als in aandeel van de overheidsuitgaven. Doen we niets, dan is de verwachting van het CPB dat de zorguitgaven jaarlijks tussen de 2,6% en 4,2% stijgen (Ministerie van VWS, 2012). Een van de redenen van deze stijging is de veranderende samenstelling van de bevolking. Vergrijzing, lagere geboortecijfers en hogere kosten voor arbeid leggen grote druk op de beheersbaarheid van de verzorgingsstaat en vragen om herstructurering van het bestaande maatschappelijk stelsel. Als we niet ingrijpen, zal in 2040 een gezin 47% van het inkomen kwijt zijn aan zorg!

De stijging van kosten voor gezondheidszorg moet dus gestopt worden om een solidair stelsel overeind te kunnen houden!

De overheid heeft daarom voor de GGZ een van de meest ingrijpende stelselwijziging ooit in gang gezet, die een efficiënter gebruik van de zorg moet bewerkstelligen (paragraaf 2.3).



2.2 De recente geschiedenis van de GGZ

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw was de geestelijke gezondheidszorg, net als de verzorgingsstaat, een lappendeken met talloze verschillende instellingen, mede ontstaan door het weinig consistente beleid van de overheid.

In 1982 wilde de overheid meer samenhang en uniformiteit aanbrengen in het aanbod van geestelijke gezondheidszorg en stuurde toen aan op de vorming van RIAGG's, waarin de SPD-en, MOB's en LGV's opgingen. Met het vormen van de RIAGG's was het idee dat er een betere samenwerking zou ontstaan met de APZ-en en andere zorginstellingen.

In de '70 en '80 jaren is er een start gemaakt met de ambulantisering van de zorg, mede door de antipsychiatrie stroming van die tijd. Dit hield in: verkorten van de klinische opname en de zorg steeds meer aanbieden in de leefomgeving van de patiënt, in plaats van op de afgelegen terreinen van de grote instellingen. Onder invloed van deze stroming werd in 1989 de financiering van de gehele psychiatrie ondergebracht in de AWBZ. Dit versterkte de scheiding tussen somatische zorg en psychische zorg en het wekte de suggestie dat er binnen de psychiatrie vooral sprake was van zorg, en weinig van behandeling.

Inmiddels biedt de geestelijke gezondheidszorg vanuit, veelal gefuseerde, GGZ-instellingen een samenhangend hulpaanbod voor alle psychiatrische stoornissen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zorgprogramma's en zorgpaden die zijn geënt op multidisciplinaire behandelrichtlijnen.

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ ondergebracht in de nieuwe zorgverzekeringswet (ZVW). Hieronder vallen alle ambulante behandelingen en opnames tot maximaal een jaar. De langer durende klinische behandelingen worden nog steeds gefinancierd uit de AWBZ. In het nieuwe regeerakkoord gaat de gehele (behandel)GGZ vanaf 2015 onder de Zorgverzekeringswet vallen.

In 2012 heeft de overheid vanwege budgetoverschrijdingen en een toenemende zorgvraag ingrijpende maatregelen genomen ten aanzien van de GGZ. De tijdelijke invoering van een eigen bijdrage van de patiënt aan de betaling van de psychiatrische zorg was een van deze maatregelen en is een voorbeeld van ongelijke behandeling van een groep burgers (paragraaf 2.1). Vanuit het gelijkheidsbeginsel en door diverse anti-stigma bewegingen zijn er diverse rechtszaken aangespannen om gelijke rechten te krijgen. Deze maatregel werd afgeschaft, mede omdat de veldpartijen in de GGZ, als reactie op de forse bezuinigingen, gezamenlijk een plan hebben gemaakt hoe de GGZ toekomst bestendig te maken (GGZ NL, website). Na onderhandeling met het ministerie van VWS, de beroepsorganisaties, de patiëntenorganisaties en de financiers is het Bestuurlijk Akkoord 'Toekomst GGZ 2013-2014' tot stand gekomen. Onderdelen van dit akkoord zijn: een beheerste groei van het volume in de GGZ, prestatie bekostiging en kostenbesparing waar mogelijk. Het Bestuurlijk Akkoord leidt tot een nieuwe echelonering en een daarbij horende *nieuwe samenwerkingen tussen de echelons* (paragraaf 2.3).

Deze nieuwe samenwerking is het doel van het onderzoek. Ons onderzoek vindt plaats tussen de echelons HA zorg en GGZ zorg (breedste zin van het woord), waarbij we bewust zijn van de economische, maatschappelijke en politieke ontwikkelingen in het veld.

Naast het Bestuurlijk Akkoord hebben de minister en de staatsecretaris hun gezamenlijke strategische agenda naar de Kamer gestuurd: "van systemen naar mensen" (Ministerie van VWS, 2013). In de hierna volgende box hebben wij passages opgenomen waarvan wij vinden dat zij relevant zijn voor dit onderzoek, waarbij we de meest belangrijke woorden vet hebben geaccentueerd.

“Passages uit de strategische agenda van systemen naar mensen”

Behandelingen kunnen **bijvoorbeeld dichtbij huis geleverd** worden in plaats van in het ziekenhuis.

We moeten de zorg echt anders organiseren dan we nu doen. Gewoon omdat de kwaliteit erdoor veel beter wordt en het **geld beter wordt besteed**. Veranderingen zijn onontkoombaar wanneer we tegemoet willen blijven komen aan de stijgende zorgvraag zonder kwaliteit in te leveren. Door een **andere organisatie van de zorg** die meer aansluit bij **wat mensen willen**, respecteer je veel meer hun onafhankelijkheid en vrijheid om **zelf keuzes te kunnen maken**. Van systemen naar mensen.

Steeds meer zorg zal dichtbij worden georganiseerd. **Voor de curatieve zorg betekent dat een grotere rol voor de huisarts.**

Verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden krijgen daarom meer mogelijkheden om hun rol goed in te vullen. **Voor verzekeraars betekent dit dat ze de zorginkoop goed op orde hebben**, dat ze volledig risicodragend worden en dat ze kwaliteit transparant maken. Verzekerden krijgen het **benodigde inzicht** in kwaliteit en prijsverschillen tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Zorgaanbieders krijgen meer mogelijkheden om **nieuwe, betere en goedkopere zorgvormen** het licht te laten zien. Een toename van transparantie en kwaliteitsinformatie zal er bovendien voor zorgen dat we weten wie goede zorg verleent en wie niet. Zowel patiënten als zorgverzekeraars zullen op basis van de toegenomen informatie kiezen om zorgverleners die onder de maat presteren minder of niet meer te bezoeken of te contracteren. **Dit zal leiden tot betere én meer betaalbare zorg.**

Deze veranderingen zijn niet vrijblijvend: de organisatorische maatregelen die we in samenspraak met de sector nemen om de zorg beter te organiseren moeten ervoor zorgen dat de groei van de curatieve zorguitgaven deze **kabinetsperiode 1,6 miljard lager uitvalt**.

In principe willen we de kostenstijging in akkoorden met de eerste lijn, de tweede lijn en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder beperken en de kwaliteit laten stijgen. Deze akkoorden zullen in samenhang worden gezien. Wanneer er meer zorg in de eerste lijn wordt verricht, hoeft er minder zorg in de tweede lijn verleend te worden. **Om kostenbeheersing te garanderen** blijft de inzet van het macrobeheersingsinstrument mogelijk als stok achter de deur.

De doelen voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) sluiten zoveel mogelijk aan bij de doelen voor de somatische zorg. Daartoe wordt in 2015 de huidige langdurige ggz van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van goede zorg tegen een goede prijs. Deze **rol van bewaker van zowel de prijs als de kwaliteit van zorg willen wij versterken**. Daartoe worden verzekeraars volledig financieel verantwoordelijk voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet

2.3 Efficiënter maken van de GGZ sector in 2014 en verder

De GGZ gaat in 2014 verder veranderen (Dorresteyn, 2013). De focus verschuift naar zelfmanagement en preventie. De inzet van HA en POH GGZ wordt versterkt. Het doel is dat veel GGZ patiënten lager in de keten terecht komen. De nieuwe markt segmentatie heeft als doel de trend “patiënten te snel door te verwijzen naar de specialistische GGZ” te keren. Om te voorkomen dat de HA de mensen te snel doorverwijst naar de SGGZ, krijgt de HA extra geld welke flexibel ingezet kan worden. Hiervoor is in 2013 al 7 miljoen euro extra beschikbaar gesteld, 25 miljoen in 2014 en vanaf 2015 jaarlijks 35 miljoen. Deze gelden komen vanuit het verlagen van het budget in de SGGZ.

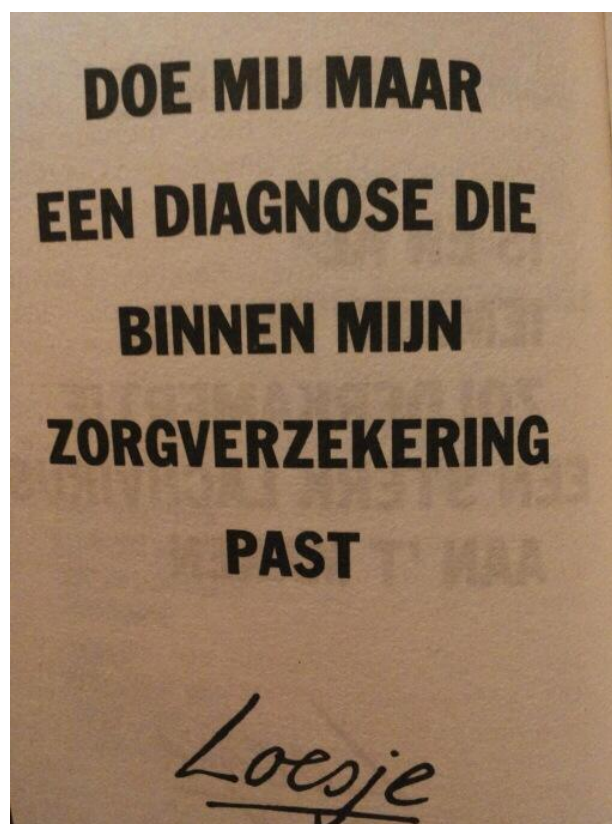
Met goede samenwerking tussen de nieuwe echelons en ondersteund beleid, verwacht minister Schippers dat er een verschuiving van patiëntenstromen kan plaatsvinden. Hiermee wordt een efficiëncyslag gemaakt in het GGZ-zorgsysteem. Daarvan wordt verwacht dat deze de zorguitgaven vermindert, of minder doet stijgen. Om dit te kunnen bewerkstelligen zullen de HA en GGZ op een andere manier met elkaar moeten samenwerken.

Een aantal twitter berichten (vogelvrije huisarts, 2013) illustreren mooi de verandering die de HA ervaart:

Zinloos: #Triversum wil patiënt verwijzen naar 'n andere instelling, huisarts moet de brief opstellen en sturen. Wie bedenkt dit? #ggz#zorg

Krijg je straks v/d #zorgverzekeraar op je bord dat je teveel naar de gespecialiseerde #ggz verwijst?

Hulpvraag mondige patiënt 2014 #zorg#gz#bgz#nza



De verzekeraar, HA en GGZ zullen dus op zoek moeten gaan naar een nieuwe balans in de samenwerking voor gepaste zorg (Maes, 2011). Gepaste zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons), tegen een juiste prijs. Het begrip “gepaste zorg” omvat dus zowel de kwaliteit van zorg, als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen en bekostiging.

“Gepast gebruik” hangt met name af van de professionaliteit van zorgverleners en een goede organisatie bij de zorgverzekeraars. Dit vergt veel van de samenwerking tussen HA en GGZ. In de nieuwe samenwerking is de HA een sleutelfiguur (College voor Zorgverzekeringen, 2013). De HA heeft in het contact met de patiënt de grootste verantwoordelijkheid voor het gepast gebruik van zorg. In de huisartsenpraktijk komen zorgtrajecten tot stand, daar worden de allereerste relevante beslissingen genomen. De HA is verantwoordelijk voor het geven van de juiste informatie ten behoeve van eventuele doorverwijzing naar BGGZ of SGGZ en ten behoeve van de juiste declaratie.

Indien er sprake is van “alleen” psychische klachten, zal de HA de patiënt binnen de eigen praktijk behandelen, waar voorheen deze werd verwezen naar de GGZ. Dit heeft als voordeel dat de zorg laagdrempeliger en dichter bij huis wordt geboden, waarmee tevens onnodige stigmatisering en medicalisering wordt voorkomen. Middelen worden hiermee bovendien doelmatiger ingezet.

Met deze nieuwe positie voor de HA als sleutelfiguur zal de samenwerking tussen HA en GGZ wijzigen, waarbij de HA als regisseur en de GGZ als geregisseerde in de verwijzing zal optreden.

2.4 Geschiedenis van samenwerking HA-GGZ

De vraag naar betere afstemming van zorg en samenwerking bestond reeds in de jaren '70. In de structuurnota (1974) van de overheid is er een indeling aangebracht in de gezondheidszorg volgens de principes van “echelonnering”. Het doel van de echelonnering was om “gesloten circuits” te realiseren van voorzieningen, waarbij de patiënt op elkaar aansluitende zorg werd geboden, die werd afgestemd om de veranderende zorgvraag in het behandelproces van de patiënt (Boot & Knapen, 2005).

Met het neerzetten van de echelons werden ook de befaamde “financieringsschotten” gecreëerd, waarbij elk echelon een andere vorm van financiering heeft gekregen, hetgeen het creëren van naadloze samenwerkingen tussen echelons niet heeft bevorderd.

In de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw is er toenemend ingezet op transmurale samenwerking en geïntegreerde zorgverlening. Hiermee werden de bestaande echelons wat verlaten en ging men, vanuit de behoefte een zorgcontinuüm te creëren in het belang van de patiënt, meer en meer over op transmurale samenwerking. De daarbij horende financieringsstructuren werden aangepast en zorg op maat voor de patiënt was het credo.

Lange tijd heeft in de vormgeving van de zorg het aanbod van zorgaanbieders en niet de vraag van de patiënt centraal gestaan. Patiënten werden door de zorgaanbieder alleen verwezen indien zij zelf niet meer in staat waren om, binnen het eigen aanbod, de noodzakelijke zorg te kunnen verlenen voor de patiënt. Mede ingegeven door deze aanbodgerichte benadering van de patiënt, is er een vorm van “overbehandeling” ontstaan binnen de GGZ, waarbij de continuïteit van de behandeling in het geding kwam, en vaak niet aan de daadwerkelijke behoefte van de patiënt tegemoet werd gekomen. De HA behandelde vroeger veel minder GGZ in de eigen praktijk en stuurde de meeste psychische en psychiatrische problematiek door naar de GGZ-sector. De professional in de specialistische GGZ “wist wat goed was voor de patiënt” en heeft daarmee lange tijd bepaald hoe de totale behandeling eruit moest zien. De HA heeft daaraan voorheen weinig tot geen bemoeienis gehad, en werd door de GGZ weinig betrokken bij de behandeling. De veel gezegde

uitspraak “je krijgt als patiënt een enkeltje GGZ”, is een voorbeeld van het ontbreken een gezamenlijke vormgeving van psychiatrische zorg, en daarmee van een (duurzame) samenwerking tussen HA en GGZ.

In deze aanbod gerichte opstelling van de GGZ en HA kwam samenwerking niet goed van de grond. Echelon overschrijdende zorgvragen van patiënten vonden geen gehoor bij de GGZ en HA (Godfroij, 1981). Dit verschijnsel leidde er toe dat de organisaties naast elkaar werkten, zonder dwarsverbanden, en echelon overstijgende problematiek werden niet goed gecoördineerd. Het moge duidelijk zijn dat dit niet in het belang van de patiënt was.

Inmiddels is er in de GGZ een bewustwording ontstaan van de onderlinge afhankelijkheid met andere zorgaanbieders van de andere echelons. De maatschappelijke ontwikkelingen in de 21^e eeuw, het mondiger worden van de patiënt en de vraag naar hogere kwaliteit van de zorg, mede over een “full cycle of care”, hebben hiertoe geleid. En met de macro beheersing van de kosten is “overbehandeling” in de GGZ geen optie meer. Om dit in de toekomst te realiseren, zullen professionals van verschillende echelons meer moeten gaan samenwerken. In de strategische agenda: “van systemen naar mensen” (paragraaf 2.3) schrijven de minister en staatssecretaris dat een andere manier van zorgverlening en een ander zorgsysteem nodig is.

Een van de aanpassingen is de beweging naar voren waardoor er dwingend meer samenwerking noodzakelijk is tussen GGZ en HA. De meest kwetsbare mensen (EPA) zullen terecht komen in minder gespecialiseerde echelons. De onderlinge afhankelijkheden van de professionals zullen hierdoor toenemen op verschillende gebieden (medicatie, kennis, etc.).

Met het opnieuw indelen van de echelons en de beweging naar voren in de keten, moet de samenwerking tussen HA en GGZ verder worden ontwikkeld en aangepast op de nieuw toegewezen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Deze nieuwe samenwerking wordt door veel factoren bepaald. In Hoofdstuk 4 wordt hier uitvoerig op ingegaan. Door het ontbreken van duurzame historische samenwerkingsverbanden en bevredigende communicatie is er nog een hele weg te gaan.



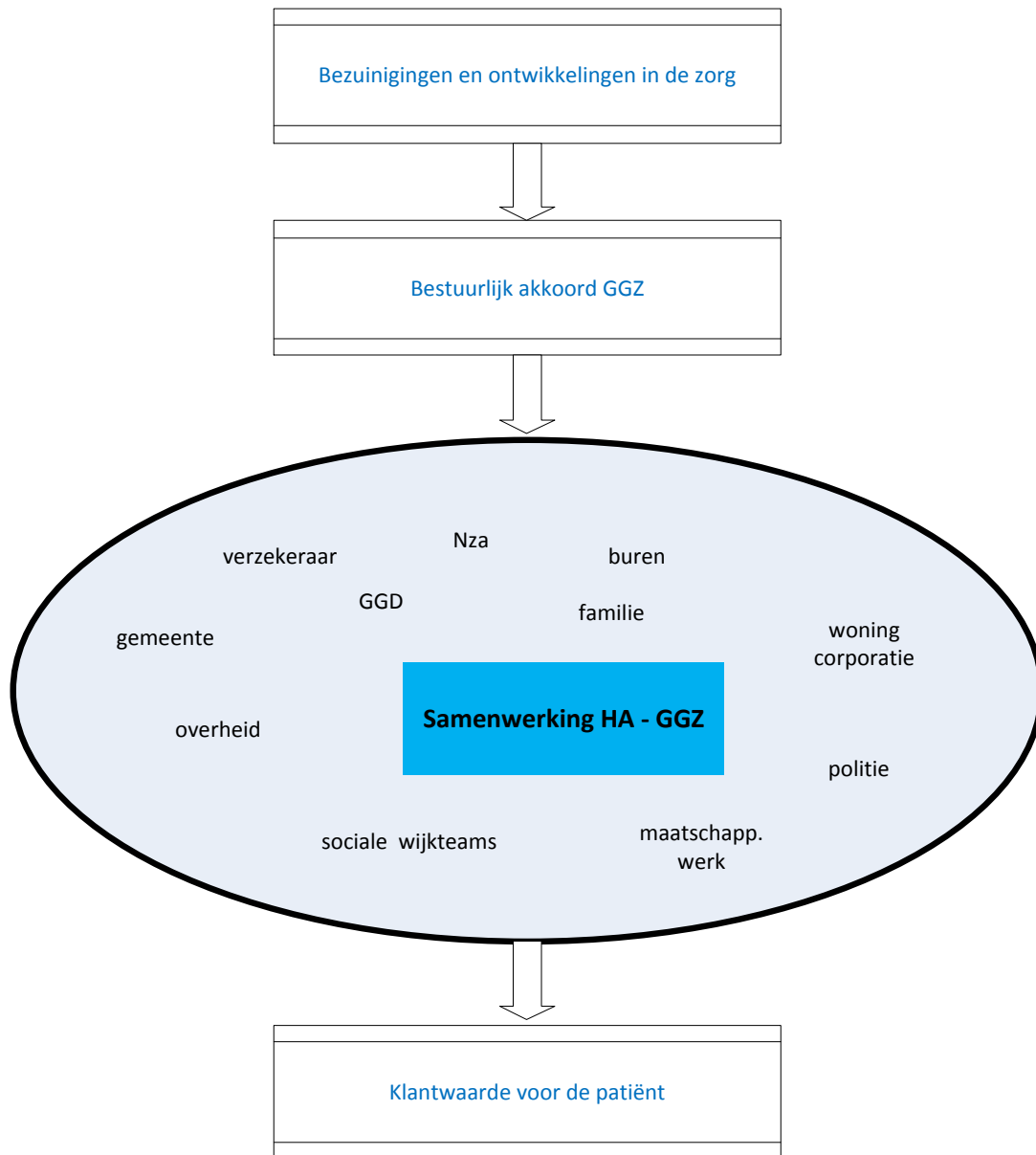
2.5 Conclusie

Onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen, met daarin de noodzaak tot het doelmatiger gebruik van de middelen, ontstaat de vraag naar een nieuwe en betere samenwerking in de GGZ, tussen de echelons HA-GGZ. Het doel is om doelmatiger gebruik te maken van middelen en toch kwalitatief hoogwaardige zorg voor patiënten te bieden. Patiënten willen in de eigen omgeving, dicht bij huis, zorg verkrijgen en alleen als het echt niet anders kan, specialistisch worden behandeld of klinisch opgenomen worden. Dit vergt grote aanpassingen in de vormgeving van GGZ zorg, die met name door de HA en de GGZ, in samenwerking met elkaar, moet worden gerealiseerd. Vanwege de vele onzekerheden en onduidelijkheden in dit stadium van de stelselwijziging, willen we met deze thesis een richting voor de nieuwe samenwerking ontdekken, die doelmatig gebruik van middelen en waarde creatie voor de patiënt bewerkstelligt.

3. ONDERZOEKSOPZET

3.1 Conceptueel model

In het conceptueel model geven wij een model van de werkelijkheid, waarvan we elementen nader onderzoeken.



De samenwerking Huisarts – GGZ wordt rechtstreeks bepaald door afspraken in het Bestuurlijk Akkoord, welke voortkomt uit de ontwikkelingen in de zorg en de noodzakelijke bezuinigingen daarbinnen. De samenwerking HA – GGZ heeft als hoogste doel het creëren van klantwaarde voor de patiënt. Tegelijkertijd spelen er meerdere bepalende factoren, en daarmee meerdere stakeholders, een rol, die invloed hebben op de vormgeving van de samenwerking tussen HA – GGZ. De samenwerking HA-GGZ vindt plaats in een context met meerdere partijen die allen belang hebben bij de samenwerking HA - GGZ en deze samenwerking mede beïnvloeden. De verzekeraar zien wij als belangrijkste mede-bepaler van de samenwerking en nemen wij mee in het empirisch onderzoek (paragraaf 3.2.2).

3.2 Onderzoekopzet

3.2.1. Strategie

Uit de context (hoofdstuk 2) blijkt dat, mede door het feit dat de nieuwe indeling in de GGZ pas per 2014 operationeel is, er nog veel onduidelijkheid is over de werking in het heden en in de toekomst. Gaat het echt de doelmatigheid en kwaliteit opleveren die de overheid voor ogen heeft? Gaat de patiënt werkelijk meer kwaliteit van zorg ervaren? Er is sprake van veel onzekerheid over de toekomst, ook omdat de echelonering in de komende jaren mede door politieke ontwikkelingen nog niet klaar is met veranderen. In de nieuwe omgeving is nog veel onduidelijk: politieke ontwikkelingen op elk niveau: betaalbaarheid van de zorg; de komende participatiesstaat; financieringsmogelijkheden; toekomstige machtsverhoudingen; benodigde kernkwaliteiten, etc. Zelfs wie “precies de toekomstige klant is”, is onduidelijk. Om die reden is gekozen voor een meer open, exploratief onderzoek. Er is sprake van een probleem analytisch onderzoek, (Verschuren en Doorewaard, 2007), (Baarda et al., 2013). Het is nog onduidelijk in hoeverre HA-POH, BGGZ en SGGZ, vraag, probleem, en met welke urgentie, ervaren en delen met elkaar, en in welke richting oplossingen gezocht moeten worden voor betrokken stakeholders.

De centrale focus van het onderzoek ligt daarom op het verkrijgen van helderheid in de vraag en de (on)mogelijkheden van stakeholders. Dit inzicht is alleen te verkrijgen door de betrokken stakeholders te bevragen, hetgeen we hebben gedaan middels interviews. Op dit onderdeel kiezen we dus voor empirisch onderzoek.

3.2.2. Selectie van stakeholders

Bij het selecteren van stakeholders werd door ons afgewogen wie het meest invloedrijk is op de samenwerking HA-GGZ. We hebben gekozen voor:

- Patiënten (LP GGZ)
- HA (LHV)
- GGZ aanbieders (GGZ NL)
- Verzekeraar

Zij zijn, van alle stakeholders, het meest direct van invloed op de nieuwe samenwerking HA-GGZ.

Vervolgens hebben wij de afweging gemaakt hoe deze verkozen stakeholders, mede gezien de beperkte omvang van dit onderzoek, het beste vertegenwoordigd konden worden, waarbij betrouwbaarheid en de generaliseerbaarheid van de input van belang is.

We hebben daarbij gekozen voor een dataverzameling onder landelijk opererende stakeholders, die een dergelijk grote achterban vertegenwoordigen dat wij de uitspraken representatief achten. Regionale verschillen vallen buiten ons onderzoek vanwege de beperkte kaders van ons onderzoek.

Bij de keuze van stakeholders is op landelijk niveau ingestoken. Dit houdt in dat wij met landelijke koepels en landelijk opererende organisaties hebben gesproken. We hebben de stakeholders gekozen op basis van grootste vertegenwoordiging in het te onderzoeken veld. De vertegenwoordiging van het veld door de gekozen stakeholders, lichten we hier toe:

Landelijk Platform GGZ

“Het Landelijk Platform GGZ (LP GGZ) is dé koepel van, voor en door 20 cliënten- en familieorganisaties in de GGZ. Gezamenlijk vertegenwoordigen we meer dan een miljoen Nederlanders die jaarlijks een beroep doen op de GGZ. We streven ernaar de positie van die kwetsbare mensen structureel te verbeteren. Het LP GGZ is gesprekspartner van en aanspreekpunt voor politici, beleidsmakers, beleidsuitvoerders zorgverzekeraars en branche-organisaties.” (LP GGZ, website).

Om vast te kunnen stellen hoe de samenwerking eruit dient te zien tussen de echelons en er werkelijk waarde gecreëerd kan worden, dienen we te bepalen welke topics er vanuit het perspectief van de patiënt werkelijk toe doen. Deels is dat gedaan vanuit de literatuur

(paragraaf 4.1.5). Maar omdat de nieuwe GGZ anno 2014 op zichzelf nog niet is onderzocht, hebben we een interview gehouden met het LPGGZ om vanuit het perspectief van de cliënt vast te kunnen stellen welke zaken in de nieuwe samenwerking waarde zullen creëren.

De kennis uit dit interview met het LPGGZ, tezamen met de topic lijst (paragraaf 4.3) “Kennis van Waarde creatie en Samenwerken” vormde de basis voor de volgende interviews:

GGZ Nederland

GGZ Nederland is de brancheorganisatie van de GGZ instellingen. Er zijn ruim honderd leden aangesloten, variërend van grote regionale tot kleinere gespecialiseerde zorgaanbieders, en dat aantal stijgt jaarlijks licht. Hun gezamenlijke omzet is ruim € 5 miljard euro en er werken zo'n 89.000 medewerkers in de ggz. Zij verlenen zorg aan bijna een miljoen patiënten per jaar. GGZ Nederland vertegenwoordigt daarmee ruim 90% van de zorg en het personeel in de GGZ. (GGZ NL, website)

Vanwege het gegeven dat GGZ Nederland de vertegenwoordiger is van ruim 90% van de medewerkers en budget in de GGZ hebben wij met hen een interview afgenomen. Met deze insteek op landelijk niveau hebben de verschillen die er op regionaal niveau zijn, welke een effect zouden kunnen hebben op de samenwerking, een plek in het interview gekregen.

LHV

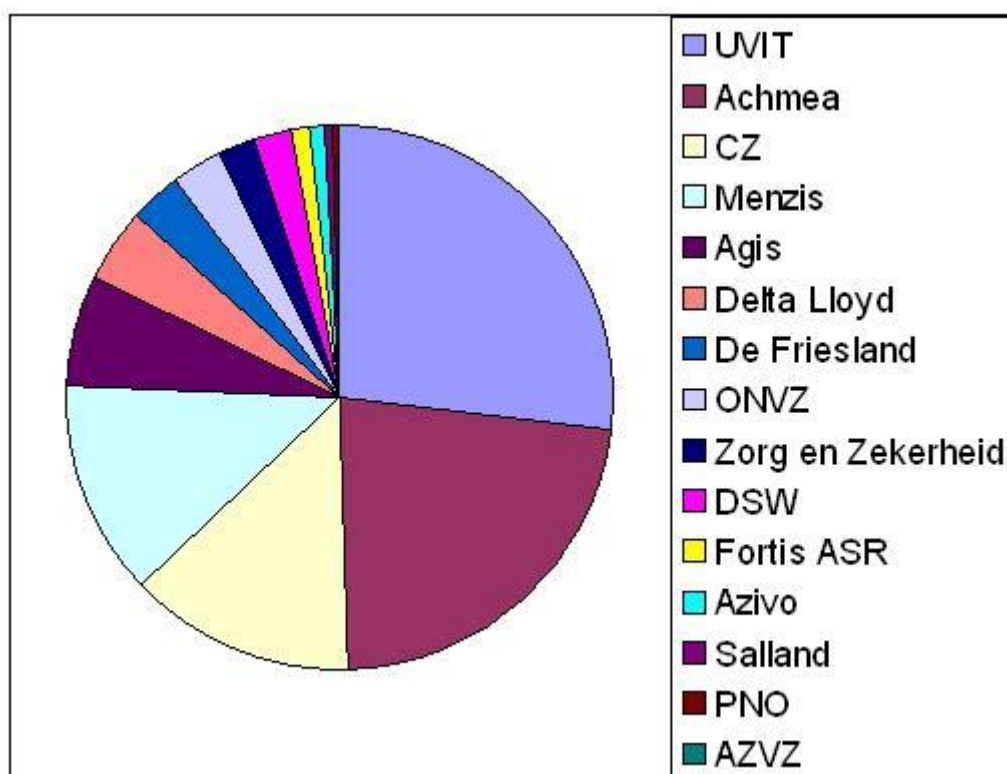
Dankzij een organisatiegraad van ongeveer 90% is de LHV voor alle betrokken partijen in de wereld van de zorg en daarbuiten de representatieve beroepsorganisatie van huisartsen. Daardoor kan de vereniging zich op een breed front inzetten voor de behartiging van de materiële (en immateriële) belangen van haar leden. “Eendracht maakt macht”. Door de hoge organisatiegraad is de LHV dé representatieve beroepsvereniging van huisartsen in Nederland. De organisatie van de vereniging is dan ook ingericht op een sterke vertegenwoordiging van de beroepsgroep op alle niveaus in de zorg en daarbuiten. (LHV, website)

De LHV is een vertegenwoordiger van ongeveer 90% van de huisartsen in Nederland. Met deze insteek op landelijk niveau hebben ook de verschillen die er op regionaal niveau zijn, welke een effect zouden kunnen hebben op de samenwerking, een plek in het interview gekregen.

Verzekeraar (Achmea en VGZ/Uvit)

Achmea en VGZ/Uvit hebben een gezamenlijk marktaandeel van ruim 60% (zie volgende figuur). Wij hebben een interview gehouden met Achmea, waarna wij de uitkomsten uit dit interview middels een open gesprek met VGZ/Uvit getoetst hebben op overeenkomsten of verschillen. Daaruit bleek dat deze 2 verzekeraars hetzelfde beleid voeren t.a.v. de verschuiving van middelen en bewaking van het MBI (Macro Beheers Instrument). Waar wij gegevens van VGZ/Uvit betrekken bij de uitwerking van het interview met Achmea, vermelden we dat expliciet bij de uitwerking van de resultaten in paragraaf 5.4.

De keuze om de verzekeraar te definiëren als belangrijke stakeholder is tweeledig. Enerzijds voeren zij als bewaker het beleid uit zoals de minister het uitvaardigt. Hierbij bewaken zij het macrobudget en de schadelast (ZVW) in de GGZ. Anderzijds hebben zij een mogelijkheid tot sturen in de markt. Ze kunnen bepalen welke partijen aanspraak kunnen maken op het leveren van patiënten zorg met het daarbij horende budget. Daarbij hanteren zij bepaalde prestatie indicatoren (PI). Dit sturende element heeft een effect op de samenwerking tussen de GGZ en HA. De verzekeraar bepaalt per regio wie er gecontracteerd worden en wie niet, en welke budgetten er in de verschillende echelons beschikbaar komen. Hiermee hebben zij direct (financiële) invloed op de samenwerking in de regio tussen de GGZ en de HA. Om deze twee redenen hebben wij gekozen voor de verzekeraar als een van de belangrijke stakeholders in het onderzoek naar de samenwerking.



Marktaandeel verzekeraar 2011 (Vektis).

3.2.3. Selectie van databronnen

We hebben gebruik gemaakt van de volgende databronnen:

1. Personen in de vorm van deskundige (als leverancier van kennis). Door middel van ondervraging (Verschuren en Doorewaard, 2007), semigestructureerde interviews met topic lijst, face to face, individueel hebben wij de ontsluiting van de data bij personen gerealiseerd.
2. Media zowel gedrukt als elektronisch. Door middel van kwalitatieve inhoudsanalyse is er uit grote hoeveelheden media relevante informatie vergaard. Door middel van searches via Google, Google Scholar, Seurch (Erasmus Universiteit), directe raadpleging van websites van stakeholders, beleidsdocumenten overheid, Twitter. Er is veel gebruik gemaakt van zoektermen en combinaties van zoektermen.
3. Documenten zoals folders van GGZ instellingen, huisartsen, verzekeraars, overheid en gemeentes.
4. Literatuur door middel van inhoudsanalyse. In het zoeken naar literatuur is gebruik gemaakt van Scholar (Google) en Seurch (Erasmus Universiteit) en de zoekmachine van de Bibliotheek van de Parnassia Groep.
5. Bijwonen van seminars en bijeenkomsten van huisartsen, verzekeraars en GGZ instellingen.
6. Gesprekken met medewerker farmacie om vanuit de commerciële organisaties te vernemen hoe de samenwerking met huisarts vorm wordt gegeven.
7. Gesprekken met individuele huisartsen.
8. Gesprekken met individuele bestuurders van GGZ instellingen.

Met behulp van de ontwikkelingen in de GGZ en huisartsen zorg (Hoofdstuk 2), het literatuuronderzoek (Hoofdstuk 4) en het interview met het LP GGZ (Paragraaf 5.1), hebben wij een topic lijst samengesteld (paragraaf 4.3) om de semi-gestructureerde interviews met de stakeholders af te nemen om de samenwerking te onderzoeken. Om te komen tot een valide, relevant, volledig en duidelijk beeld van de meningen en ervaringen van een

geïnterviewde met betrekking tot het onderzoek omtrent de samenwerking, hebben wij gekozen voor een semigestructureerd interview (Baarda et al. 2007). Naast de interviews hebben wij nog een aantal face to face gesprekken gevoerd met huisartsen, bestuurders en medewerker farmacie. Deze gesprekken hebben tot doel gehad om te weten te komen hoe zij als deskundige denken over samenwerking, hetgeen ons in de fase van opzet van dit onderzoek en de literatuurstudie hielp relevante richting te kiezen. Het bijwonen van seminars heeft er onder andere toe bijgedragen dat wij de eerste onderzoeksresultaten van de samenwerking in de keten hebben verkregen (paragraaf 5.5.).

3.2.4. Analyse gegevens

Wij zijn gestart in de exploratiefase middels de "van grof naar fijn" methode (Baarda et al., 2013). De interviews zijn allemaal opgenomen op audio. Middels open samenvattend coderen, waarbij optimalisatie van nieuwe inzichten de kans krijgt, zijn alle gespreksonderwerpen op schrift vastgelegd, (Verschuren en Doorewaard, 2007), (Baarda et al., 2013). We zijn daarmee niet op zoek gegaan naar wat we al weten, maar juist naar datgene waar onze blinde vlekken zaten. De geïnterviewde als deskundige is het juiste middel om nieuwe aspecten en elementen over samenwerking te vinden. Hierbij hebben wij de interviews meerdere malen afgeluisterd en per vraag de kern (woorden) in relatie tot het onderzoeksonderwerp op schrift weergegeven.

Verdere analyse vond plaats d.m.v. axiaal coderen leidend tot een boomstructuur, middels een top-down werkwijze. De verschillende boomstructuren zijn opgenomen in bijlage 1. De axiale codering hebben we niet opnieuw getoetst bij de geïnterviewden, vanwege de beperkte omvang van ons onderzoek.

Alle data uit de interviews is conform de beschreven methodiek geanalyseerd. De resultaten worden gerapporteerd in Hoofdstuk 5.

De analyse die volgt wordt verslagen in Hoofdstuk 6, het is de confrontatie van empirische gegevens (Hoofdstuk 5) met de literatuur zoals beschreven in Hoofdstuk 4. We gebruiken de topic lijst uit paragraaf 4.3 om de input uit het empirisch onderzoek te confronteren met de literatuur en we nemen dit tevens als raamwerk om de data uit de empirie met elkaar te vergelijken. Hiermee wordt duidelijk in hoeverre theorie en praktijk op elkaar aansluiten en waar de hiaten zich voordoen. Ook zullen onderlinge verschillen tussen geïnterviewde stakeholders duidelijk worden als we middels de topic lijst de input van de verschillende interviews naast elkaar zetten. De gesprekken en de seminars die wij als onderzoekers hebben gevoerd en bijgewoond hebben, zijn verantwoord in paragraaf 5.5, en zijn eveneens meegenomen in de analyse en confrontatie met de literatuur.

In het verlengde van de confrontatie worden aanbevelingen geformuleerd t.a.v. de richting waarin de samenwerking zich kan ontwikkelen tussen GGZ en HA, ten einde waarde te creëren voor de patiënt (Hoofdstuk 7). We sluiten af met een nabeschuiving.

4. LITERATUURSTUDIE

Met de kennis van waarde creatie (4.1) en de kennis van samenwerking (4.2), beiden vervolgens toegepast in de zorg, verzamelden we kennis t.a.v. de vraagstelling. Uit de kennis is de topiclijst ontstaan ten bate van de interviews (4.3). Uit deze topiclijst ontstaat tevens een raamwerk waarmee we de resultaten van het empirisch onderzoek analyseren.

4.1 De kennis van waarde creatie

Overall is het gedachtegoed van Porter voor ons richting gevend.

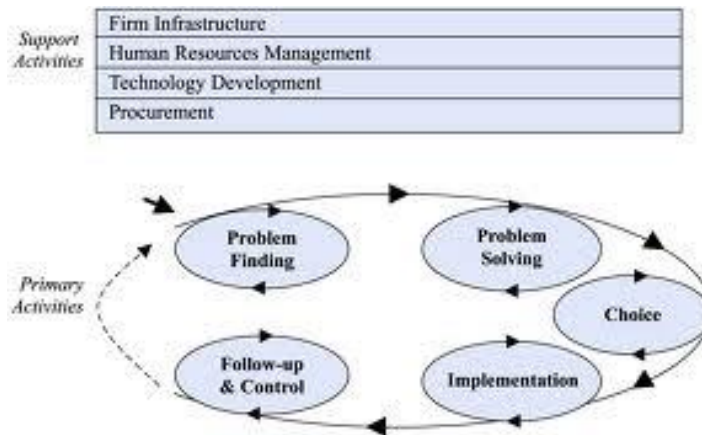
4.1.1 Waarde creatie in de zorg

De waardeketen van Porter is ontworpen door Michael Porter in 1985 om systematisch te onderzoeken hoe waarde wordt gecreëerd in een organisatie en hoe daarmee concurrentievoordeel kan worden gerealiseerd. Het originele model ziet er als volgt uit:



Deze waardeketen is gebaseerd op de visie dat organisaties bestaan uit diverse sub systemen of sub processen, zoals in de figuur in beeld gebracht en benoemd. Er wordt waarde gecreëerd in ieder van deze afzonderlijke processen doordat daarin kosten worden verlaagd of klantwaarde wordt gecreëerd. Door deze activiteiten zo goed mogelijk uit te voeren en te managen kan uiteindelijk een winstmarge overblijven aan het einde van de unit (Porter, 1985).

De zwakke kant van dit model is echter dat het moeilijk toepasbaar is op serviceorganisaties. Om de keten in de zorg beter te begrijpen, betrekken we daarom ook het model van Stabell's and Fjelstad's (1998), die een toegepaste versie hebben ontworpen van Porters model, voor de dienstensector:



Stabell en Fjeldstad zien een professionele serviceorganisatie, zoals in de zorg, als een “value shop” waarbinnen hulpbronnen worden ingezet om specifieke problemen op te lossen. Dit vraagt om een iteratief proces waarin een set van activiteiten wordt herhaald, totdat een bevredigende oplossing is gevonden. De ondersteunende processen zijn dezelfde als van de originele waardeketen van Porter. De activiteiten in het primaire proces zijn echter anders beschreven:

- Problem Finding and acquisition, assessment of problems and opportunities (problem finding / diagnostiek).
- Problem Solving, the mobilisation of resources (inroepen hulpbronnen en in kaart brengen van deze mogelijkheden).
- Choice of problem solution, project management (indicatiestelling).
- Execution of solution, the delivery of solutions (uitvoer besluit, behandeling).
- Control and evaluation, the measurement of outcomes and learning (evaluatie en bijstelling).

Binnen de “value shop” wordt waarde gecreëerd voor de klant door uiteindelijk het probleem van de klant beter of sneller op te lossen dan de klant dat zelf zou kunnen. Mechanismen die daarbij een rol spelen:

- De organisatie heeft meer informatie over het probleem dan de klant.
- De organisatie is gespecialiseerd in het omgaan met onderhavige problemen doordat zij specifieke methoden heeft om deze te analyseren.
- Sterke expertise is beschikbaar met gespecialiseerde professionals.

In een organisatie als deze zijn de volgende zaken van belang in het primaire proces:

- Verschillende disciplines en specialismen zijn nodig in het hele proces.
- In het proces worden oplossingen gevonden voor unieke casussen (waarbij wel gestandaardiseerde oplossingen kunnen worden gevonden)
- Gespecialiseerde kennis is nodig van verschillende kennisgebieden. Andere organisaties en professionals zijn nodig, bijvoorbeeld een huisarts die een specialist inroept.
- Het vraagt om een hoge mate van coördinatie van verschillende activiteiten op de verschillende kennisgebieden.
- De oplossing ontstaat in een cyclisch proces met iteratieve activiteiten waarin medisch specialisten hypothesen maken, en veel werk verrichten deze te bevestigen of te verwerpen.
- Partijen verdienen hun instroom/opdrachten/verwijzingen op basis van reputatie en relaties in het veld.

4.1.2 Waarde creatie in samenwerking in de zorg

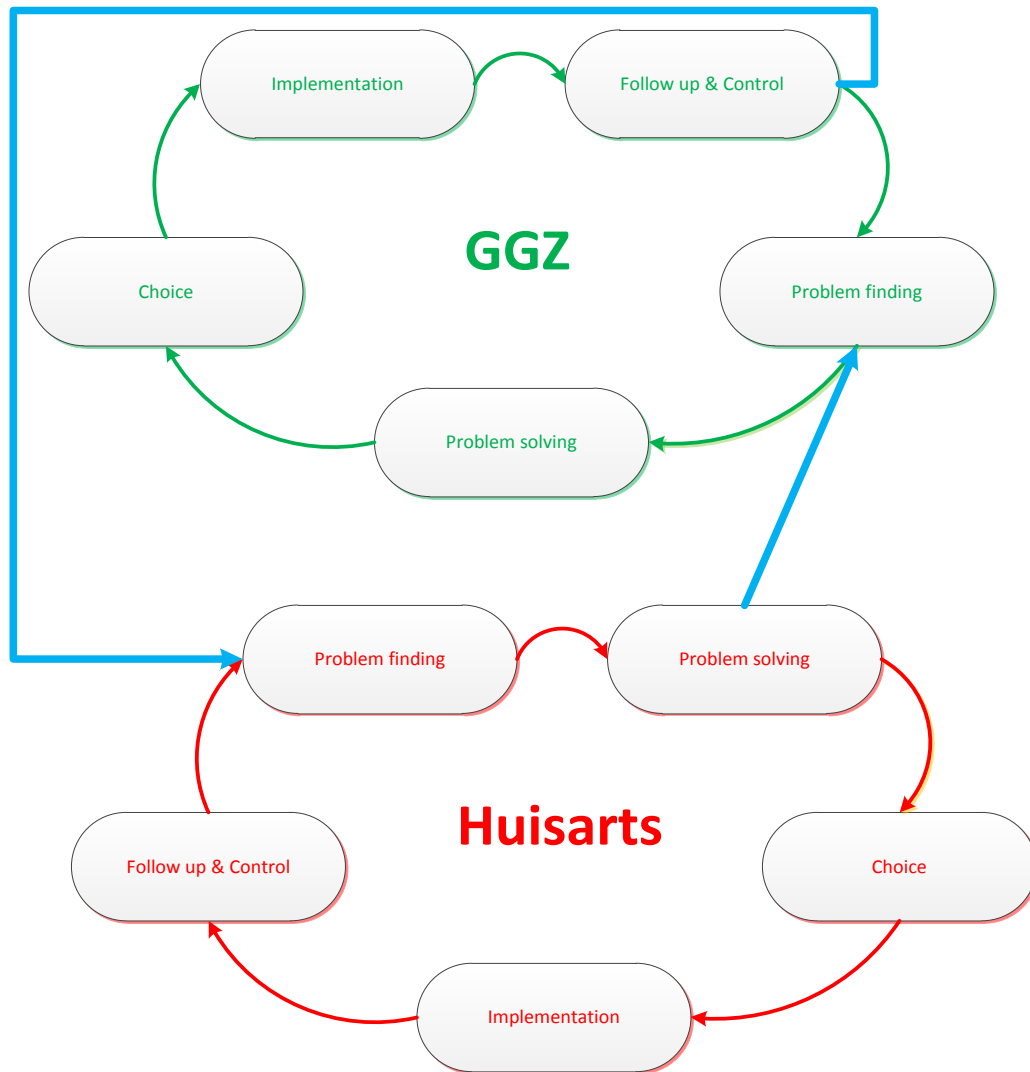
Over de koppelingen tussen de verschillende activiteiten zeggen Stabell en Fjeldstad dat er een zeer hoge afhankelijkheid is tussen de deelactiviteiten: "Je kunt de volgende activiteit niet uitvoeren zonder dat de voorgaande is gedaan." Diagnostiek is bijvoorbeeld noodzakelijk alvorens passende behandelopties in kaart te kunnen brengen. De *kwaliteit van de volgende activiteit* is afhankelijk van de *kwaliteit van de voorgaande activiteit*. Er is daarmee sprake van een hoge mate van afhankelijkheid van professionals/teams onderling, in geval dat meerdere professionals/teams sequentieel worden ingezet of geconsulteerd voor opeenvolgende activiteiten. Er is een vertrouwen nodig in elkaars expertise, goede communicatie en informatiedeling om voort te kunnen bouwen op het werk van een ander. Bij gebrek aan dit alles zullen professionals de neiging hebben het voorafgaande werk van voorgaand betrokken professionals opnieuw te doen. Om doelmatig en kwalitatief hoogstaand samen te kunnen werken binnen 1 casus, moet deze gezamenlijke verantwoordelijkheid over koppelpunten heen goed worden georganiseerd.

Niet alleen in het primaire proces wordt waarde gecreëerd voor de patiënt, ook in de ondersteunende processen. Bijvoorbeeld: patiënt wil immers niet bij iedere processtap zijn verhaal opnieuw vertellen, dus een goed informatiesysteem dat in alle processtappen gebruikt kan worden, creëert waarde. Zeker op koppelingen, waar verschillende professionals betrokken raken, voegt een goed en gedeeld informatiesysteem veel waarde toe!

Een belangrijk kenmerk van een dienstverlenende organisatie is dat oplossingen / producten ontstaan in coproductie met de klant, in samenwerking met de patiënt. De patiënt is dus medeproducent ofwel co-creator van waarde.

Deze laatste ketenbeschrijving is naar ons idee op twee manieren toepasbaar op de situatie van samenwerking tussen huisarts en GGZ aanbieder:

- Enerzijds is het afzonderlijke werk van de huisarts en iedere GGZ aanbieder, op hun eigen echelon, te beschrijven met de toegepaste waardeketen van Stabell en Fjeldstad, omdat iedere zorgaanbieder volgens dit cyclisch iteratief proces waarde creëert.
- Anderzijds: is het GGZ veld als geheel te beschrijven met dit model, omdat de verschillende echelons inhaken op elkaar en met elkaar dit proces doorlopen, *met gebruikmaking van elkaars proces en expertise*. Bijvoorbeeld: de samenwerking tussen huisarts en een specialist op een deelactiviteit als "Problem Finding" (huisarts vraagt specialist om diagnose), of de verwijzing naar een andere GGZ aanbieder waarbij de patiënt enige tijd geheel in handen is van de andere GGZ aanbieder, is dan in kaart te brengen met aan elkaar gekoppelde of opeenvolgende waardeketens.



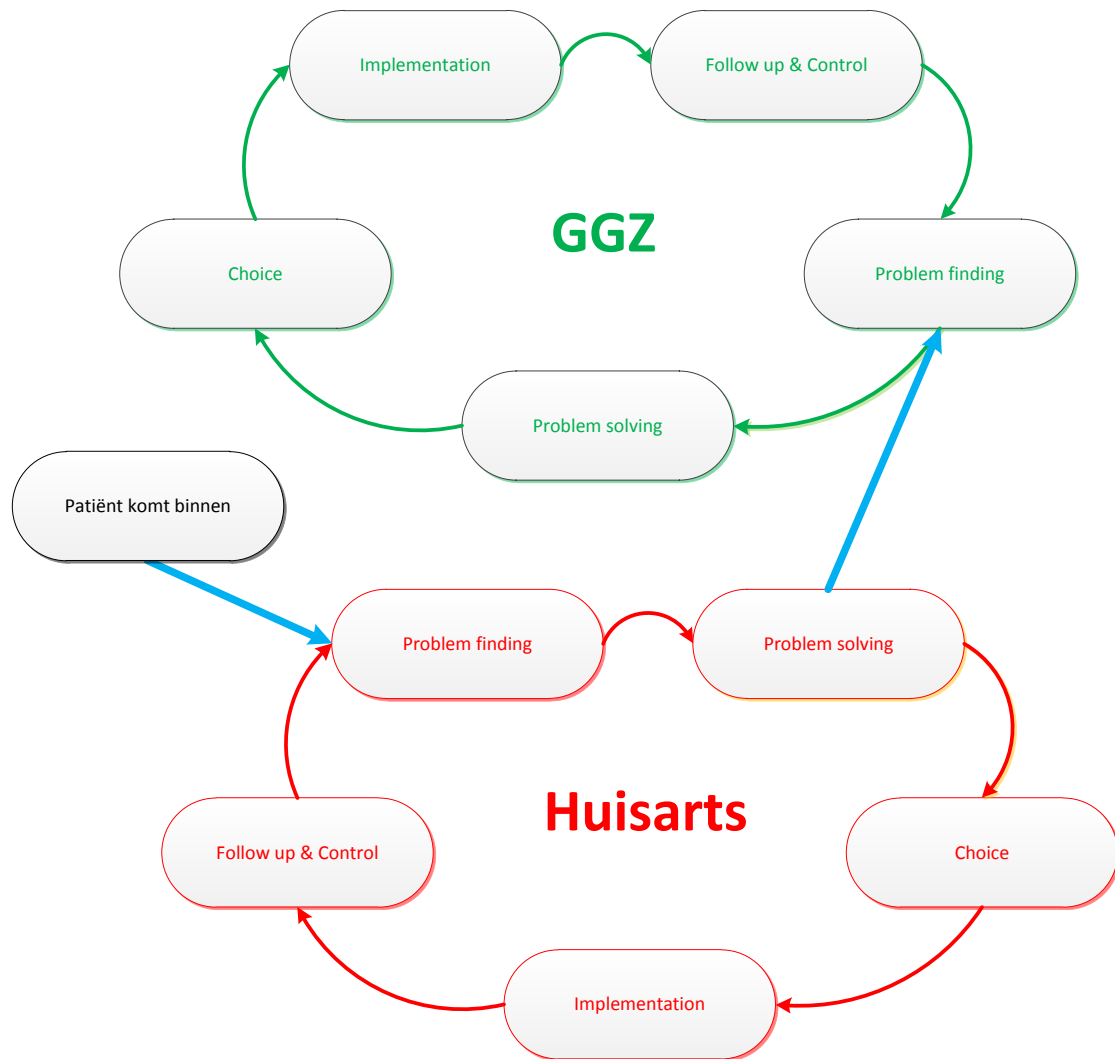
In deze figuur voor samenwerking tussen 2 dienstverlenende instanties wordt waarde gecreëerd voor de klant:

- Binnen de 2 value shops (de afzonderlijke waardeketens van de afzonderlijke echelons) = rood en groen gekleurd.
- op de 2 koppelingen = de 2 dikke blauwe pijlen
- in de waardeketen als geheel: de waardeketen van aan elkaar gekoppelde waardeketens = het hele plaatje.

Voorgaande figuur brengt in beeld hoe huisarts en GGZ aan 1 casus werken, *in de samenwerking gebruik maken van elkaars expertise*, ten einde waarde te creëren voor de klant / een positief behandelresultaat te verwezenlijken bij de patiënt.

In de historie bestond deze samenwerking veel minder tot niet: de patiënt kwam binnen bij de huisarts en de huisarts verwees de patiënt naar de GGZ als hij verkoos deze zelf niet te behandelen. De huisarts gaf de patiënt daarmee definitief uit handen en verkreeg vaak weinig tot geen inzicht in wat er met de patiënt in de GGZ gebeurde. Na een geslaagde behandeling in de GGZ werd nazorg en terugvalpreventie in de regel niet gezamenlijk met de huisarts vorm gegeven, maar vond deze meestal ergens binnen de GGZ plaats. De patiënt bleef daarmee vaak in het circuit GGZ (zie ook paragraaf 2.4) .

De oude situatie in beeld:



4.1.3 Toepassing van de kennis van waarde creatie in de Nederlandse zorg

Porter & Teisberg (2006) leren ons in hun boek "Redefining Healthcare" dat werkelijk waarde creëren in de zorg pas mogelijk is als we het ontwerp van de zorg realiseren rondom hetgeen voor de patiënt belangrijk is. Kwaliteit en doelmatigheid zijn de sleutelwoorden die leiden tot verbeteringen in de zorg, die leiden tot optimale klantwaarde en daarmee concurrentievoordeel.

In 2008 heeft minister Klink een multidisciplinaire denktank geformeerd om de betekenis van dit gedachtengoed van Porter voor de Nederlandse gezondheidszorg te doordenken. De uitkomsten hiervan zijn vastgelegd in het rapport Naar waarde creatie in de Zorg (Boer & Croon, 2008). De agenda die voortkwam uit deze denktank voor de komende jaren in de Nederlandse situatie beoogde:

- via gereguleerde competitie de zorg betaalbaar te houden,
- via innovatie de te voorziene problemen op de arbeidsmarkt (en wachtlijsten) te voorkomen en in te bedden,
- en vooral de zorg voor met name chronisch zieken vooral dicht bij huis en in samenhang (eerste en tweede lijn) aan te bieden.

Ten aanzien van dit laatste agendapunt ging de denktank voor de Nederlandse situatie uit van het volgende:

Porter & Teisberg (2006) formuleren waarde als **gerealiseerde gezondheidsuitkomst per gependeerde euro**. Factoren die deze uitkomst beïnvloeden en die in het rapport van voornoemde denktank voor de Nederlandse situatie (Boer & Croon, 2008) worden overgenomen van Porter zijn:

- Kwaliteit van medisch handelen.
- Samenhang en coördinatie in de multidisciplinaire behandeling.
- Toegankelijkheid en snelheid van zorg.
- Bejegening en aandacht.
- Service.

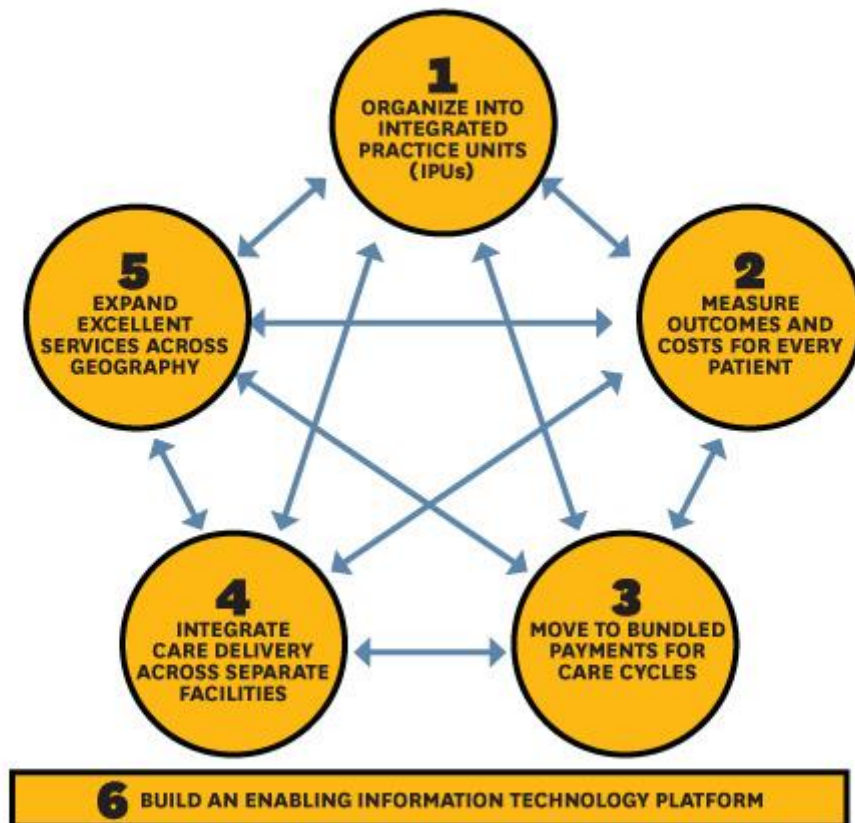
Op welk van bovengenoemde aspecten de nadruk komt te liggen in het realiseren van een betere uitkomst / hogere realisering klantwaarde, is afhankelijk van de aard van de zorgvraag en het type patiënt. De waarde mix verschilt per aandoening en per soort patiënt. Zo is *snelheid* van belang bij een *acute zorgvraag*; *beschikbaarheid* van belang in geval van een *zeldzame aandoening*; en nabijheid en vertrouwen belangrijker bij *chronische problematiek*. Waarde creatie krijgt dus vorm op het niveau van een medische aandoening: dat betekent dat voor een patiënt waarde wordt gecreëerd als zorgverleners samenwerken in een multidisciplinaire zorgketen of netwerk en *gezamenlijk* een aanbod doen voor een *full cycle of care* dat past bij de problematiek. Een “full cycle of care” zorgt ervoor dat patiënt integrale zorg kan ontvangen, niet zelf de deelsegmenten van zorg aan elkaar moet plakken, met ontbreken van professionele coördinatie, inhoudelijke afstemming en informatiedeling. De specifieke aandoening en zorgvraag van de patiënt moet dus leidend zijn en niet de beschikbaarheid van een aanbod. Focus op de zorgvraag betekent o.a. het ontwikkelen van samenhangende zorgproducten over de grenzen van bestaande organisaties heen. De patiënt van de toekomst is volgens de denktank steeds meer de chronische patiënt; vaak belast met meerdere aandoeningen. Meerdere deskundigen, vaak verspreid over meerdere organisaties (en meerdere sectoren, dus ook buiten de GGZ), zijn nodig om de zorgvraag in kaart te brengen en te beantwoorden. Soms vraagt de samenwerking een multidisciplinaire keten, zoals bij een nieuwe heup. Soms vraagt de samenwerking om een netwerk, zoals bij chronische zorg (bijvoorbeeld bij diabetes). In de Nederlandse situatie is de zorg echter volgens deze denktank nog vaak georganiseerd langs lijnen van type instellingen, deelsegmenten, specialismen en beroepen, in overeenstemming met wijze waarop de bekostiging van de zorg is gestructureerd. Door deze schotten komt ketensamenwerking rond aandoeningen vaak moeilijk van de grond. Er is volgens de denktank nog te weinig incentive om te ondernemen over de gehele keten van zorg, mede doordat de verzekeraar nog weinig integraal financiert. Organisatie van de zorg rondom de aandoening, betekent dus het realiseren van samenhang in de keten samen met andere zorgaanbieders.

4.1.4 Een strategie om de zorg te verbeteren

In "Strategy that will fix healthcare" beschrijven Porter & Lee (2013) 6 met elkaar *samenhangende* activiteiten waarmee we de gezondheidszorg zodanig verder zouden kunnen ontwikkelen zodat ook in de toekomst zo hoog mogelijke klantwaarde wordt gecreëerd per gependende euro. De strategie om te komen tot een gezondheidszorg systeem dat hoge klantwaarde genereert bevat 6 met elkaar samenhangende componenten:

THE VALUE-BASED SYSTEM

The strategic agenda for moving to a high-value delivery system has six interdependent elements.



SOURCE MICHAEL E. PORTER

HBR.ORG

Ad 1. Organizing around patients' medical conditions rather than physicians' medical specialties.

Organiseer het aanbod van de zorg rondom de medische conditie en behoefte van de klant. Over de muren van organisaties heen wordt een programma ontworpen waarin diverse specialisten en organisaties samenwerken. Een "full cycle of care" wordt gezamenlijk ontworpen en in samenwerking aangeboden. Ook aandacht en zorg voor gerelateerde problematiek of omstandigheden wordt hierin opgenomen, zoals voorlichting aan en zorg voor familie.

Ad 2. Measuring costs and outcomes for each patient

Het resultaat in termen van behaalde klantwaarde en gerealiseerde kosten wordt gemeten voor deze full cycle of care voor de individuele patiënt.

Ad 3. Developing bundled prices for the full care cycle

Het betalingsmodel moet waarde creatie voor de patiënt bevorderen. De 2 voornaamste betalingsmodellen van vandaag de dag doen dat volgens Porter niet:

1. Global Capitation geeft de zorgaanbieder een bedrag per periode om de patiënt te voorzien in alle behoeften, onafhankelijk hoe vaak de patiënt gebruikt maakt van alle vormen van zorg. Dit zorgt voor lagere totale kosten, maar is niet gericht op creëren klantwaarde op specifieke behoeften.

2. De betaling per verrichting doet de totaal kosten stijgen en leidt ook niet direct tot waarde creatie op specifieke behoeften.

Porter adviseert een soort combinatie van deze 2 modellen die wel gericht is op waarde creatie in aansluiting op wat de specifieke patiënt nodig heeft en ook kosten reduceert:

“Bundled prices for the full cycle of care” voor specifieke medische condities. Bijvoorbeeld: acute medische condities of chronische condities voor een bepaalde periode. Dit systeem moedigt teamwork aan en kan resulteren in hoge waarde creatie omdat de gezamenlijke activiteiten rondom een specifieke medische conditie zijn gericht en op elkaar kunnen worden afgestemd. De aanbieders zullen efficiency verhogen en tegelijkertijd de gezondheidsuitkomst voor de specifieke medische conditie voor ogen hebben.

Ad 4. Integrating care across separate facilities

Betrokken organisaties in deze full cycle of care stemmen de activiteiten en de processen meer op elkaar af. Dubbelingen in activiteiten worden geëlimineerd ten einde inspanningen en kosten te verlagen, maar ook klantwaarde te verhogen.

Ad 5. Expanding geographic reach

Creëer een groter bereik. Het ontstane concept zal meer rendabel worden door een groter bereik te creëren, zodat met minder kosten meer gezondheidsresultaat kan worden behaald.

Ad 6. Building an enabling IT platform

De informatiedeling en communicatie tussen alle betrokken samenwerkingspartners in de full cycle of care, wordt geoptimaliseerd door een gedeeld IT platform.

Uit deze 6 samenhangende activiteiten om de zorg te verbeteren, kiezen we de voor de GGZ anno 2014 in de Nederlandse situatie, de meest relevante verbeter-activiteiten. Aan het begin van de huidige stelselwijziging zijn onderdelen 1, 3 en 4 het meest relevant. Deze komen daarom terug in de topiclijst van paragraaf 4.3. Deze activiteiten geven namelijk in dit stadium van de stelselwijziging het meest vorm aan de beoogde nieuwe GGZ anno 2014 en verder.

4.1.5 Welke factoren leiden tot waarde creatie voor de patiënt?

Het speelveld van de GGZ anno 2014 is nieuw en is uiteraard nog niet onderzocht op welke factoren, specifiek in dit veld, waarde creëren voor de patiënt. Uit de enorme hoeveelheid onderzoek naar wat patiënten belangrijk vinden in de zorg en in de samenwerking tussen professionals, blijkt echter dat de factoren die leiden tot waarde creatie voor de patiënt in zichzelf niet veel verschillen. De mate waarin factoren van belang zijn, kan per patiëntgroep wel verschillen.

Een compilatie van relevante factoren wordt gemaakt van kennis tot zover uit de GGZ van voor 2014 en de algemene gezondheidszorg:

De CQ-index: het vergelijken van klantervaringen in de zorg

Om te komen tot vergelijkbare informatie over klantervaringen in de zorg is in Nederland de CQ-index ontwikkeld, wat staat voor Consumer Quality Index (Hendriks et al., 2007). De CQ-index is een familie van meetinstrumenten die de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt/consument meet. Centraal in de CQ-index staan de concrete ervaringen van patiënten met de zorg en het belang dat zij hechten aan verschillende kwaliteitsaspecten. Wat patiënten belangrijke kwaliteitscriteria vinden in de zorg die zij genieten, verschilt per patiëntencategorie. Zo is voor de ene patiëntcategorie wachttijd wel een issue, en voor de

andere niet. Vandaar dat een landelijk meetinstrument als de CQ-index per patiëntencategorie en per deelsegment van zorg ontwikkeld wordt.

Om te kunnen meten en weten wat de patiënt belangrijk vindt in de GGZ, zijn bijvoorbeeld reeds 5 verschillende CQ-indexen gemaakt, o.a. voor bijvoorbeeld Beschermd wonen, klinische opname etc.

De CQ index die het meest relevant is voor ons onderzoek, de samenwerking huisarts-GGZ aanbieder in de nieuwe GGZ van 2014, is de CQ-index Kortdurende ambulante GGZ:

Ervaringen met de kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg, bestemd voor personen van 18 jaar en ouder die zijn/ worden behandeld in de geestelijke gezondheidszorg. (Trimbos, Versie 4.1.)

De kwaliteitscriteria die in deze vragenlijst worden gehanteerd zijn:

- Bereikbaarheid van de behandelaar.
- Informatievoorziening.
- Inspraak en keuzevrijheid.
- Bejegening.
- Verandering in klachten en functioneren.
- Informatie-uitwisseling behandelaars.

Wij kiezen hier voor deze CQ-index omdat de gekozen doelgroepen voor deze studie overeenkomen met doelgroep waarvoor deze index is gecreëerd.

Binnen de GGZ zorg met de verschillende patiëntgroepen die wij includeren, zoals EPA en Common Mental Disorders, zullen er accentverschillen zijn maar de topics blijven dezelfde. Het accentverschil zal zitten in bijvoorbeeld bereikbaarheid en toegankelijkheid en ook informatie-uitwisseling en coördinatie van zorg. Bij meer acute beelden zullen deze kwaliteitscriteria belangrijker zijn.

Kwaliteitscriteria vanuit patiënt perspectief in samenwerking huisarts – specialist in algemene gezondheidszorg

Berendsen (2008) onderzocht kwaliteitscriteria vanuit perspectief patiënt t.a.v. samenwerking tussen huisarts en specialisten in de algemene gezondheidszorg. Het onderzoek is gedaan onder verschillende patiëntgroepen in de algemene gezondheidszorg, waardoor de resultaten van dit onderzoek niet zondermeer generaliseerbaar zijn naar de GGZ populatie. Met name zeer specifieke deel-patiëntengroepen in de GGZ, zoals de EPA, zouden daarvoor apart onderzocht moeten worden. Dit onderzoek en haar beschouwing leveren het onderstaand inzicht op de koppeling tussen huisarts en specialist.

Informatie continuïteit

In deze studie geven patiënten aan het liefst informatie van de huisarts te willen ontvangen, die is de aangepast aan hun eigen situatie, begrijpelijk en zonder tegenstrijdigheden. De huisarts is immers een bekende en wordt als dichtbij ervaren, waardoor zijn informatie wordt geprefereerd boven die van de meer onbekende specialist. Patiënten uit de chronische groep zien ook patiëntenverenigingen en de apotheek als belangrijke bronnen van informatie. Het krijgen van tegenstrijdige informatie van specialisten en laboranten werd gezien als een groot probleem. De geïnterviewde patiënten willen een verbetering in het overleg over het ontslagmoment uit het ziekenhuis en betere informatie over eventuele restklachten. Patiënten geven aan dat zij het idee hebben dat specialist en huisarts meer informatie zouden moeten delen. Men miste informatie over alarmsymptomen en over het weer hervatten van normale activiteiten. De ene patiënt wil echter zo veel mogelijk informatie, waar de ander juist zegt angstig te worden van te veel informatie.

Management continuïteit

Patiënten vinden een vlotte “patient journey” erg belangrijk: een goede en vlotte verwijzing; snel terecht kunnen bij een specialist en een vlotte doorstroom in het verdere systeem. Een goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist wordt belangrijk gevonden, een ontslagbrief van de specialist zou sneller bij de huisarts moeten liggen.

Relationele continuïteit

Patiënten willen serieus genomen worden en willen dat er rekening wordt gehouden met hun behoeften. Chronische patiënten gaven er de voorkeur aan om controles in de huisartspraktijk te ontvangen, i.p.v. bij de specialist. Patiënten waarderen de coördinerende rol van de huisarts, mogelijk vanwege de relationele continuïteit: de huisarts is immers een bekende, dichtbij en een constante factor in zorg waarbij verschillende en afwisselende zorgverleners worden betrokken. Bij het monitoren van chronisch zieken blijken empathie, informatievoorziening, tijd en continuïteit van de zorg het belangrijkste.

Patiënt en bejegening

De geïnterviewde patiënten vonden het belangrijk dat men hen serieus neemt en rekening houdt met hun behoeften. Een verwijzing beïnvloedt het functioneren van patiënten. Veel patiënten zeggen dat het bij verwijzingen belangrijk is over voldoende assertiviteit te beschikken.

De kiezende patiënt

Uit dit onderzoek blijkt dat de huisarts een belangrijke adviserende rol speelt bij de verwijzing (keuze voor ziekenhuis/ specialist). Patiënten willen lang niet altijd zelf kiezen of men voelt zich niet in staat te kiezen. Een daarbij, vooral bij de specialist kreeg men überhaupt niet altijd de ruimte om te kiezen.

Programma van eisen LP GGZ

Het Landelijk Platform GGZ heeft voor de nieuwe GGZ een “Programma van Eisen samengesteld voor Zelfmanagement en Passende Zorg” (LP GGZ, 2013).

Het uitgangspunt dat zij daarbij hanteerden is dat “met de veranderingen per 2014 het heel belangrijk is dat de patiënten met zo min mogelijk ingrijpende middelen zo veel mogelijk de zorg krijgen die bij hen past. Dat zij gestimuleerd worden in hun herstel, de zelfregie herpakken en met de juiste behandeling of begeleiding zo goed en zo snel mogelijk geholpen zijn”.

De focus van de zorg moet te allen tijde zijn: herstelgericht, zo snel of zo veel als mogelijk (weer) participeren in de maatschappij. De ontvangen zorg moet kort als het kan, gespecialiseerd als het moet. Zo dicht mogelijk in de leefomgeving.

Zij onderscheiden daarbij 4 patiëntgroepen die in ernst van elkaar verschillen en meer of minder bewegen tussen de verschillende echelons van huisarts, BGGZ en SGGZ.

Voor hen is belangrijk in de samenwerking hulpverleners met verschillende achtergrond:

- Een goede afstemming en samenwerking, coherentie, gezamenlijke informatie-uitwisseling, in goed overleg tussen verschillende hulpverleners en met patiënt, liefst in samenwerking met familie. Betrokken partijen zijn bijv. HA, POH GGZ, psychiater, SPV-er, specialist (ook somatisch) en maatschappelijk werk.
- Zorg voor een netwerk in plaats van een keten. Juiste en tijdige doorverwijzing naar specialist, maar niet te snel specialist invoeren.
- 1 aanspreekpunt per patiënt; de inzet van een (goed bereikbare) casemanager biedt hier de oplossing.
- Meer nadruk op tijdig inschakelen specialist bij ernstiger beelden
- Bij ernstiger ziektebeelden wordt de netwerksamenwerking uitgebreider. Van belang hierbij is een netwerk met heldere verantwoordelijkheidsverdeling: samenwerking tussen POH, sociale wijkteams, netwerken in de buurt, om te komen tot interdisciplinaire, ambulante en proactief opererende teams. Die uitdrukkelijk verder reiken dan alleen GGZ veld: ook gemeente, opbouw werk, politie, woningcorporatie, maatschappelijk dienstverlening. Ook een koppeling met informele zorg, zoals burens, familie en sociale netwerk. Goede afstemming en korte lijnen tussen de zorg en alle dienstverleners.

- Adequate doorverwijzing voor zo passend mogelijke hulp en voor continuïteit in hulpverlening traject. Mogelijkheid te schuiven in het systeem: zwaarder/lichter indien nodig: geen over- of onder behandeling, maar matched care.

Citaat:

‘Cliënten willen maar één ding: een zo goed mogelijk leven, het liefst natuurlijk zonder blijvende psychische of andere klachten, maar, als het niet anders kan, een alleszins bevredigend bestaan mét de aandoening (Uit: Van weten naar meten, ROM in de GGZ, Makkink & Kits, 2013)

4.2 De kennis van samenwerken

4.2.1 Kennis van samenwerken tussen organisaties in het algemeen

In “Leren samenwerken tussen organisaties”, geven Kaats en Opheij (2012) een overzicht van relevante wetenschappelijke kennis en oorspronkelijke en recente inzichten over allianties en netwerken. In de bestudering van samenwerkingsvraagstukken, zien zij dat voorheen vooral vanuit economische en bedrijfskundige benadering werd gekeken naar samenwerking. Tegenwoordig wordt een meer holistische, multidisciplinaire, benadering van samenwerkingsvraagstukken gebruikt, hetgeen een meer volledig inzicht zou geven in bepalende factoren voor succesvolle samenwerking. Daarbij concluderen zij overigens dat de kennis van samenwerkingsreflexen, mechanismen en patronen van samenwerking en de werkelijke aard van samenwerkingsprocessen nog in de kinderschoenen staat.

Kaats en Opheij ontwerpen met de kennis tot zover, gestoeld op verschillende denk- en onderzoekstradities, een samenhangende kijk op samenwerkingsverbanden, waarmee de complexiteit van samenwerken meer doorzien kan worden. Deze samenhangende kijk kan, volgens hen, samenwerkingspartners helpen om samen de ambitie, belangen en context te analyseren en te bepalen waar het goed loopt en waar verbeteringen mogelijk zijn.

Uit de studie van kennis van samenwerken van Kaats en Opheij vinden wij de onderstaande invalshoeken van belang, om de samenwerking tussen de organisaties van huisartsen en GGZ aanbieders beter te begrijpen en daarop te kunnen reflecteren in de interviews:

Strategieontwikkeling, gericht op gedeelde ambitie

Als partners gaan samenwerken wordt aanbevolen om een gezamenlijk ambitie te expliciteren die hen met elkaar verbindt. Deze ambitie zal voor de betrokken medewerkers en de organisaties van betekenis moeten zijn en in het verlengde moeten liggen van de strategie van iedere betrokken organisatie in het samenwerkingsverband. Bij het vinden van een gezamenlijk ambitie zien de auteurs vaak een ontwikkeling van aanbod gedreven denken vanuit eigen deelsegment/echelon naar vraaggericht definiëren van de omgeving. Het is hierbij overigens van groot belangrijk om de ambities tot samenwerking te checken in het licht van *mededinging*. De mededingingswet kent een aantal no-go areas, zoals onderlinge prijsafspraken, onderlinge verdeling van markten en/of klanten, afstemming of vooroverleg bij aanbestedingen, wering van nieuwe toetreders, beperking van productie en collectieve boycot.

Recht doen aan belangen, mutual gains

Iedereen en iedere organisatie heeft belangen. In een samenwerking is het belangrijk dat recht wordt gedaan aan deze belangen. Anders gaan partijen dwarsliggen of haken ze af. Het is de kunst om met respect voor elkaars belangen te komen tot keuzes die in ieders belang zijn. Het wordt als minder effectief gezien om consensus te zoeken of een compromis te maken. Voor de samenwerking is het beter om een win-win-oplossing te vinden: hoe kunnen de partners komen tot een overeenstemming die recht doet aan alle belangen? Er is

een denk- en onderzoekstraditie waarin dit win-win denken in belangen centraal staat, nl. die van mutual gains en onderhandelen.

Bij het opzetten van samenwerkingsverbanden wordt geadviseerd om totale transparantie te geven over de belangen die spelen, deze zullen anders later toch opspelen.

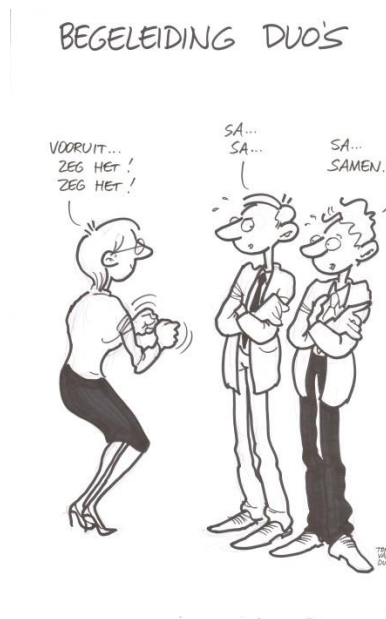
De volgende belangen zijn te onderscheiden:

- Maatschappelijke belangen.
- De belangen van de patiënt.
- De belangen van de verschillende deelnemende organisaties.
- Persoonlijke belangen van mensen in de samenwerking.
- Alle stakeholders hebben belangen!

Naast transparante communicatie over belangen wordt ook aanbevolen om mogelijk issues (problemen, weerstand) zo veel mogelijk bij voorbaat met elkaar te delen. Als deze namelijk niet bij aanvang worden opgepakt, gaan zij in latere fasen de samenwerking frustreren.

Sociale psychologie en groepsdynamica

“Samenwerken is mensenwerk”, zeggen Kaats en Opheij. Als mensen samenwerken, neemt iedereen zichzelf mee en ontstaat er dynamiek. Er zal in samenwerking daarom sprake zijn van sociaalpsychologische en groepsdynamische processen waarbij vertrouwen en waakzaamheid en mechanismen rond macht en invloed een rol spelen. Dat kan conflicten opleveren, waarbij het de kunst is conflicten constructief te maken. Leiderschap kan hierbij cruciaal zijn. Geen hiërarchisch leiderschap, want ieder van de partners in de samenwerking is immers zelfstandig. Om samenwerking te laten slagen wordt een meer verbindend leiderschap aanbevolen, met het vermogen tot verbinden van individuen of een groep individuen om bij tegengestelde belangen toch voortgang te boeken en gedeelde resultaten te bereiken.



Kiezen van de passende grondvorm van samenwerking / juridische vorm

Wat wordt de vorm van samenwerking?

Hoe kan het samenwerkingsverband professioneel worden georganiseerd t.a.v. de besturing en de structuur van het samenwerkingsverband en daadkracht in de samenwerking?

Kaats en Opheij concluderen dat professioneel omgaan met samenwerking vraagt om het herkennen van de relatie tussen de aard van de werkzaamheden, het doel van de samenwerking en de wijze waarop de samenwerking wordt ingericht en gecoördineerd. De keuze van de meest geëigende samenwerkingsvorm en een juiste inrichting daarvan, zou de effectiviteit van de samenwerkingsrelatie beïnvloeden.

Godfroij (1981) maakte reeds onderscheid tussen samenwerkingsrelaties met verschillend doel en intensiteit, die dan ook vragen om een verschillende professionele organisatie van die samenwerking. Bijvoorbeeld: informatieplatform (onderling uitwisselen informatie), transactienetwerk (gestoeld op uitwisselen van mensen, producten of diensten en informatie, zie tevens onder), beleidsnetwerk (gezamenlijk GGZ beleid ontwikkelen) of een besturingsnetwerk (gezamenlijk aansturing van de activiteiten in de samenwerking). Er wordt door Kaats en Opheij onderscheid gemaakt tussen samenwerkingsverbanden waar een beperkt aantal partijen aan deelnemen en complexe meerpartijen-samenwerking (netwerken), omdat deze twee situaties verschillen in de mate waarin je invloed kunt uitoefenen op het professioneel organiseren.

Samenwerking met een beperkt aantal partners:

Kaats en Opheij noemen verschillende afwegingsfactoren: het kiezen van een partner, van de grondvorm, de besturing en de juridische vorm. Het maken van een business case is van belang om te bezien of de samenwerking gebaseerd is op een doordachte afweging. Bij de keuze voor de juiste partner kunnen selectiecriteria zijn: strategische fit, culturele fit, organisatorische fit en operationele fit.

De meest passende grondvorm zou afhankelijk zijn van de volgende keuzes:

- Wat zijn de motieven voor samenwerking: marktontwikkeling, kostenvoordelen, kennisontwikkeling, externe druk?
- Gaat de intentie om samen te werken over verbeteren of vernieuwen? Transactioneel samenwerken, functioneel, verkennend of ondernemend samenwerken? Zal er alleen informatie worden uitgewisseld (informatieplatform)?
- Vraagt de samenwerking om veel onderlinge afstemming van organisaties (bijvoorbeeld het delen van bedrijfsfuncties en processen) of beperkt de samenwerking zich tot een vorm van uitwisselen van producten, diensten, kennis en informatie?

In de zorg zal het vaak gaan om transactioneel werken: de transacties vormen de kern. De intentie is een productie proces of een keten verbeteren. De samenwerking is er op gericht op het efficiënt en effectief uitwisselen van mensen, producten, diensten en informatie. De organiseer principes bij transactioneel samenwerken zijn dan: afspraken maken over resultaatbeschrijving; borgen van koppelbaarheid; sturen op transactiekosten en ketenefficiëntie; hanteren van resultaat gerichte managementstijl.

Andere vormen van samenwerken kunnen een hogere vorm van delen informatie vragen, zoals de integratie bedrijfsprocessen.

De verschillende vormen van samenwerken zouden kunnen leiden tot de volgende juridische vormen: contractuele samenwerking; preferred supplier; joint venture; deelneming; coöperatie en fusie/overname.

Samenwerken met meerdere partners:

Hoe groter en complexer een netwerk wordt, hoe moeilijker het is om daadkracht te organiseren. Om grote en complexe netwerken te begrijpen kun je volgens Kaats en Opheij kijken naar bijvoorbeeld: sleutelspelers; centraliteit; omvang; kwaliteit van de relaties; sterkte van de verbindingen en netwerkefficiëntie.

Om invloed te kunnen uitoefenen in een netwerk wordt aanbevolen om positie te kiezen; invloed uit te oefenen op de netwerk governance en goede relaties te ontwikkelen.

4.2.2 Samenwerken in de zorg

Fabricotti (2007) onderzocht geïnstitutionaliseerde samenwerkingen in de zorg. Zij hanteert daarvoor de term ketenzorg en noemt in haar proefschrift het ontwikkelen van ketenzorg een van de vele strategieën om de zorg te verbeteren en de kosten te beheersen.

Fabricotti onderkent de volgende doelen bij het ontwikkelen van structuren van zorgketens:

- Efficiëntie: doelmatige inzet van mensen en middelen.

- Effectiviteit: mensen en middelen passend inzetten bij het gevraagde/ benodigde.
- Slagvaardigheid: flexibel en op maat inspelen op behoeften en ontwikkelingen in de omgeving en zorgketenonderdelen.
- Bestuurbaarheid: eenduidig kunnen leiden, regelen en richting geven aan activiteiten.
- Specialisatie: professionalisering en productverdieping in de zorg en ondersteuning.
- integrale zorg: zorg die aansluit op de integrale vraag van cliënten: de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

Fabricotti stelt dat het zorgketenconcept hevig kan worden bekritiseerd vanwege ontwikkelproblemen en ontwikkelkosten en het creëren van monopolies. Het geloof in zorgketens blijft echter volgens haar ondanks deze kritiek bestaan. Het organiseren met zorgketens zou de manier zijn om waarde te creëren in de gezondheidszorg.

Samenwerken lijkt eenvoudig, maar het is uiterst complex te noemen, bijvoorbeeld bij toenemende concurrentie. Soms betekent samenwerken het opgeven van een stukje resultaat en autonomie; om er iets anders voor terug te krijgen. In veel gevallen is ketensamenwerking om genoemde motieven opgelegd door overheid of verzekeraar.

De ontwikkeling van zorgketens wordt door Fabricotti een complex vraagstuk genoemd, omdat deze zich over vele professionele en organisatorische domeinen voltrekt. Steeds is rekening te houden met verschillen in culturen, werkwijzen, belangen, status, regelgeving en financiering. Zij verkiest dan ook een multidisciplinaire kijk op samenwerking en onderzoekt de ontwikkeling van zorgketens op basis van inzichten uit interorganisatorische theorieën, institutionele theorieën en theorieën uit de Verenigde Staten. Zij gaat er vanuit dat samenwerkingspartners de belangen van de zorgketen centraal gaan stellen en nieuwe structuren, culturen en sociale relaties ontwikkelen om te zorgen dat de doelen van de zorgketen worden behaald, maar hierbij altijd rekening blijven houden met hun eigen belangen, sociale verhoudingen en culturele tradities.

Door de wederzijdse invloed van structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen verloopt de ontwikkeling van zorgketens volgens Fabricotti langs vier processen van integratie en fragmentatie:

- Processen van structurele integratie en fragmentatie: processen waarbij afstemming tussen taken, functies en werkzaamheden van organisaties en beroepsbeoefenaren respectievelijk wordt gerealiseerd en doorbroken.
- Processen van culturele integratie en fragmentatie: processen, waarbij de waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen van samenwerkingspartners respectievelijk gaan overeenstemmen en uiteenlopen.
- Processen van sociale integratie en fragmentatie: processen, waarbij de sociale verhoudingen tussen samenwerkingspartners positief en/of negatief intensiveren.
- Processen van integratie en fragmentatie van doelen, belangen, macht en middelen: processen, waarbij de doelen, belangen, macht en middelen van samenwerkingspartners overeenstemmen en/of uiteenlopen.

De ontwikkeling van zorgketens blijkt uit het onderzoek van Fabricotti in de dagelijkse praktijk een complex proces te zijn, waarbij structuren, belangen, sociale verhoudingen en culturen van de samenwerkingspartners continu in wisselwerking zijn en de ontwikkeling van de ketensamenwerking bevorderen of remmen. De vormgeving van zorgketens hangt volgens Fabricotti o.a. af van de centraal gestelde doelen, geïnstitutionaliseerde belangen, persoonsgebonden factoren en historisch gegroeide relaties. De mate waarin samenwerkingspartners belangen en culturen gaan delen en positieve relaties ontwikkelen hangt o.a. af van de ontwikkeling van missies, visies en uitwisselingen, de mate waarin de partners met elkaar in contact komen en de mate waarin partners betrokken zijn bij de ketenprocessen.

Fabricotti richt zich in haar proefschrift met name op zorgketens met een meer bindende juridische constructies. Zoekend naar effectiviteit van zorgketens vermeldt zij dat juridische verankerde vormen van samenwerking effectiever lijken, maar concludeert zij ook dat zij nog

onvoldoende overtuigend wetenschappelijk bewijs ziet voor de meerwaarde van meer juridische vormgeving van de zorgketen.

4.2.3 Huisarts en specialist over de samenwerking met elkaar

Berendsen (2008) onderzocht de samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de algemene gezondheidszorg en komt tot een aantal interessante bevindingen t.a.v. individuele belangen en motieven die spelen in de samenwerking:

Inleidend

“In de medische professie wordt professionele autonomie als een belangrijk goed beschouwd; de beroepsgroep regelt de toegang tot de beroepsuitoefening en stelt vast welke kennis en vaardigheden hiervoor zijn vereist. Ook beschikt men over therapeutische en diagnostische vrijheid; de beroepsgroep ziet er zelf op toe dat de beroepsuitoefening op competente wijze gebeurt. Huisartsen en specialisten ontwikkelen zich zodoende autonoom en op hun eigen manier. Samenwerking vraagt om verandering van deze situatie.”, (Berendsen, 2008, blz. 12).

Wat motiveert huisartsen om nieuwe vormen van samenwerking met specialisten op te zetten en te handhaven? Hoe willen huisartsen een nieuwe samenwerking vorm geven?
Als belangrijkste motieven werd genoemd het ontwikkelen van een persoonlijke relatie en het opbouwen van wederzijds respect. Huisartsen vinden het belangrijk dat de specialist inzicht krijgt in huisartsgeneeskunde en welke vaardigheden daarbij komen kijken. Huisartsen zijn gemotiveerd om hun medische kennis te vergroten ten behoeve van de patiënt, maar verleggen hun aandacht naar een ander specialisme als een bepaald kennisniveau is behaald. Het ontwikkelen van een persoonlijke relatie met de specialist lijkt een van de belangrijkste motieven van huisartsen voor het uitbreiden van de samenwerking. Zodra deze relatie is gevormd, lijkt hen een informeel netwerk met incidenteel contact voldoende.

Wat motiveert specialisten om nieuwe vormen van samenwerking met huisartsen te initiëren en te continueren?

Onderwijs geven aan de huisarts (met als doel verbetering kwaliteit van de verwijzing) en het aantal verwijzingen van patiënten vergroten of verkleinen kwamen als sterkste motieven naar voren.

Wat betreft professionele expertise beschouwen specialisten de huisartsen niet als gelijkwaardig. Zij hebben de opvatting dat zij weinig of niets kunnen leren van de huisarts en deze wel van hen.

Specialisten willen vooral samenwerken omdat de huisarts de patiëntenstromen bepaalt. Specialist vinden het belangrijk huisartsen te leren kennen. Als men elkaar eenmaal kent, wordt een informeel netwerk daarvoor voldoende geacht.

De belangrijkste bezwaren die specialisten naar voren brachten voor nieuwe vormen van samenwerking waren: gebrek aan tijd, gebrek aan steun van collega's en geen financiële compensatie. Veel projecten worden als complex en tijdrovend ervaren.

Hoe beoordelen huisartsen en specialisten hun onderlinge communicatie via telefoon, brief en onderwijs?

De telefonische bereikbaarheid van de huisarts wordt als slecht ervaren door de specialisten. Huisartsen herkennen deze kritiek echter niet. De kwaliteit van de verwijfsbrief van de huisarts wordt door de specialisten te laag bevonden. Slechts de helft van de huisartsen vindt dat hun vraag in de verwijfsbrief wordt beantwoord. Specialist schatten dit veel hoger in. De adviezen in de terugverwijfsbrief worden volgens de specialisten vaak niet opgevolgd door de huisarts. De huisartsen zijn het hier niet mee eens. Driekwart van de huisartsen vinden dat de terugverwijfsbrief te laat komt. Specialist denken daar anders over. Beide

partijen willen graag feedback van elkaar ontvangen, maar in de praktijk wordt die vrijwel niet gegeven. Huisartsen en specialisten verschillen dus enorm van mening over hun onderlinge communicatie, hetgeen verbetering realiseren bemoeilijkt. Berendsen beveelt o.a. aan om gezamenlijk concrete prestatie indicatoren te formuleren zoals telefonische bereikbaarheid en termijn terugverwijsbrief en gezamenlijk een format te bepalen voor de (terug-) verwijsbrief.

4.2.4 Naamgeving aan en definiëring van samenwerken in de zorg

In de zorg zijn vele vormen van en termen voor samenwerking tussen organisaties en/of professionals: ketenzorgprojecten, zorgketens, transmurale projecten, disease management-programma's, collaborative care, integrale zorg, netwerkzorg.

Het zijn vaak samenwerkingsvormen gericht op specifieke patiëntengroepen zoals patiënten met COPD (chronische longziekte), diabetes, CVA (beroerte) of bijvoorbeeld depressie.

Wat is nu de essentie van al deze trajecten? Er zijn veel verschillende definities voor keten- of netwerksamenwerking. De kern van al deze definities komt veelal neer op "een gecoördineerd zorgverleners- en organisatie overstijgend zorgproces, gericht op samenhang en afgestemd op de behoeften van de patiënt". Samenwerking in de zorg gaat over integrale kwaliteit bieden, zonder dat de patiënt last heeft van muren of belangen tussen organisaties. De termen "keten-samenwerking" en "netwerk-samenwerking" worden in dit verband vaak door elkaar gebruikt. Soms staan zij voor hetzelfde, soms wordt iets anders bedoeld. Het is daarom van belang goed naar de beschrijving zelf te kijken die achter de gebruikte terminologie wordt bedoeld.

Het LP GGZ (2013) pleit voor de *psychiatrische* patiënt voor de term "Netwerkzorg", waarbij zij de volgende onderscheidende definiëring hanteren:

Ketenzorg = de patiënt wordt van zorgverlener naar zorgverlener doorgegeven zonder dat iemand de totale regie voert. Dit systeem zou kunnen leiden tot hogere kosten, langere wachttijden en verminderde efficiëntie en effectiviteit van zorg.

Netwerkzorg = de organisatie rondom de behoeften van de patiënt, gezamenlijk georganiseerd door het team van zorgaanbieders uit verschillende domeinen. Naast betere afstemming tussen zowel zorgverleners onderling als met de patiënt, zou grotere zorgeffectiviteit het rendement zijn.

Belangrijke uitgangspunten bij Netwerkzorg zijn:

- De huisarts heeft optimaal zicht op de totale zorg die wordt geleverd en bewaakt de samenhang.
- De zorgverleners verlenen hun specifieke expertise alleen op momenten dat het nodig is: dure zorg wordt alleen verleend wanneer het toegevoegde waarde heeft.
- Diagnostiek of behandeling wordt niet onnodig herhaald door verschillende zorgaanbieders.
- Netwerkzorg kost hulpverleners geen extra (onbetaalde) inspanningen of activiteiten.
- Alle zorgverleners communiceren met de patiënt en met elkaar via een digitaal platform dat is gekoppeld aan het patiëntdossier en patiënten portaal van iedere onafhankelijke instelling.
- De patiënt voert de regie, waar dat kan, en zijn naasten zijn zeer betrokken in het netwerk.

Het eind resultaat zou toetsbaar zijn in de volgende resultaten:

- Afname (her)opnames.
- Kortere wachttijden.
- Toegenomen arbeidsproductiviteit van patiënten.
- Toegenomen kwaliteit van leven en zelfredzaamheid (ook van mantelzorgers).
- Afgenomen kosten van de gezondheidszorg.
- Aantal tot stand gekomen nieuwe (individuele) richtlijnen.

Omdat de literatuur en zorgaanbieders verschillende termen zullen blijven gebruiken, kiezen we in deze thesis niet voor een specifieke naamgeving aan de samenwerking, maar zullen we steeds kijken naar waar de gekozen terminologie voor staat. Het belangrijkste onderscheid in de definiëring zit hem voornamelijk in het al dan niet centraal coördineren en afstemmen van de samenwerking. Voor sommige psychiatrische aandoeningen is dat minder tot niet belangrijk, met name bij een eerste enkelvoudige psychiatrische stoornissen die voornamelijk in de BGGZ behandeld zullen worden. Voor de meer ernstige en recidiverende psychiatrische problematiek is die coördinatie en afstemming onontbeerlijk om klantwaarde te genereren.

4.3 Topiclijst uit de kennis van waarde creatie en samenwerking

De topiclijst levert een integratie van

- de bestudeerde factoren die leiden tot waarde creatie voor de patiënt in de GGZ;
- en integratie van de bestudeerde kennis over vormgeving samenwerking in de zorg.

Het hogere doel

Het doel van de reorganisatie van de GGZ anno 2014 is:

Behalen van een hogere gerealiseerde gezondheidsuitkomst per gespendeerde euro (Porter & Teisberg, 2008), (Boer & Croon 2008).

De strategie om dit te bereiken

(Porter & Lee, 2013)

1. Organiseer zorg rondom een aandoening of gerelateerde aandoeningen in programma's waar de benodigde zorg uit verschillende sectoren en disciplines op elkaar afgestemd, in een full cycle of care, wordt aangeboden.
2. Meet de gezondheidsresultaten en kosten per patiënt over de full cycle of care.
3. Financier de full cycle of care per medische conditie, in plaats van de afzonderlijke activiteiten. Hiermee worden kosten bespaard en wordt waarde gecreëerd t.a.v. de specifieke behoeften binnen die medische conditie.
4. Stem aanbod en processen steeds beter op elkaar af, elimineer dubbelingen in activiteiten.
5. Vergroot het bereik van het ontstane concept voor de full cycle of care.
6. Bevorder informatiedeling en communicatie door gedeeld IT platform.

Voor deze studie richten we ons voornamelijk op activiteiten 1, 3 en 4, omdat deze activiteiten in het huidige beginstadium belangrijk zijn in de vormgeving van de nieuwe GGZ anno 2014. Activiteiten 2 en 5 zijn in dit beginstadium van de stelselwijziging nog niet aan de orde. Het bevorderen van informatiedeling (6) zien we als een voorwaarde voor samenwerking, die we als aparte activiteit in het verbeteren en professionaliseren van de samenwerking niet meenemen in dit onderzoek.

De te vormen Waardeketen waarin waarde wordt gecreëerd

De te vormen waardeketen in activiteiten 1 en 4 van Porter & Lee (2013) is het beste te begrijpen middels de waardeketen voor serviceorganisaties (Stabell's and Fjelstad, 1998).

Waarde voor de klant wordt gecreëerd in:

- Afzonderlijke value shops (de afzonderlijke waardeketen van de afzonderlijke zorgaanbieders HA en GGZ).
- De koppelingen tussen de value shops.
- In de waardeketen als geheel: de waardeketen van aan elkaar gekoppelde value shops.

Er is binnen de waardeketen sprake van een hoge mate van afhankelijkheid van professionals/teams onderling, in geval dat meerdere professionals/teams sequentieel

worden ingezet of geconsulteerd voor opeenvolgende activiteiten. Er is een vertrouwen nodig in elkaars expertise, goede communicatie en informatiedeling om voort te kunnen bouwen op het werk van een ander. Om doelmatig en kwalitatief hoogstaand samen te kunnen werken binnen 1 casus, moet deze gezamenlijke verantwoordelijkheid, over koppelpunten heen, goed worden georganiseerd.

Welke waarden zijn belangrijk voor de patiënt?

Het nieuwe GGZ veld is nog niet specifiek onderzocht op hetgeen voor de patiënt waarde creëert. Welke waarden als richting gevend worden gekozen voor de inrichting van de samenwerking tussen HA en GGZ in de activiteiten 1 en 4, ontstaat uit een integratie en aanvulling van onderzochte klantwaarde volgens:

- Boer & Croon (2008);
- CQ-index voor GGZ versie 4.1 (Trimbos)
- Berendsen (2008);
- "Programma van Eisen samengesteld voor Zelfmanagement en Passende Zorg" (Landelijk Platform GGZ, 2013).

Deze klantwaarden voor de algemene gezondheidszorg, de GGZ van voor 2014 en van vanaf 2014 vullen elkaar aan, een integratie hiervan leidt tot:

Voor GGZ patiënten is belangrijk in de GGZ anno 2014:

Het uitgangspunt is dat met de veranderingen per 2014 het heel belangrijk is dat de patiënten met zo min mogelijk ingrijpende middelen zo veel mogelijk de zorg krijgen die bij hen past; dat zij gestimuleerd worden in hun herstel; de zelfregie herpakken en met de juiste behandeling of begeleiding zo goed en zo snel mogelijk geholpen zijn. De focus van de zorg moet te allen tijde zijn: herstelgericht, zo snel of zo veel als mogelijk (weer) participeren in de maatschappij. De ontvangen zorg moet kort als het kan, gespecialiseerd als het moet. Zo dicht mogelijk in de leefomgeving.

Waarde wordt gecreëerd middels:

1. Kwaliteit van medisch handelen, leidend tot verandering in klachten en functioneren.
2. Samenhang en coördinatie in de multidisciplinaire behandeling, goede informatie-uitwisseling tussen behandelaars, management continuïteit/aansluiten processen.
3. Toegankelijkheid en snelheid van zorg, bereikbaarheid van de behandelaar.
4. Bejegening en aandacht.
5. Service.
6. Informatievoorziening, informatie continuïteit.
7. Inspraak en keuzevrijheid.
8. Relationale continuïteit, huisarts als vertrouwde centrale spil in de zorg.
9. Betrekken van familie / het systeem.

Hoe wordt de samenwerking opgebouwd?

Hoe wordt de samenwerking in activiteiten 1 en 4 vormgegeven?

Fabricotti (2007) en Kaats & Opheij (2012) zijn het meest leidend voor ons. Zij vullen elkaar aan. Berendsen (2008) geeft een mooie invulling vanuit de betrokken professionals.

Fabricotti legt meer nadruk op de structurele inrichting van de samenwerking en ging er aanvankelijk van uit dat meer geïnstitutionaliseerde samenwerking noodzakelijk is (hetgeen zij later betwijfeld). Kaats & Opheij leggen meer nadruk op het kiezen van een *passende* grondvorm, eventueel een passende juridische vorm voor de samenwerking, passend bij de doelstelling van de samenwerking. De gekozen juridische vorm is bedoeld om te waarborgen dat voldoende besliskracht en bestuurbaarheid wordt gecreëerd in de gekozen samenwerkingsvorm.

Hoe de samenwerking het beste op te bouwen en te organiseren is, willen we bezien met een integratie van deze kennis.

Aandacht is nodig voor:

- A. Ambitie? Hebben we een gezamenlijke ambitie? Waarom willen we samenwerken? Ligt dit in het verlengde van de strategie van betrokken organisaties? Dit zal een afgeleide moeten zijn van het hoofddoel volgens Porter: hogere gezondheidsuitkomsten per gespendeerde euro, waarbij leidend is hetgeen voor de patiënt waarde creëert.
- B. Doelen? Welke doelen hebben de betrokken professionals en organisaties? Wordt er voldoende recht gedaan aan ieders doelen? Welke issues zijn er met elkaar? Zijn deze voldoende opgelost om te kunnen samenwerken?
- C. Structurele integratie: afstemming tussen taken, functies en werkzaamheden van organisaties en beroepsbeoefenaren.
- D. Sociale integratie: processen, waarbij de sociale verhoudingen tussen samenwerkingspartners ontwikkelen, verbindend leiderschap is gevraagd
- E. Culturele integratie: processen waarbij de waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen van samenwerkingspartners gaan overeenstemmen
- F. Passende grondvorm / juridische vorm bij de gekozen doelen voor de samenwerking zoeken, waarin voldoende basiskracht en besturingsmogelijkheid is verankerd

Raamwerk voor analyse van de empirische gegevens

Uit bovenbeschreven topiclijst, welke is ontstaan uit de literatuur studie, ontstaat het volgende raamwerk voor de analyse van de empirische gegevens (Hoofdstuk 6):

1. Ambitie van de samenwerking
Welke waarde wil men creëren?
2. Doelen binnen de samenwerking
 - Macro: Bestuurlijk akkoord (BA)/strategische agenda, uitvoer afspraken:
 - Meso: Organisatiebelangen:
 - Micro: Patiëntbelangen, klantwaarde (waarde creatie):
3. Structurele vormgeving van de samenwerking
4. Sociale aspecten van de samenwerking
5. Culturele aspecten van de samenwerking
6. Grondvorm voor de samenwerking
7. Financiering in relatie met samenwerking

5. DE RESULTATEN

5.1 Perspectief van de patiënt

Op 17 januari 2014 interviewden wij dhr. S. Makkink, beleidsmedewerker kwaliteit, zorginkoop en ervaringsdeskundigheid, Landelijk Platform GGZ.

Vraagstelling: Welke aspecten leiden tot waarde creatie voor de patiënt in de samenwerking tussen de nieuwe echelons in de GGZ anno 2014?

Axiale codering (zie boomstructuur in bijlage 1) van de onderzoeksresultaten leidt tot de volgende informatie:

Gerichtheid op “Zorg dicht bij huis”. Om het leven zo normaal mogelijk te continueren of te hervatten

Dit is het allerbelangrijkste. De focus van de zorg moet te allen tijde zijn: herstelgericht met als doel zo snel of zo veel als mogelijk weer participeren in de maatschappij. De ontvangen zorg moet zo dicht mogelijk in de leefomgeving worden gegeven om (opnieuw) meedoen in het “normale” leven te bevorderen. Van meet af aan moet zelfmanagement een belangrijk doel zijn. Het LP GGZ herkent deze visie in de plannen van het Bestuurlijk Akkoord en is hiermee zeer verheugd: “we mogen weer meedoen”. “Er zijn tijden geweest dat psychiatrische patiënten langdurig werden opgenomen in afgelegen psychiatrische centra, omdat zij uit de maatschappij moesten worden gehouden. Men dacht dat dat beter was voor hen en de maatschappij.” Participeren in de maatschappij, zelf zoveel mogelijk de regie in handen nemen van gezondheid, is niet alleen kostenverlagend, maar sluit maximaal aan bij wat de patiënt wil. Ter ondersteuning van, zo veel als mogelijk, behandelen in de leefomgeving, wordt aanbevolen, met instemming van de patiënt, om, waar nodig, het netwerk, het steunsysteem, burens, vrienden en familie, te betrekken bij de zorg. Tevens kan inzet van ervaringsdeskundigen helpen om participeren in de maatschappij mogelijk te maken.



Huisarts centrale regisseur

De huisarts is volgens het LP GGZ bij uitstek de regisseur van bovenbeschreven zorg: laagdrempeligheid, fysieke nabijheid, kent de lokale gebruiken, de cultuur, heeft totaal overzicht over psychische, somatische en sociale omstandigheden. Bovendien ligt er minder stigma op behandeling bij de huisarts.

Ook als de patiënt wordt doorverwezen naar de SGGZ, is het belangrijk om goed contact met de huisarts te onderhouden, omdat de zorg, zodra het kan, weer soepel terug zal gaan naar de huisarts. De patiënt vindt het belangrijk dat de informatie-uitwisseling tussen huisarts en GGZ over en weer wordt geoptimaliseerd. Zowel huisarts als patiënt hadden voorheen het idee na een verwijzing naar de SGGZ, te verdwijnen in een “black box”, omdat het contact vaak verloren ging en er geen of onvoldoende informatie-uitwisseling was.

De behoefte aan relationele continuïteit in de zorg is met name voor de chronische patiënt belangrijk, deze kan de huisarts bieden, samen met POH.

De juiste zorg door de juiste professional op het juiste tijdstip

De fase van klachtenverkenning bij de huisarts is een belangrijke fase voor de patiënt: niet gelijk medicaliseren of diagnosticeren, niet te snel conclusies nemen of doorverwijzen, maar wel als dat nodig is: “niet te snel doorverwijzen, maar wel tijdig!”. “Kort als het kan, gespecialiseerd als het moet”. Een uniform screeningsinstrument, opgelegd door de verzekeraar, zou voorsnog weinig helpen in deze complexe besluitvorming, waarin ook persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden in de omgeving een rol spelen. Meer kennis van de sociale kaart voor HA en POH is noodzakelijk om goed te kunnen verwijzen. POH is hierin belangrijk, deze kan een regio overschrijdend netwerk ontwikkelen en onderhouden, zowel t.a.v. zorg als van welzijn. Zorg- en welzijn-aanbieders moeten meer helder communiceren op internet over het aanbod dat zij hebben en met meer eenvoudige zoektermen zich laten vinden door patiënten en verwijzers.

De LP GGZ wijst ook op de mogelijkheid voor de huisarts om te verwijzen naar of gebruik te maken van de welzijnssector. Mensen met psychische klachten hebben niet per se een psycholoog nodig, bijvoorbeeld overbelaste mantelzorgers. Hun welzijn kan gebaat zijn met sport, interactie met mensen en gezonder leven. Dergelijke activiteiten kunnen voorkomen dat iemand met klachten in de zorg terecht komt. Uitdrukkelijk wordt verwezen naar het rapport “Welzijn op recept” (Sinnema et al., 2012).

Snelheid en toegankelijkheid van zorg

Het is voor de patiënt belangrijk dat zodra is geïndiceerd voor zorg, deze ook beschikbaar is. Dat geldt twee kanten op: zowel van HA richting BGGZ en SGGZ, als na ontslag snel terecht kunnen bij de huisarts ter overname van de behandeling. Wachttijsten zijn de grootste angst van patiënten. Maximale wachttijden moeten worden bewaakt! Het LP GGZ wil hierin samen optrekken met de GGZ aanbieders.

Financiering

In relatie met de toegankelijkheid van zorg, maakt het LP GGZ zich zorgen of de gelden onder de nieuwe echelons goed zijn verdeeld door de zorgverzekeraars. Het moet nog blijken of de nieuwe echelons voldoende capaciteit hebben om de toegewezen patiënten te kunnen bedienen. Als onvoldoende gelden zijn toegewezen, zullen wachttijden ontstaan. Het LP GGZ ziet daarbij ook een belang bij GGZ aanbieders om wachttijsten te laten oplopen in de komende jaren, ten einde in de toekomst meer capaciteit te verkrijgen. Het LP GGZ zal in dat geval samen met de HA en POH tijdig aan de bel moeten trekken.

Concentratie en spreiding van zorg

Gezondheidscentra worden gezien als ideale locaties waar dicht bij huis verschillende typen van basiszorg kunnen worden geconsumeerd. Hoogstaande zorg geïntegreerd in het centrum in de wijk, met 1 deur voor alle zorg: somatisch & psychiatrisch en welzijn. Gespecialiseerde psychiatrische en gespecialiseerde somatische zorg hoeven in dit concept niet te worden opgenomen, daar wil men wel verder voor reizen.

De meeste patiënten vinden het prettig een vinger aan de pols te houden d.m.v. telezorg.

Goede communicatie tussen professionals

De zorg onderbrengen onder 1 dak, is geen garantie voor goede communicatie. Volgens de LP GGZ kan er zowel binnen als tussen multidisciplinaire teams, tussen de huisarts en POH als HA en GGZ aanbieders, beter worden gecommuniceerd. Een goede informatie- en kennisuitwisseling komen het belang van de patiënt ten goede. Het helpt als de professionals elkaar persoonlijk kennen.

Enkele adviezen:

- CQ-index verder ontwikkelen zodat deze past op de nieuwe keten.
- Patiënten feedback een meer prominente rol laten spelen.

Relevante observatie

- Er zijn d.d. januari 2014 nog geen signalen binnengekomen dat het kostenaspect van de zorg in de BGGZ en SGGZ een reden is om niet te verwijzen.

5.2 Perspectief van de GGZ aanbieder

Op 24 januari 2014 interviewden wij mevrouw C. Brekelmans, psycholoog. Sinds 1983 werkzaam in de GGZ in management, bestuur en beleid. Sinds 2006 werkzaam voor GGZ Nederland als senior beleidsadviseur. Actief in landelijke netwerken op het gebied van POH GGZ, BGGZ en transitie naar gemeenten.

Vraagstelling: Hoe kan waarde worden gecreëerd in de samenwerking tussen de echelons, tussen HA en GGZ-aanbieders, in de GGZ anno 2014? Welke aspecten zijn daarbij van belang?

Axiale codering (zie boomstructuur in bijlage 1) van de onderzoeksresultaten leidt tot de volgende informatie:

De afspraken m.b.t. de nieuwe marktsegmentering

“Wat we er ook van vinden.... we wilden dit zelf!”

De belangrijkste veldpartijen, waaronder de GGZ aanbieder, waren vertegenwoordigd in de totstandkoming van de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord.

“De minister had dit ook zonder ons kunnen doen. In het BA hebben we zelf de nieuwe GGZ ontworpen, ten einde kosten te besparen, met een nieuw stelsel dat zoveel als mogelijk aansluit bij actuele wensen van patiënten: bedden afbouw, goede ambulante zorg, zelfmanagement, richten op gezondheid en participatie in de maatschappij, minder (lang) doorsturen naar de SGGZ”.

Vanaf nu gaat de GGZ meer gebiedsgericht organiseren, in netwerken, waarbinnen traditionele GGZ-aanbieders zich moeten gaan opstellen als medebehandelaar. Dat vergt veel veranderingen, o.a. een attitude verandering, ICT veranderingen, tarieven laten aansluiten op inzet, en nog veel meer veranderingen die we op dit moment nog niet eens kunnen voorzien.

Het is wel opvallend dat de huisartsen niet aanwezig waren bij de totstandkoming van het BA. Zij waren wel betrokken bij voorliggende akkoorden en bij de uitwerking van de afspraken uit het BA. De huisartsen zijn anders georganiseerd en zijn daardoor moeilijker te betrekken. De huisarts is echter een enorm belangrijke spil geworden in het nieuwe veld en is onmisbaar bij verdere uitwerking en evaluatie.

Duurzame samenwerking HA en GGZ

In de 1e lijn zijn al langer bestaande goede samenwerkingsvormen tussen HA en GGZ, in de 2e lijn, nu de SGGZ, minder.

Mogelijke redenen dat de samenwerking HA-SGGZ moeilijk is, zijn:

De SGGZ is moeilijk bereikbaar voor de HA. Dat heeft te maken met de organisatorische inrichting van de SGGZ, deze is niet ingericht om snel en kortdurend geconsulteerd te worden. Dat wordt tevens bemoeilijkt doordat er weinig persoonlijke relaties zijn tussen HA en professionals in de SGGZ.

De SGGZ kijkt vaak “van binnen naar buiten”. Is het kortzichtigheid, arrogantie of moeilijk loskomen van het verleden? De SGGZ plaatst zich vaak in het centrum van een netwerk, waarbij zij moeilijk een overall perspectief op het netwerk kunnen nemen, ofwel het perspectief vanaf een ander echelon kunnen nemen. Consultatief samenwerken wordt bemoeilijkt door cultuur en attitude van de SGGZ: men is vanuit het verleden gewend de *totale verantwoordelijkheid* over een patiënt te nemen. De huisarts liet los na een verwijzing, de SGGZ hield daarna vast.

Voorts ligt overbehandeling op de loer: sommige patiënten willen het beste van het beste en vragen om veel behandeling. Daar waar in de psychiatrie nog onvoldoende wordt gewerkt aan “zelfmanagement”, bestaat nog steeds het gevaar “de patiënt te pamperen” en zo veel mogelijk zorg te geven, vast te houden in de SGGZ en minder samen te werken met de HA.

Een gevoelig onderwerp is het volgende: “organisatiebelang in conflict met patiënt belang”, met name als de continuïteit van de organisatie wordt bedreigd (zoals in de krimpende SGGZ actueel is). De bestuurlijke missie in de SGGZ en de productietargets van het tactische management in de SGGZ zijn vaak onvoldoende op elkaar afgestemd. Samenwerken met andere echelons, gezamenlijk werken aan de zorg voor een patiënt, betekent immers soms vermindering van inkomsten. Geconsulteerd worden brengt minder op dan de volledige behandeling uitvoeren. Immers, vooralsnog wordt *samenwerken op zichzelf* nog niet betaald!

De huidige financiering van de GGZ bemoeilijkt samenwerking tussen organisaties van verschillende echelons. Compartimering van de markt laat zorgverzekeraars apart inkopen, waarbij het de vraag is of voor de verschuivende patiëntgroepen voldoende is ingekocht. De indruk is dat, in zijn totaliteit gezien, geld achter de hand wordt gehouden en dat schadelast berekening leidend is voor de verzekeraar. Iedereen is hierdoor verliezer, de patiënt het meest. Er is weinig financiële prikkel om samen te werken tussen organisaties, waarin resultaat wordt opgegeven, ten bate van op elkaar inhoudelijk afgestemde zorg voor de patiënt. De verwachting is dat in de toekomst de verwijzing van de huisarts zal worden gereguleerd middels quota. Het GGZ veld ziet weinig inhoudelijke ambitie bij de verzekeraar om, bijvoorbeeld middels een financiële prikkel, met elkaar goede samenwerking op inhoud te ontwerpen.

Screeningsinstrumenten die “uniform toeleiden” worden als star ervaren. Zij bevorderen in de visie van HA en GGZ aanbieders niet de samenwerking. De instrumenten zouden afbreuk doen aan de eigen regie in het veld, op basis van wat de specifieke patiënt vraagt. Er is veel

verzet onder HA en GGZ aanbieders, omdat deze wordt afgedwongen door de verzekeraar. Inhoud en daadwerkelijk aansluiten bij de wensen van de patiënt en zijn specifieke omstandigheden, lijkt ook hier niet leidend. Vooral de huisartsen protesteren, omdat zij zich niet ondersteund voelen bij hun veelheid aan soms complexe afwegingen aan het begin van een zorgproces. Een uniform screeningsinstrument, zoals bijvoorbeeld Mirro, zou ook minder goed passen in de Nederlandse cultuur, waar iedere regio het op zijn eigen manier wil doen. Dit in tegenstelling tot landen als Denemarken en Engeland.

In de nieuwe samenwerkingsafspraken is tevens moeilijk dat de HA soms kennis te kort komt om bij specifieke doelgroepen samen te werken. Met name de EPA's resulteren bij HA in paniecreacties: er is vaak onvoldoende kennis van benodigde medicatie en hoe te handelen bij decompensatie. De slechte bereikbaarheid van de SGGZ, het moeizame consulteren, maakt dat de HA zich onvoldoende ondersteund voelt en zich onvoldoende in staat voelt deze patiënt in de huisartsenpraktijk verantwoord te behandelen.

Hoe is de samenwerking tussen HA en GGZ te bevorderen?

Om te beginnen zijn heldere afspraken over wie wat doet belangrijk. Laat de echelons binnen die afspraken echt *aanvullend* zijn. Bij het maken van die afspraken is het belangrijk dat “de” GGZ zich als geheel (BGGZ + SGGZ) zoveel mogelijk met 1 gezicht laat zien. Ondanks dat strategische keuzes van instellingen anders kunnen zijn, is het belangrijk dat de GGZ met elkaar zich uiteindelijk op 1 lijn positioneert in gesprek met elkaar en met de HA. Het is voor een goede samenwerking ook belangrijk dat je elkaars kennis goed inschat: HA-GGZ en vice versa. Elkaar scholen is belangrijk in de toekomst, bijv. omtrent de EPA-doelgroep. Het is belangrijk dat de HA goed geïnformeerd wordt over het regionale aanbod van BGGZ en SGGZ. Ook de sector Welzijn hoort daarbij.

Strategisch, tactisch en operationeel niveau dient binnen instellingen en binnen ketensamenwerking met elkaar in overstemming te zijn qua doelstelling. Laat met name tactisch en operationeel niveau goed aansluiten op de gekozen missie. Het operationeel niveau dient te worden bijgeschoold in deze veranderende GGZ wereld, waarin je medebehandelaar bent en geconsulteerd wordt. Indien ketensamenwerking wordt ontworpen in de regio, betrek het tactische en operationeel niveau, om de vormgeving passend te laten zijn en om draagvlak binnen de organisatie te creëren.

Minder bureaucratie leidt tot wendbaarheid van organisaties. Dit is een oproep aan de politiek en verzekeraars, maar ook aan leidinggevendenden binnen organisaties! In tijden van veel verandering willen we snel kunnen bewegen. Laat de professional zijn werk doen, zonder te veel regels en bureaucratie.

Om te voorkomen dat er geen patiënten tussen wal en schip vallen, wordt de verzekeraar door GGZ NL opgeroepen om meer maatschappelijk verantwoordelijkheid te nemen. GGZ NL pleit bij de zorgverzekeraars voor een meer inhoudelijke insteek, naast de financiële insteek. Te denken valt aan financiële beloning van samenwerking: de verzekeraar bevordert ketensamenwerking door bespaarde gelden terug te geven als innovatie. Geef instellingen financiële experimenteerruimte om samenwerking te ontwikkelen. Particuliere initiatieven tot samenwerking moeten worden beloond, zij moeten ruimte krijgen voor innovatie. Daarbij kunnen ook bekostigingsdeskundigen een voorstel doen hoe samenwerking te bevorderen ter verhoging van de patiëntwaarde. Er moeten prikkels komen om shared savings in het systeem te bevorderen. Onderdelen van de ervaringen met populatiebekostiging en buurtzorg kunnen daarbij inspirerend zijn.

Samenwerking levert meer klantwaarde in een *netwerk*. De patiënt is niet “lineair” en past daardoor moeilijk in een “keten”. Diverse vormen van zorg zijn *tegelijkertijd* nodig in plaats van *na elkaar*, een netwerk past daardoor beter. Goede netwerkontwikkeling voor de GGZ

aanbieders, inclusief de HA is aanbevolen. Consultatief samenwerken moet daartoe worden bevorderd door processen van organisaties op elkaar te laten aansluiten, maar ook attitude en cultuur naar elkaar te laten ontwikkelen. Stop waar je niets meer te bieden hebt als medebehandelaar en laat de andere medebehandelaar (binnen de organisatie, maar ook daarbuiten) makkelijk meekijken bij jouw behandeling. Het patiëntbelang staat daarbij boven het organisatiebelang of competitie tussen professionals. Dat betekent soms resultaat en autonome behandelverantwoordelijkheid opgeven. Een fysieke nabijheid bevordert samenwerking, bijvoorbeeld in zorgboulevards of gezondheidscentra. De samenwerking institutionaliseren in een juridische samenwerkingsvorm is volgens GGZ NL niet de weg, dan wordt het duurder vanwege upcoding aan de voordeur.

Hoe kan het daadwerkelijk maken van goede keuzes worden bevorderd?

De afspraken die we voor 2014 en verder hebben gemaakt zijn politieke keuzes... en regelgeving alleen is niet voldoende om verandering te bewerkstelligen. Bezuinigingen doorvoeren inspireert ook niet tot daadwerkelijke verandering. Met regelgeving en financiële prikkels is in het verleden vaak getracht veranderingen door te voeren. Maar voor een belangrijke maatschappelijke voorziening als de zorg, die we duurzaam willen ontwikkelen voor de toekomst, is meer nodig. We moeten elkaar vinden op *ideologisch niveau*, met elkaar maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. “Van buiten naar binnen kijken” is daarbij van belang, denken in keten- en netwerk-visie en -belangen. Lange termijn winst vinden in “duurzaam samenwerken vanuit intrinsieke drive tot samenwerken”, dit laten prevaleren boven korte termijn winst van “organisatiebelang voorop stellen”, daar gaat het om. De patiënt centraal stellen betekent soms resultaat en autonomie gedeeltelijk opgeven. Uiteindelijk heeft de patiënt het voornamelijk voor het zeggen! De stem van de patiënt mag/moet daarom meer leidend gemaakt worden.

Een positieve financiële prikkel die deze samenwerking bevordert, zal helpen, zo worden ook organisatiebelangen gediend. Een gelijk en gedeeld urgentiebesef onder alle betrokken partijen: HA, GGZ aanbieders, verzekeraars, maar ook vele andere stakeholders, zal verder helpen de neuzen de zelfde kant op te krijgen.

5.3 Perspectief van de huisarts

Op 14 februari 2014 interviewden wij mevrouw J. Hoogendorp, senior beleidsmedewerker Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), sinds 2003 werkzaam aldaar. Zij behartigt de belangen van de Nederlandse huisartsen, o.a. in de samenwerking met de GGZ. Het dossier nieuwe GGZ anno 2014, is daar een belangrijk onderdeel van.

Vraagstelling: Hoe kan waarde worden gecreëerd in de samenwerking tussen de echelons, tussen HA en GGZ-aanbieders, in de GGZ anno 2014? Welke aspecten zijn daarbij van belang?

Axiale codering (zie boomstructuur in bijlage 1) van de onderzoeksresultaten leidt tot de volgende informatie:

De afspraken m.b.t. de nieuwe marktsegmentering

De LHV kan zich vinden in de essentie onder de afspraken die zijn gemaakt in het BA: de verschuiving van zorg naar “dicht bij huis”. Dat past namelijk bij huisartsenzorg.

De LHV was betrokken bij voorliggende akkoorden met de 1^e lijn en zet zich in voor een goede uitwerking van de afspraken uit het BA.

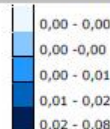
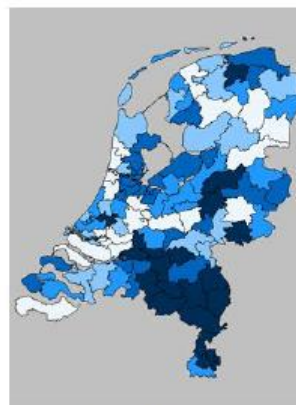
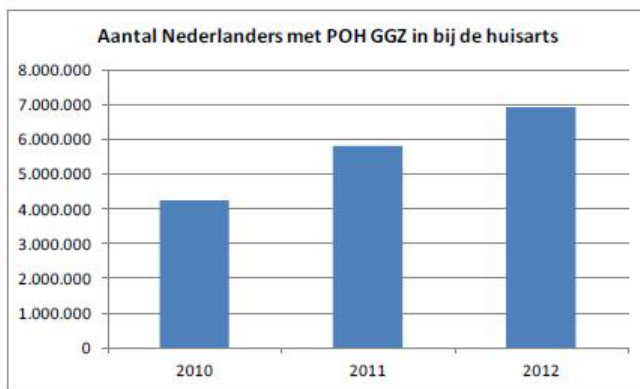
Volgens de LHV verandert het nieuwe stelsel de taken van de HA niet: de huisarts was altijd al spil in het netwerk van zorg en daarnaast was de HA altijd al zorgaanbieder bij lichte psychische klachten. Dat laatste volgens de richtlijnen van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap).

Wat wel verandert voor de HA is dat de verwijzingen nu alleen mogelijk zijn bij *stoornissen* en niet meer bij “alleen” lichte psychische klachten. Een gevolg is dat er meer patiënten in de huisartsenpraktijk komen. Daarnaast brengt het nieuwe stelsel extra administratieve lasten en extra logistieke activiteiten voor de HA (verwijzing naar andere echelons).

De LHV is terughoudend t.a.v. de term “regisseur” m.b.t. de HA. Die rol kan nl. ook iemand anders op zich nemen in het netwerk, ook de patiënt zelf. De LHV plaatst de HA liever als “coach” naast de patiënt om deze te ondersteunen in keuzes.

De LHV ziet de huisartsen voldoende in staat zijn, net als voorheen, om juist toe leiden naar andere echelons binnen de GGZ-zorg. NHG richtlijnen zijn daarvoor leidend en voor probleemverheldering is de POH ondersteunend aan de HA.

De HA neemt wel ruimte tot een bepaalde bandbreedte in verwijzingen naar andere echelons. De huisarts kijkt namelijk veel breder dan alleen psychiatrische problematiek. Bij een goede indicatiestelling is veel meer dan dat van belang, bijv. somatiek, persoonlijke wensen en aan- of afwezigheid van een sociaal steunsysteem. Dat zorgt ervoor dat niet iedere patiënt met vergelijkbare psychiatrische problematiek dezelfde verwijzing zal krijgen, vanwege verschil in context.



Landelijke ontwikkeling: aantal mensen dat toegang heeft tot een POH GGZ bij de huisarts neemt toe (2010-2012)

Regionale verschillen: Percentage patiënten dat voorafgaand aan de 2^e lijn contact heeft gehad met de POH GGZ (2010)

Duurzame samenwerking HA-GGZ

Mogelijke redenen dat de samenwerking HA-GGZ moeilijk is, zijn:

Als eerste wordt de slechte bereikbaarheid van de psychiater, bij behoefte aan consultatie, genoemd. Het ontbreekt aan een vanzelfsprekende samenwerkingsrelatie, zoals die in de somatische gezondheidszorg. De HA ervaart de GGZ als heel anders dan de somatische gezondheidszorg. Zij zien een ander manier van werken en andere manier van organiseren dan in de huisartsenpraktijk en de somatische zorg. Er zijn met name minder persoonlijke relaties. De GGZ wordt enigszins als een ivoren toren beleefd, waarin solistisch acterende psychiaters moeilijk toegankelijk zijn. Psychologen worden van oudsher als meer toegankelijk ervaren. Verwijzen en terugverwijzen is niet vanzelfsprekend.

De HA is bang dat in het nieuwe systeem sommige patiënten tussen wal en schip zullen vallen, met name de EPA. Bij het korten van het macro budget en de verschuiving van patiëntenstromen naar de huisartsenpraktijk, kan de HA niet iedere patiëntengroep zomaar overnemen, met name de EPA. Het is de vraag of zij daarvoor voldoende budget hebben gekregen. Maar belangrijker: de huisarts komt kennis te kort qua medicatie en heeft nog geen vertrouwen in ketenafspraken met de GGZ bij decompensatie. Consultatie van de SGGZ en de garantie dat iemand snel kan worden overgenomen door de SGGZ, zijn zekerheden die de HA nodig heeft om de EPA-groep te kunnen bedienen. De LHV benadrukt dat “zorg dicht bij huis” niet betekent dat alle zorg in de huisartsenpraktijk zal worden geboden, maar dat dat betekent *in een zorgnetwerk samenwerken*. Er is tijd nodig om de nieuwe afspraken met elkaar in samenwerking vorm te geven, te implementeren en te evalueren. Die tijd is het veld niet gegund gezien de snelheid van de ontwikkelingen in regelgeving.

Hoe de samenwerking te bevorderen?

Er dienen afspraken gemaakt te worden over verwijzen en terugverwijzen. Over het hoe en wanneer. Daarmee kan worden voorkomen dat patiënten noch bij de ene, noch bij de andere zorgaanbieder zorg vinden. HA-GGZ dienen gezamenlijk richtlijnen te ontwerpen per

patiëntengroep, bijv. voor de EPA. Wanneer gaat deze patiënt over van het ene naar de andere echelon? Hoe werk je daarbij samen in het netwerk, in geval van consulatie? Afspraken maken over behandelverantwoordelijkheid, met name bij overgang van patiënten, zal helderheid verschaffen in wie wanneer acteert binnen het zorgnetwerk. De HA wil directe steun ervaren van de GGZ wanneer het deze nodig heeft, met name van de SGGZ. Direct contact moet mogelijk zijn, snelheid is daarbij cruciaal. Saamhorigheidsgevoel met elkaar bouwen, met een gezamenlijk ambitie voor de patiëntenzorg, zal de samenwerking bevorderen. De samenwerking moet niet dichtgetimmerd worden met regels, maar juist ontstaan vanuit wederzijds begrip. Het optimaliseren van de operationele samenwerking is een voorwaarde. Daarbij is het van belang dat beide partijen oog hebben voor elkaars belang (bijvoorbeeld snelheid voor de HA, de verwijfsbrief voor de GGZ). Wachtlijsten moeten worden vermeden.

Voornaamste ambitie van LHV in samenwerking met GGZ

De voornaamste ambitie van de LHV in de samenwerking met de GGZ is desgevraagd: "goede huisartsenzorg neerzetten". Dit met ondersteuning van de POH. De poortwachtersrol wil men in onafhankelijkheid vorm geven (POH is geen voorportaal van een specifieke regionale instelling). De huisartsenpraktijk moet voldoende capaciteit bieden om de groeiende patiëntenstroom te bedienen. De HA wil, samen met de GGZ aanbieders, zo goed en vloeiend mogelijk de zorg op- en afschalen, wanneer dat kan of nodig is.

Meest succesvolle vorm voor samenwerking?

De LHV heeft geen specifieke toekomstige vorm van samenwerking tussen HA en GGZ voor ogen. Het is belangrijk om uit te gaan van de huidige situatie en die, waar nodig, verder te ontwikkelen. Het belangrijkste is dat de beroepsgroepen elkaar gaan vinden, want de inhoud moet leidend zijn en niet de organisatievorm.

Doelmatigheid van zorg moet *binnen* betrokken organisaties en in de samenwerking *tussen* organisaties leidend zijn. Als doelmatigheid van zorg belangrijk is, zullen organisatiebelangen in de samenwerking ook minder spelen. Doelmatigheid is altijd al een essentie geweest van het huisartsenwerk. Vanwege de kleinere omvang van de huisartsenpraktijk, in vergelijking met grotere GGZ-organisaties, zou doelmatigheid in de huisartsenpraktijk mogelijk makkelijker te realiseren zijn. Desalniettemin zal doelmatigheid ook voor grotere GGZ-organisaties prioriteit moeten hebben. Daarmee is de hele ketensamenwerking gediend.

Netwerk samenwerking wordt geprefereerd boven ketenvorming. Te veel ketens per patiëntcategorie wordt voor de HA erg complex. Dit vanwege het generalistische karakter van de huisartsenzorg.

5.4 Perspectief van de verzekeraar

Op 6 februari 2014 interviewden wij dhr. L. Dorrestein, zorginkoper GGZ NW Nederland bij Achmea zorg. Sinds 2007 werkzaam bij Achmea als inkoper GGZ zorg.

Vraagstelling: Hoe kan waarde worden gecreëerd in de samenwerking tussen echelons, Ha en GGZ aanbieders, in de GGZ anno 2014? Welke aspecten zijn daarbij van belang?

Axiale codering (zie boomstructuur in bijlage 1) van de onderzoeksresultaten leidt tot de volgende informatie:

De afspraken m.b.t. de nieuwe marktsegmentering

De verzekeraar kan zich vinden in de gemaakte afspraken van het BA. Zij waren een van de ondertekenaars en vinden de beleidsrichting die aangegeven wordt in het BA een goede ontwikkeling. De rol die de verzekeraar heeft in het nieuwe speelveld is die van bewaker van het macro instrument, waarbij de afspraken zoals gemaakt in het BA leidend zijn. Macro budgettaire groei van het kader is niet meer betaalbaar en de overheid heeft de verzekeraar de rol als bewaker op de financiële middelen gegeven. De, in het BA afgesproken, nieuwe GGZ sluit aan bij de noodzaak tot reduceren van kosten en het voorkomen van groei van het macro kader. Tevens sluit deze aan bij de wensen van de patiënt/verzekerde: ambulantisering van de zorg, grip op uitgaven, afbouw beddencapaciteit, zorg dicht bij huis, kwalitatief hoogwaardige zorg met lagere kosten per patiënt.

Het uitgangspunt in de nieuwe marktsegmentering is de verzekerde met zijn/haar behoefte, waarbij de grootste verzekeraar in een regio het inkoop beleid bepaalt. Andere verzekeraars volgen dit beleid voor zover het niet in conflict staat met de eigen voorwaarden en beleid. Een voorbeeld van volgend beleid is het screeningsinstrument Mirro (Achmea) of het concept Vicino (VGZ), welke in de (dominante) regio door alle verzekeraars wordt gevolgd. Bij de zorginkoop worden zorgorganisaties gezien als een *middel* om de zorg te verlenen aan de verzekerde. De zorgorganisatie en haar voortbestaan, is geen *doel* op zich. Verzekeraar heeft zorgplicht aan haar verzekerde en daarmee wel belang bij het voortbestaan van zorgorganisaties. Een belangrijke taak van de verzekeraar is, in de nieuwe marktsegmentering, de juiste hoeveelheid zorg in te kopen per segment en per regio. Daarbij zijn de door het LP GGZ gedefinieerde uitgangspunten leidend in de inkoop: zorg dicht bij huis en efficiënt laag in de keten vorm gegeven, waardoor de kosten per patiënt kunnen dalen. Diverse verzekeraars (Achmea/Agis en Uvit/VGZ) kondigen nu al aan dat zij vanaf 2015 en daarna, forse budgetverschuivingen van SGGZ naar BGGZ en POH GGZ zullen realiseren.

Duurzame samenwerking HA-GGZ

Omdat in Nederland iedereen een HA heeft, is de Ha de aangewezen om te fungeren als regisseur van het zorgproces. Mede door de relationele continuïteit die de Ha heeft met de patiënt kan hij het beste als spil in het zorgproces fungeren. Het voorkomt “de enkeltjes GGZ”, waar in de regel de zorg door duurdere professionals wordt verleend en niet dichtbij huis. De verzekeraar onderstreept het belang van de HA als regievoerder in het zorgproces.

Achmea wil middels een, nog in ontwikkeling zijnde, screeningsinstrument Mirro¹, waarmee uniformiteit en standaardisatie van de screening wordt beoogd, regelen dat de Ha de verzekerde naar de juiste echelon verwijst. Het screeningsinstrument heeft als doel efficiënte doelmatige inzet van middelen te realiseren, middels uniforme en gestandaardiseerde screening. De HA signaleert een probleem en middels het instrument bepaalt hij welke zorgverlener de juiste zorg kan verlenen. De ontwikkeling van het screeningsinstrument is in

¹ Waar Mirro staat kan ook Vicino (vanuit VGZ/Uvit) worden gelezen.

Mede door het niet optimale imago van de verzekeraar heeft de HA enig argwaan bij het gebruik van het screeningsinstrument. De verzekeraar is, op haar beurt, niet overtuigd dat de HA als generalist zonder het screeningsinstrument in staat is om “de juiste zorg op de juiste plaats” te realiseren. Dit zorgt voor een spanningsveld in belangen in de relatie HA en verzekeraar, die de samenwerking tussen HA-GGZ niet ten goede komt. De verzekeraar zal de HA houden aan zijn taak als regisseur, maar snapt dat de HA tijd nodig heeft om in deze rol te groeien. Er is vanuit de verzekeraar sprake van een dwingend voorschrijven om de uniformiteit en standaardisatie van verwijzing en screening voor elkaar te krijgen. Duidelijke richtlijnen over heen- en terug verwijzingen zijn, in het kader van te verkrijgen transparantie in het zorgproces en de kwaliteit, belangrijk voor de verzekeraar.

De verzekeraar heeft, tot het moment dat er inhoudelijke standaarden zijn, alleen de prijs als middel om afspraken te maken met zorginstellingen. Bij uniformiteit en standaardisatie van de geboden zorg kan de verzekeraar ook kwaliteit meten en toetsen, ten bate van de verzekerde. De verzekeraar zal vanaf 2016, middels selectieve inkoop, niet alle zorg overal meer inkopen. Daarnaast zal de SGGZ nog meer dan voorheen als specialist worden aangemerkt en zal er een concentratie van specialisme voor de hand liggen. Om de toekomstige ontwikkelingen te kunnen volgen en het patiënten belang te dienen, zullen de GGZ en HA nog meer de keten en netwerken op elkaar dienen af te stemmen.

53

ontvangende echelon de doelgroep liever niet onder de eigen (behandel) verantwoordelijkheid krijgt. Deze ontwikkelingen bemoeilijken de samenwerking.

Het bestaan van verschillende financieringsstromen (AWBZ, ZVW, WMO, justitie) in de keten frustreert de samenwerking. Eveneens draagt de steeds wijzigende wet- en regelgeving niet bij aan het optimaliseren van de samenwerking in de keten. Financiering is vaak leidend hoe een instelling de zorg vorm geeft en daarbij is de vorm in de GGZ anders dan bij de HA. Door te investeren in de samenwerking en mee te gaan in de ontwikkelingen van de aanbieders in GGZ zorg wil de verzekeraar de keten versterken, middels bijvoorbeeld één financieringsvorm. Dit kan de samenwerking bevorderen, omdat het afbreukrisico dat patiënten tussen wal en schip vallen, verkleind als de financiering niet toereikend is.

Vanuit de overheid kan het consolideren van wet- en regelgeving t.a.v. de transformatie de samenwerking versterken. Initiatieven voor verbetering van de samenwerking dienen door het veld opgepakt te worden en liggen volgens de verzekeraar buiten hun invloed.

Voor de verzekerde is het belangrijk keuzemogelijkheden te behouden voor verschillende zorgorganisaties. Niet elke patiënt past in hetzelfde model en voor de patiënt dient er keuze te zijn per type instelling. Hierdoor is er voor HA-GGZ een enorm netwerk van organisaties mogelijk, die een vorm met elkaar moeten vinden om optimaal samen te werken. Marktwerving en selectieve inkoop zijn de sturende elementen aan hoe goede kwaliteit en goede prijs zich gaan verhouden tot organisaties en netwerken. De zorgaanbieders zullen zelf, met een gezamenlijke inhoudelijke visie van HA-GGZ, vorm moeten geven aan de samenwerking. Daarin moet het belang van de patiënt centraal staan. Alleen als het verzekerde belang in gevaar komt zal de verzekeraar middels financiële prikkels ingrijpen in de samenwerking.

5.5 Overige data

Op 24 februari jl. hebben wij een, door GGZ NL georganiseerd, seminar bijgewoond met als thema “GGZ dichtbij”. Tijdens het seminar zijn de eerste onderzoeksresultaten gepresenteerd van een pilot voor EPA patiënten, welke van de SGGZ naar de HA POH zijn verwezen in het kader van de nieuwe marktsegmentering 2014.

De pilot staat onder projectleiding van Marina Rovers, Riagg Zuid, Limburg.

De in 2013 gestarte pilot is opgestart om de effecten van de nieuwe segmentering, op de doelgroep EPA in kaart te brengen. De pilot had betrekking op 48 EPA patiënten in de regio Zuid Limburg, welke vanuit de SGGZ terug zijn verwezen naar 3 huisartsengroepen.

Een van de betrokken huisartsen is Eveline van den Nieuwenhuijzen, te Roermond. In haar huisartsenpraktijk werd de zorg voor 15 EPA patiënten overgenomen van de SGGZ.

Van 15 betrokken EPA patiënten die waren verwezen naar bovengenoemde huisartsenpraktijk, zijn de volgende onderzoeksresultaten gepresenteerd op het seminar:

1. 9 patiënten zijn weer terug in de SGGZ, waarvan 3 in crisis
2. 2 patiënten zijn van de POH GGZ in de basis GGZ in behandeling
3. 3 patiënten zijn bij de POH GGZ van de huisarts in behandeling gebleven
4. 1 patiënt is verhuisd.

De onderzoeksresultaten van de totale pilot van 48 patiënten, worden in de loop van 2014 gepubliceerd.

Opvallend is dat uit deze eerste resultaten van het onderzoek naar voren komt dat de patiënten groep EPA voor het grootste gedeelte weer terug is in de SGGZ, terwijl de financiering vanuit de verzekeraar voor 2014 voor deze doelgroep aan de POH GGZ en BGGZ is verstrekt. Hiermee komt het “geld-volgt-patiënt-principe” in het gedrang, omdat de

EPA patiënten voor het grote deel weer in de SGGZ worden behandeld en de (financiële) middelen om de behandeling te financieren elders in de keten zijn belegd.

Een ander resultaat dat uit de pilot komt, is dat van deze doelgroep 50% positief is over de begeleiding door de HA, waarbij vooral als positief werd genoemd: destigmatisering en “zorg dicht bij huis”. De groep EPA patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zag de overgang naar de HA als een achteruitgang, daar er minder tijd en aandacht werd geschonken aan de patiënt dan zij gewend waren in de SGGZ.

Met betrekking tot de kennis en ervaring van de HA met de EPA doelgroep komt uit het onderzoek naar voren dat de HA de grenzen van eigen kunnen goed moet kennen. Er blijkt onvoldoende kennis te zijn van medicatie verstrekking voor deze doelgroep, waaronder veel psychofarmaca met specifieke bijwerkingen, interacties en contra-indicaties.

De HA heeft in de samenwerking met de GGZ vooral behoefte aan kennisoverdracht en consultatie bij de keuze van, dosering van en instelschema's van psychofarmaca. De HA geeft aan onvoldoende kennis in huis te hebben om de complexe medicatie juist voor te kunnen schrijven. Vooral de angst voor het maken van fouten bij het voorschrijven van medicatie is groot bij de HA.

Uit het onderzoek komt naar voren dat betrokken partijen vinden dat de doelgroep EPA niet bij de HA thuishoort, maar in de SGGZ behandeld dient te worden, vanwege deze complexe medicamenteuze behandelingen. Nu de minister anders heeft bepaald, nl. dat deze EPA groep bij de HA behandeld dient te worden, is er spanning in de samenwerking HA-GGZ omtrent deze groep.

6. ANALYSE EN CONCLUSIES

6.1 Vooraf

In voorgaande hoofdstukken hebben we verslag gedaan van de opgedane kennis uit literatuur en empirie, welke wij hieronder met elkaar confronteren en analyseren. Daarbij wordt het raamwerk voor analyse van de empirische gegevens gebruikt, waarmee hoofdstuk 4 werd afgesloten. Per onderdeel sluiten we af met een conclusie.

6.2 Aanvulling interview LP GGZ op topiclijst paragraaf 4.3

In het interview van de LP GGZ (5.1) zijn geen andere inzichten gekomen dan wij in de theorie en documenten (4.1.5) verkregen over wat waarde creëert voor de patiënt. Daaruit concluderen wij dat “de patiënt” goed communiceert wat voor hem van belang is. In het interview werd ons treffend ingekleurd hoe belangrijk die zorg dicht bij huis is. Het hielp ons onze koers, om waarde te creëren voor de patiënt, stevig vast te houden in de gesprekken over samenwerking tussen HA-GGZ.

6.3 Confrontatie empirische gegevens met literatuur en met elkaar

6.3.1 Ambitie van de samenwerking

Literatuur:

Als hoogste ambitie hebben wij in de literatuur gevonden: Hogere gezondheidsuitkomsten per gependeerde euro. Leidend daarbij is waarde creatie voor de patiënt. De gezamenlijke ambitie op strategisch niveau van alle betrokken organisaties ligt in het ontwerpen van een compleet zorgaanbod rondom de medische conditie van de patiënt. Over de muren van organisaties heen wordt een “full cycle of care” ontworpen.

Empirie:

Alle betrokken zorgaanbieders (HA en GGZ) hebben de neiging om “van binnen naar buiten te kijken”, het belang van de keten, de gezamenlijke ambitie in samenwerking wordt wel onderschreven, maar ingevuld vanuit het eigen perspectief, vanuit de eigen echelon. Binnen echelons tonen verschillende GGZ aanbieders soms verschillende gezichten en verschillende ambities. Sterker nog, de gezamenlijke ambitie wordt vaak ingekleurd vanuit meso-belang, het belang van de eigen organisatie op de eigen echelon. Bedrijfsvoering en continuïteit van de eigen organisatie conflicteert in sommige gevallen met patiënten belang. Bijv. in organisaties in de SGGZ waar continuïteit van de organisaties onder druk staat vanwege de krimp van deze echelon.

De verwarring van ambitie en bedrijfsbelang bevordert niet de samenwerking tussen de echelons.

Uit de analyse blijkt verder dat er geen gedeeld urgentiebesef is onder alle betrokken partijen: HA, GGZ aanbieders, verzekeraars, maar ook vele andere stakeholders. Zo vindt de HA dat er niet wezenlijk veel verandert, terwijl de GGZ de nieuwe marktsegmentering als een transitie ervaart.

Conclusie:

We constateren dat organisatiebelang versus patiënten belang overal speelt en soms conflicteert. Het bespreekbaar maken hiervan is een gevoelig onderwerp. Het is “not done” om expliciet te spreken over organisatiebelang *boven* patiëntbelang, ook al is dit soms de praktijk. In de praktijk blijkt het lastig te zijn om de eigen ambitie die op meerdere vlakken speelt (o.a. goed werkgeverschap, continuïteit van organisatie) los te laten, ten dienste van de hogere gezamenlijke ambitie. Enerzijds is het dienen van bijvoorbeeld de continuïteit van de eigen organisatie een *middel* om de gezamenlijke hogere ambitie te realiseren.

Anderzijds zien we in de praktijk dat “eigen belang eerst”, “van binnen naar buiten kijken” een vorm van kortzichtigheid kan zijn, die niet in het belang van de patiënt is. Wij zouden dit verwoorden met: “Je wilt gewoon het bedrijf redden en niet je personeel ontslaan”. Ook het opgeven van autonomie in samenwerking kan worden ervaren als verlies.

6.3.2 Doelen binnen de samenwerking

Macro:

Op macro niveau is het belangrijkste doel voor alle geïnterviewde stakeholders, de uitvoer van de afspraken die zijn gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord. Het maatschappelijk belang, zowel in kostenreductie als waarde creatie in de zorg, dat met het BA wordt gediend, wordt onderschreven door alle partijen.

Opvallend is de afwezigheid van de HA bij het opstellen van het BA, hetgeen gezamenlijk uitwerking van de afspraken wel bemoeilijkt (vb. regisseurschap; EPA).

De globale formulering van afspraken leidt wel tot verschillende interpretaties onder de geïnterviewde stakeholders. Er is een bandbreedte in de uitvoer van de afspraken die de partijen soms verschillend uitvoeren. Bijvoorbeeld: wanneer heeft de patiënt “kort, middel, intensief of chronische” zorg nodig? In relatie met een specifieke context (bijv. aan- of afwezigheid mantelzorg) kan/moet de patiënt soms toch in een ander echelon behandeld worden dan de globale afspraken bepalen.

Op onderdelen zijn stakeholders het niet eens met afspraken, bijvoorbeeld: De HA is het oneens met de patiëntgroep verschuiving “stabiele EPA”. Zij ervaren zich onbekwaam en toegerust deze groep verantwoord te behandelen. Uit recent onderzoek blijkt dat zorgaanbieders het hierover met elkaar eens zijn. Vooralsnog heeft de verzekeraar de gelden belegd bij de HA.

De snelheid en hoeveelheid van veranderingen in wet- en regelgeving wordt door alle stakeholders als hoog ervaren. Continueren van wet- en regelgeving, het maken van consistente en samenhangende keuzes, zal de implementatie van nieuw beleid bevorderen. Men vraagt om consolideren van nieuwe wetgeving en tijd te geven aan het veld voor implementatie.

Meso:

Bedrijfsbelang wordt vaak verward met ambitie, zie hierboven.

In de literatuur komt naar voren dat in een samenwerkingsverband men oog zal moeten hebben voor elkaars belangen. Voor een geslaagde samenwerking moet men recht doen aan elkaars doelen en issues in de samenwerking oplossen.

Uit de analyse blijkt dat het oog hebben voor elkaars organisatiebelangen niet vanzelfsprekend is. Voor de GGZ is het van (financieel) belang dat iedere patiënt een verwijfsbrief meeneemt en dat is niet de realiteit. Voor de HA is snelheid van belang, bij verwijzen, hetgeen vaak niet geboden wordt door de GGZ. Gebrek aan snelheid door de GGZ is reeds jarenlang een groot issue bij de HA in de verwijzing richting de GGZ.

Binnen organisaties, voornamelijk in grotere GGZ instellingen, blijkt dat strategisch, tactische en operationele doelstellingen niet altijd in overeenstemming zijn met elkaar.

Conclusie:

Alle partijen geven aan dat de samenwerking niet “dichtgetimmerd moet worden met regels”, maar vorm moet krijgen door begrip van elkaars behoeften. Echter, in de praktijk blijkt dit vaak zo niet te werken en wordt er wel veel gewerkt met wet- en regelgeving.

Bovendien komt naar voren uit het empirisch onderzoek dat in de samenwerking HA en GGZ instellingen, de GGZ instellingen zich op de verschillende niveaus niet altijd consistent gedragen: intern gestelde targets op tactisch en operationeel niveau zijn soms niet consistent met de gemaakt strategische keuze naar buiten, ten behoeve van de samenwerking. Daarmee is de GGZ soms een onbetrouwbare partner in samenwerking met de HA.

Micro:

Alle partijen zijn het met elkaar eens dat het patiëntenbelang leidend moet zijn in de vormgeving van de samenwerking. Echter de verschillen in professioneel inhoudelijke achtergronden van de generalistische HA en de meer op psychiatrie gefocuste GGZ, resulteren soms in verschil van visie op wat goede zorg is, en in wat volgens de professional prioriteiten zijn van de patiënten.

De mindset van de professional in de GGZ is beperkter en gericht op de psychiatrische problematiek en behoeften die daarmee samenhangen. De generalistische HA en POH kijken breder dan dat, bijvoorbeeld ook somatisch en met meer kennis van de specifieke sociaal-culturele context van de patiënt.

Conclusie:

De HA en GGZ willen allemaal het belang van de patiënt dienen en voorop stellen. Het lukt echter niet altijd vanwege issues op meso, dan wel macro niveau. En door verschil van visie ten gevolge van de verschillende mindsets van professionals op de verschillende echelons.

6.3.3 Structurele vormgeving van de samenwerking

“Structurele integratie, het afstemmen van processen, taken, functies en werkzaamheden van organisaties en beroepsbeoefenaren is van belang bij het creëren van een samenwerkingsverband”, leert de literatuur.

De verzekeraar geeft aan dat er standaardisatie en uniformering plaats dient te vinden om een naadloze aansluiting te vinden tussen echelons. Om dit te realiseren dient er een duidelijke functiescheiding in taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden te worden gerealiseerd. Daarmee worden bandbreedtes vastgelegd voor de verschillende echelons en de overgangen daartussen.

Op overgangen tussen de echelons is de behandelverantwoordelijkheid vaak onduidelijk, dit creëert een onduidelijk ruime bandbreedte. Waar stoppen de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de ene echelon en het andere?

Uit analyse blijkt dat deze onduidelijke bandbreedtes een optimale structurele afstemming van processen bemoeilijken, die de samenwerking tussen organisaties zouden moeten bevorderen.

De verschillende partijen zijn het met elkaar oneens over hoe deze issue op te lossen en ook over hoe groot de bandbreedte überhaupt mag zijn.

De verzekeraar geeft als richting aan voor het optimaliseren van de processen: een gestandaardiseerd en uniform screeningsinstrument waarmee HA de verzekerde naar de juiste echelon kan leiden. Aanleiding voor deze ontwikkeling is dat de verzekeraar niet overtuigd is dat de HA, alleen op basis van de klinische blik, in staat is uniform toe te leiden naar de GGZ.

De HA zegt dit niet nodig te hebben en vindt bovendien dat dit instrument geen recht doet aan de specifieke omstandigheden van de patiënt, waarvoor juist een bepaalde bandbreedte nodig is. De HA is niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van het screeningsinstrument en vindt dat het instrument geen recht doet aan taken, functies en werkzaamheden van de HA, die een brede en generalistische kijk op de problematiek neemt. Opvallend is dat de ontwikkeling van het screenings instrument voortkomt uit samenwerking verzekeraar – GGZ, terwijl de beoogde gebruiker de HA is.

In verschillende regio's is de ketensamenwerking HA-GGZ verschillend vorm gegeven. Dit maakt dat de afstemming van de processen ook regionaal verschillend zal moeten worden vormgegeven. Deze vorm van Couleur Locale past bij de Nederlandse cultuur, waardoor het opleggen van een landelijk uniform screeningsinstrument op weerstand stuit.

Alle partijen weten niet altijd zo goed waar de verantwoordelijkheid van zichzelf en de ander begint en eindigt. Alle partijen bevelen dan ook aan om de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden gezamenlijk verder uit te werken en vast te stellen. Soms blijkt ook dat terminologie van verschillende beroepsgroepen niet overeenkomen (NHG, DSM, terminologie in BA en de strategische agenda, specifieke richtlijnen voor beroepsgroepen). De GGZ overschat regelmatig de specialistische kennis van de HA. Een belangrijk voorbeeld is de inschatting van de kennis van de HA in de behandeling van de EPA doelgroep. Medewerkers in de GGZ hebben regelmatig onvoldoende begrip van wat de bredere en generalistische kijk van de HA inhoudt, en betekent bij indicatiestelling, ook voor de GGZ.

De rol van alle professionals, HA en GGZ, wijzigt. Uit analyse blijkt dat met name de gewijzigde rol van de SGGZ van hoofdbehandelaar naar medebehandelaar, een grote verandering is. Bijvoorbeeld dat de SGGZ wordt geconsulteerd, zonder dat daarbij de gehele behandelverantwoordelijkheid overgaat. De werkzaamheden van de specialist in de GGZ dienen veel meer in afstemming te gaan met de HA. De HA zegt hierover dat de GGZ nog steeds niet de rol van medebehandelaar op zich neemt zoals deze is bedoeld in de onderliggende afspraken. Processen ten bate van bereikbaarheid zijn moeizaam op elkaar aan te sluiten tussen HA en GGZ, mede omdat de activiteiten van psychiaters/psychologen en de HA een geheel verschillende vorm gegeven worden, door de aard van de werkzaamheden. De HA heeft veel korte contacten, in de GGZ zijn vaak langere sessies. Hierdoor is de psychiater minder vaak stand de pede beschikbaar voor afstemmingsoverleg.

Conclusie:

Structuur *op zichzelf* is niet het middel om de samenwerking te verbeteren. Vormgeving van structuur is het sluitstuk van verandering.

Er is nog onvoldoende duidelijk over de benodigde structuur, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. En dat komt mede voort uit het verschil van taakopvatting door HA en GGZ, generalist versus specialist, en de identiteit die beiden daaraan ontleen. Zo lang taakafbakening onvoldoende helder is gedefinieerd, is vormgeven van processen en samenwerking moeilijk.

De verzekeraar is dubbel in zijn uitspraken: enerzijds zeggen zij dat de veldpartijen het veld zelf verder moeten bepalen, anderzijds biedt de verzekeraar dwingende voorschriften.

6.3.4 Sociale aspecten van de samenwerking

De literatuur leert: Om samen te werken dienen sociale verhoudingen te worden ontwikkeld tussen samenwerkingspartners. Waar wordt samengewerkt, is sprake van sociaalpsychologische en groepsdynamische processen. Wij denken daarbij aan: vertrouwen, mechanismen rond macht en invloed, intellectuele klik, elkaar leuk en aardig vinden, elkaar in waarde laten, elkaar waarderen, open staan voor meningen van de ander, veilige omgeving, kritisch kunnen zijn, de behoefte van de ander willen zien (sociaal aspect daarvan), leven en laten leven, anders zijn mag en ook buiten de werkzaamheden af en toe informeel contact aangaan.

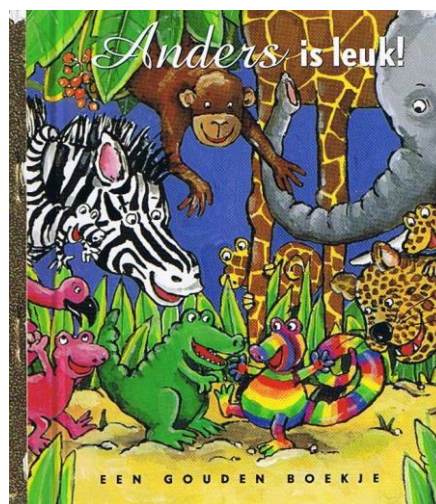
Uit analyse blijkt dat er relatief weinig persoonlijke relaties bestaan tussen HA en professionals in de GGZ. Alle partijen spreken van een onvoldoende onderlinge vertrouwensband. Dit uit zich o.a. in de samenwerking bij de crisisgevoelige patiënten. Er is relatief weinig historie aan samenwerking, waarin persoonlijke relaties zijn ontstaan. En in de nieuwe situatie moet men elkaar nog leren kennen en op waarde weten in te schatten. Er is weinig begrip t.a.v. “de andere werkwijze, de andere manier van kijken naar de patiënt en samenwerking” op de andere echelon, omdat “anders zijn” als lastig wordt ervaren in het zoeken naar aansluiting. We weten nog niet of de nieuwe manier van samenwerking werkelijk waarde gaat creëren voor de patiënt en het belang van de eigen organisatie zal

dienen. Alle betrokken partijen missen een saamhorigheidsgevoel en zeggen dat er behoefte is aan een grotere vertrouwensband dan er in het verleden was.

Het verliezen van autonome beslisruimte in de SGGZ heeft effect in de relatie met de HA rondom macht en invloed. De voorheen zo zelfstandig en solistische acterende SGGZ moet zich nu onderwerpen aan regie van de HA, die, ook nog eens, op kennis door de SGGZ soms wordt ondergewaardeerd. “Hoe kan de generalist het beter doen dan wij”, zegt de specialist, met name t.a.v. de meer complexe problematiek. De SGGZ ervaart deze ontwikkeling soms als minder serieus genomen worden.

Conclusie:

Op sociale aspecten is er nog veel te bereiken om de samenwerking te dienen. Het ontbreekt soms aan waardering en erkenning van elkaars visie en vak. Om goed samen te kunnen werken, heeft de professional en “de mens achter de professional” het nodig dat wordt voldaan aan de basale sociaalpsychologische behoeften.



Bron: Francine Oomen

6.3.5 Culturele aspecten van de samenwerking

De literatuur leert ons dat in samenwerkingsprocessen, de waarden, normen, werk- en benaderingswijzen en symbolen van samenwerkingspartners moeten gaan overeenstemmen of gaan aansluiten. Cultuur is te vinden in gedrag, achterliggende overtuigingen, waarden en normen

In de SGGZ ligt van oudsher het gevaar op de loer de patiënt te “pamperen” (over te behandelen). Hieraan ligt een oude visie op psychiatrie ten grondslag. “de psychiatrische patiënt is kwetsbaar, moet uit de maatschappij worden gehouden, in de armen van de psychiatrie”. Deze oude *visie* is al langere tijd losgelaten, de nieuwe visie van “participeren en zelfmanagement” is omarmd. Echter het oude *gedrag* van de SGGZ, de patiënt te “pamperen”, is nog niet volledig uit de wereld. De HA was in het verleden gewend om de patiënt een “enkelkje psychiatrie” te geven, op basis van dezelfde oude visie. In de tegenwoordige tijd lijkt de HA, beter dan de SGGZ, in staat de nieuwe visie om te zetten in het nieuw verwijsgedrag, “het stoppen met de enkeljes psychiatrie”. De problemen omtrent de EPA doelgroep illustreren dit duidelijk. Zij vormen een symbool van de overgang van oude naar nieuwe overtuigingen t.a.v. psychiatrische zorg en samenwerking, de overgang van oud naar nieuw verwijs-gedrag.

Conclusie:

Het veranderen van de cultuur, het naar elkaar toegroeien in cultuur, is een van de meest langzame en moeilijk grijpbare veranderingen / ontwikkelingen voor betrokkenen, die ten grondslag ligt aan huidige samenwerkings-issues. Cultuurveranderingen kosten veel tijd en die tijd is er niet. De nieuwe verhoudingen, de nieuwe samenwerking moet *nu* worden vorm gegeven.

6.3.6 Grondvorm voor de samenwerking

De literatuur leert ons dat een passende grondvorm / juridische vorm voor samenwerking kan helpen om gekozen doelen voor de samenwerking te realiseren, om voldoende besliskracht en besturingsmogelijkheid te verankeren.

Geen enkele partij geeft aan dat er in de grondvorm voor samenwerking wijzigingen moeten plaats vinden, zeker niet in juridische vorm, voor het optimaliseren van de samenwerking. Niet de organisatievorm moet leidend zijn, maar de inhoud: "Professionals in the lead". De partijen prefereren minder formele samenwerkingsvormen. Eigenlijk wordt de samenwerking geprefereerd zoals het nu is, maar dan aangepast aan de nieuwe situatie. Het samenwerken wordt in de toekomst wel meer gezien in netwerk-verband en minder in keten-verband. Goede netwerkontwikkeling voor GGZ aanbieders en HA is aanbevolen boven ketenvorming, omdat de patiënt niet lineair is, maar op verschillende momenten een verschillende zorgvraag heeft. Netwerksamenwerking wordt geprefereerd boven ketensamenwerking, want te veel ketens is te onoverzichtelijk, met name in de generalistische huisartsenpraktijk. Verschillende organisaties naast elkaar op een echelon, maar ook in een keten, zijn nodig om de patiënt keuzemogelijkheden te geven. Dit is een van de redenen waarom zorgaanbieders moeten investeren in een netwerk, overstijgend aan ketens. Fysieke nabijheid bevordert netwerksamenwerking, bijv. in gezondheidscentra of zorgboulevards.

Conclusie:

Professionals prefereren informele samenwerkingsvormen, zonder deze te institutionaliseren. HA en GGZ zeggen dat het aanpassen van de grondvorm van samenwerking, niet zal leiden tot optimalisering van samenwerken. Ze willen samenwerken in een netwerk, zonder een juridische grondvorm daaraan te geven.

6.3.7 Financiering in relatie met samenwerking

Literatuur: Financier de full cycle of care per medische conditie, in plaats van de afzonderlijke activiteiten. Hiermee worden kosten bespaard en wordt waarde gecreëerd ten aanzien van de specifieke behoeften binnen een medische conditie.

Alle partijen zijn het eens over principe "geld-volgt-patiënt". Uit de empirie blijkt dat dit niet de praktijk is. Verschillende financieringsvormen (AWBZ, WMO, ZVW, Justitie) frustreren samenwerking en doen afbreuk aan waarde creatie voor de patiënt. Drempelloosheid is hierdoor vrijwel niet te realiseren.

Alle partijen zijn het er over eens dat de kosten per patiënt naar beneden moeten. Deze beweging is ingezet door de "zorg naar voren te halen". Nu blijkt dat het positioneren van de EPA-zorg bij de HA, inhoudelijk gezien, niet een juiste keuze is geweest. HA en GGZ verzoeken daarom de verzekeraar om inhoudelijke afwegingen (EPA heeft SGGZ nodig) te laten prevaleren boven afspraken uit het BA (EPA moet naar HA).

Op de EPA patiëntengroep zal de discussie moeten plaatsvinden hoe, per gespendeerde euro, optimaal waarde wordt gecreëerd voor de patiënt. Het continu heen en weer verwijzen

tussen de echelons van deze EPA-doelgroep, is immers extra kostbaar en creëert zeker geen waarde in verbeterde gezondheidssuitkomsten.

Door de onzekerheid, bij alle partijen, over hoe patiëntenstromen zich daadwerkelijk logistiek gaan vormen, is er angst dat er wachttijden ontstaan omdat financiering in een ander echelon is belegd dan waar de behandeling daadwerkelijk plaats vindt.

Partijen vragen om een financieringsvorm die verleidt tot samenwerking. De huidige financiering, die is gecompartmenteerd per echelon, geeft onvoldoende prikkels tot samenwerken in een full cycle of care. Middels samenwerking kan immers overal geld worden bespaard. Door een financieringsvorm die verleidt tot samenwerking kunnen we geld overhouden, is de algemene gedachte in het veld. Partijen vragen om een financieringsvorm waarin je dit bespaarde geld mag houden als beloning van die samenwerking. En deze “shared savings” kunnen dan, in de (keten)samenwerking, worden ingezet voor verdere innovatie en het terugdringen van kosten.

De verzekeraars zullen hier in principe achter kunnen staan. Echter zij hebben onvoldoende data waarop zij zich kunnen baseren om zorg in te kopen die waarde creëert voor de verzekerde, en daarbij te voldoen aan hun zorgplicht. Verzekeraar heeft voornamelijk data om op prijs afspraken te maken, en in veel mindere mate beschikken zij over data om op kwaliteit afspraken te kunnen maken. De verzekeraar ziet in haar beleid een goede samenwerking tussen HA en GGZ als middel om “drempelloze overgang tussen de echelons te bereiken”, waarbij zij de financiële kaders bewaken en bepalen in welk echelon welk budget wordt uitgegeven. Het financieren per echelon, beperkt de flexibiliteit die nodig is om de samenwerking HA-GGZ te optimaliseren. En tijdig in te kunnen spelen op patiëntenstromen die anders blijken te lopen dan verwacht.

Conclusie:

Een meer flexibele financiering, waarbij “geld-volgt-patiënt” wordt gevraagd. Ten einde de kosten per patiënt te reduceren en waarde te creëren. Het loslaten van financiering per echelon, zal bij kunnen dragen aan het reduceren van kosten per patiënt en draagt bij aan een zo drempelloos mogelijke overgang tussen de echelons.

6.4 Overall Conclusie

Uit voorgaande conclusies blijkt dat de gezamenlijke ambitie om “hogere gezondheidssuitkomsten per gespenseerde euro te realiseren”, vaak conflicteert met het eigen organisatiebelang. Het ondergeschikt maken van het eigen organisatiebelang te gunste van de hogere ambitie, om samen te werken in het belang van de patiënt, is moeilijk te realiseren, en zelfs soms moeilijk bespreekbaar te maken. Dat ondanks dat HA en GGZ allen het patiëntenbelang voorop willen stellen. Hoe het patiënt belang te dienen, wordt tevens bemoeilijkt door het verschil van mindset van de professionals (generalistisch vs specialistisch). Dit verschil in mindset resulteert bovendien in een verschillende opvatting van de afspraken uit het Bestuurlijk Akkoord, een verschillende opvatting over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Dit bemoeilijkt de structurele vormgeving van de samenwerking. Structuur op zichzelf is echter niet het middel om de samenwerking te verbeteren, het is het sluitstuk van de verandering. Het zelf, gezamenlijk (HA-GGZ), overeenkomen en vormgeven van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, zal helpen de samenwerking vorm te geven. De verzekeraar is hierbij dubbel in zijn uitspraken: enerzijds zeggen zij dat de veldpartijen het veld zelf verder moeten bepalen, anderzijds biedt de verzekeraar dwingende voorschriften, middels bijvoorbeeld uniforme screeningsinstrumenten.

Professionals prefereren informele samenwerkingsvormen, zonder deze te institutionaliseren. Ze willen samenwerken in een netwerk, zonder een juridische grondvorm daaraan te geven.

Een meer flexibele financiering, waarbij “geld-volgt-patiënt” wordt gevraagd. Ten einde de kosten per patiënt te reduceren en waarde te creëren. Het loslaten van financiering per echelon, zal bij kunnen dragen aan het reduceren van kosten per patiënt en draagt bij aan een zo drempelloos mogelijke overgang tussen de echelons.

Professionals ontnemen identiteit aan taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. In samenwerking überhaupt, maar juist ook bij de huidige veranderingen, is het tevens van belang om elkaars sociaalpsychologische behoeften te begrijpen en daarin te voorzien. Ook het begrijpen en respecteren van elkaars cultuurverschillen, zal helpen om een nieuwe gezamenlijke cultuur voor de nieuwe marktsegmentering te laten ontstaan. Dit zal de samenwerking sterk bevorderen.

We zijn gestart met het bepalen van het hogere doel van de samenwerking volgens Porter & Teisberg (2008): Behalen van een hogere gerealiseerde gezondheidsuitkomst per gespendeerde euro.

Porter & Lee (2013) beschrijven 6 met elkaar samenhangende activiteiten om dit te bereiken, waarvan wij de onderstaande 3 relevant achten voor de huidige fase waarin de vormgeving van de nieuwe marktsegmentering zich bevindt.

- *Organizing around patients' medical conditions rather than physicians' medical specialties.*

Het gezamenlijk vormgeven van de full cycle of care wordt bemoeilijkt door organisatiebelang versus hogere ambitie en patiëntbelang. Tevens vanwege de verschillende mindsets van de betrokken samenwerkingspartners.

Gezien het korte tijdsbestek waarin de nieuwe marktsegmentering vorm gegeven moest worden, is het begrijpelijk dat de structurele vormgeving nog te wensen over laat. De bereidwilligheid is er echter wel. De hoogste ambitie (hogere gezondheidsuitkomsten per gespendeerde euro) wordt door alle partijen onderschreven, evenals het centraal stellen van patiëntenbelang.

- *Developing bundled prices for the full care cycle*

Een meer flexibele financiering, waarbij “geld-volgt-patiënt” wordt gevraagd. Ten einde de kosten per patiënt te reduceren en waarde te creëren. Het loslaten van financiering per echelon, zal bij kunnen dragen aan het reduceren van kosten per patiënt en draagt bij aan een zo drempelloos mogelijke overgang tussen de echelons.

Dit komt overeen met Porter's advies tot “Bundled prices for the full cycle of care”, die gericht is op waarde creatie in aansluiting op wat de specifieke patiënt nodig heeft en ook kosten reduceert: voor specifieke medische condities.

Dit systeem moedigt teamwork aan en kan resulteren in hoge waarde creatie omdat de gezamenlijke activiteiten rondom een specifieke medische conditie zijn gericht en op elkaar kunnen worden afgestemd. De aanbieders zullen efficiency verhogen en tegelijkertijd de gezondheidsuitkomst voor de specifieke medische conditie voor ogen hebben.

- *Integrating care across separate facilities*

Betrokken organisaties in de full cycle of care zullen uiteindelijk de activiteiten en de processen meer op elkaar afstemmen. Bijvoorbeeld dubbelingen in activiteiten worden geëlimineerd ten einde inspanningen en kosten te verlagen, maar ook klantwaarde te verhogen. We concluderen dat de nieuwe samenwerking zich nog in de beginfase bevindt, waardoor het optimaal integreren van de zorg nog niet aan de orde kan zijn. De start is gemaakt. “Integrating care across separate facilities” is echter onlosmakelijk verbonden met de 2 bovengenoemde activiteiten, welke dus eerst meer vorm dienen te verkrijgen om

uiteindelijk dwars door echelons en organisaties heen, effectieve en efficiënte zorglijnen op te zetten.

We constateren dat de partijen bereid zijn tot deze structurele vormgeving, en uitspreken daaraan gezamenlijk te willen werken.

WAAROM MOEILIK DOEN ALS HET SAMEN KAN

Loesje

POSTBUS 1048

6601 DA ARNHEM

06003254768

7 AANBEVELINGEN EN NABESCHOUWING

7.1 Vooraf

In paragraaf 1.4 stelden wij ons met deze studie tot doel passende manieren voor samenwerking te zoeken, die enerzijds recht doen aan de nieuwe gegeven echelonering met nieuwe taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, en anderzijds de patiënt van nu optimaal in haar belangen dient. Het doel dat we ons stelden was: “het doen van aanbevelingen hoe de samenwerking tussen HA en GGZ vormgegeven kan worden om optimaal waarde te creëren voor de patiënt”.

De verzamelde kennis van de samenwerking tussen HA-GGZ leidt in dit hoofdstuk tot enkele aanbevelingen.

7.2 Aanbevelingen

In de structuur van Porter & Lee (2013)

- *Organizing around patients' medical conditions rather than physicians' medical specialties.*

Organiseer samenwerking meer in netwerk dan in ketens. Bij transactionele samenwerking binnen een netwerk is bestuurskracht, daadkracht, besliskracht voor de *full cycle of care* niet formeel geregeld en zullen de professionals elkaar echt op inhoudelijke ambitie moeten vinden.

In de samenwerking tussen zorgorganisaties wordt de hoogste inhoudelijke ambitie en het organisatiebelang vaak met elkaar verward, ofwel dit als conflicterend en in strijd met elkaar gezet. Aanbevolen wordt dit goed van elkaar te onderscheiden en hiervan bewust te zijn.

De partijen moeten elkaar vinden op ideologisch niveau en met elkaar maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Lange termijn winst vinden in “duurzaam samenwerken vanuit intrinsieke drive tot samenwerken”, dit laten prevaleren boven korte termijn winst van “organisatiebelang voorop stellen”, daar gaat het om. Blijf de patiënt betrekken bij het maken van nieuw beleid.

- *Developing bundled prices for the full care cycle*

Kies een financieringsvorm die de *professional* verleid tot kostenreductie en het creëren van waarde in de *full cycle of care*. De financiering moet de professional uitnodigen om efficiency, effectiviteit en kwaliteit te verhogen. Te denken valt aan aandoeningsgerichte bekostiging, waarin de *full cycle of care* onder regie van de professional wordt gefinancierd per medische conditie. De financiering is ondersteunend aan hetgeen inhoudelijk nodig is, waarbij het macrokader niet mag groeien.

- *Integrating care across separate facilities*

Zorg voor commitment, over de echelons heen, om de zorg van de afzonderlijke echelons te integreren tot een *full cycle of care*, in een proces waarin dubbelingen van zorgactiviteiten zijn geëlimineerd, en integreren van aan de zorg ondersteunende activiteiten. Als je dit voor elkaar krijgt ontstaat er zowel inhoudelijke waardecreatie voor de patiënt, als ook een reductie aan totaalkosten.

Leg de samenwerking in de *full cycle of care* niet geheel vast in (uniformerende) wet- en regelgeving. Zet de professional “in the lead”. Beperken van bureaucratie bevordert inhoudelijke samenwerking: creëer regelarme zorg. Experimenten met regelarme zorg laten in evaluaties zien dat deelnemende organisaties een cultuuromslag hebben gemaakt die onomkeerbaar is: “het blijkt dat vanuit deze filosofie veel doeltreffender gewerkt kan worden

en vaak wordt minder zorg ingezet. Zowel patiënten als medewerkers zijn tevreden over de regelarme werkwijze”, (Actiz, 2014).

Investeer in een persoonlijke relatie met de samenwerkingspartner. Indien er sprake is van een goede relatie met de persoon achter de professional waarmee wordt samengewerkt, zullen ambities, doelen, belangen, issues, cultuuraspecten en structurele vormgeving, veel effectiever kunnen worden opgepakt.

7.3 Nabeschouwing

Het bestuderen van de interorganisationale samenwerking tussen HA en GGZ heeft ons inzicht verschaft in de verschillende bepalende factoren. We merken in ons werk dagelijks hoe actueel deze nieuwe samenwerking en de vormgeving daarvan is. Er dient nog veel te gebeuren, maar het begin is er. Met de verkregen kennis en inzichten kunnen wij effectiever werken aan de verdere vormgeving van de samenwerking.

We bevelen van harte aan om deze studie van samenwerking, en met name in de zorg, verder te verdiepen. Ook het kennis nemen door professionals in de zorg, van de resultaten van studie van samenwerken, zal hen helpen samenwerking vorm te geven en te blijven verbeteren in de dagelijkse praktijk.

Last but not least... we hebben enorm genoten van deze studie van samenwerking.

En vooral ook van onze eigen samenwerking. Samen te werken in een studie van samenwerking, is voor ons gebleken een kwestie te zijn van $1 + 1 = 3$.

LIJST MET AFKORTINGEN

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BA	Bestuurlijk Akkoord
BGGZ	Basis (generalistische) GGZ
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Planbureau
CQ Index	Consumer Quality Index
CVA	Cerebro Vasculair Accident
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPA	Ernstig psychiatrische aandoening
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ NL	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
HA	Huisarts
ICT	Informatie- en Communicatie Technologie
LGV	Centrum voor Levens- en Gezinsvragen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LP GGZ	Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg
MBI	Macro Beheers Instrument
MhBA	Master of Health Business Administration
MOB	Maatschappelijk Ondersteuningsbureau
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
PI	Prestatie Indicatoren
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
RIAGG	Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg
ROM	Routine Outcome Measurement
SGGZ	Specialistische GGZ
SPD	Sociaal Pedagogische Dienst
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraar Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet

BRONNEN

- Actiz. (2014). *Meer administratieve lasten in regelarme zorg*. Skpir, 25 maart 2014.
- Baarda, B. Bakker, E. Julsing, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*, 3^e druk. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. B., Goede, M.P.M., de., Meer, A.G.E, van der. (2007). *Basisboek Interviewen*. 2^e druk. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Berendsen, A.J., (2008). *Samenwerking tussen huisarts en specialist. Wat vinden de patiënten en de dokters?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boer & Croon (2008). *Naar waardecreatie in de Zorg. Een vertaling van "Redefining Healthcare" naar de Nederlandse situatie*. Amsterdam: Boer & Croon.
- Boot, J.M., & Knapen, M.H.J.M. (2005). *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- College voor Zorgverzekeringen. (2013, 10 juli). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
- Dorresteijn, M. van. (2013). *Schippers presenteert veranderingen ggz*. Geraadpleegd op 22 mei 2013, van <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2013/5/Schippers-presenteert-veranderingen-ggz-1261211W/>
- Fabricotti, I. N., (2007). *Zorgen voor Zorgketens. Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Gilbert, N. & H. Specht (1974) *Dimensions of Social Welfare Policy*. Englewood-Cliffs NJ, Londond: Prentice-Hall.
- Godfroij, A.J.A . (1981). *Netwerken van organisaties: strategieën, spelen, structuren*. 's Gravenhage: VUGA.
- GGZ NL, website: <http://www.ggz nederland.nl/>
- Hendriks, M., Boer, D., de., Spreeuwenburg, P., Rademakers, J., Delnoij, D. (2007). *De CQ-index: vergelijken van klantervaringen in de zorg*. Utrecht: NIVEL.
- Kaats, E. & Opheij, W., (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties. Alianties, netwerken, ketens, partnerships*. Deventer: Kluwer.
- Landelijk Platform GGZ, website: <http://www.platformggz.nl/>
- Landelijk Platform GGZ, (2013). *Programma van Eisen samengesteld voor Zelfmanagement en Passende Zorg*. Utrecht: Landelijk Platform GGZ.
- LHV, website: <http://lhv.artsennet.nl/>
- Maes, A.(2011). *'Huisartsgeneeskunde in het nieuwe zorgstelsel'*. Amsterdam: Reed Business

Makkink, S. & Kits, L., (2013). *Van weten naar meten, ROM in de GGZ*. Utrecht: Landelijk Platform GGZ

Ministerie van VWS (2012). *De zorg: hoeveel extra is het ons waard?*

Ministerie van VWS (2013). Kamerbrief Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'.

Porter, M.E. (1985). *Competitive Advantage*. New York: Free Press.

Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results*, Harvard Business School Press.

Porter, M.E. & Lee, Th. H. (2013). *Strategy that will fix healthcare*. Harvard Business Review, October 2013.

Schuyt, K. (2013). 2e van Doornlezing 2013. *Noden en Wensen*. De verzorgingsstaat gezien als een historisch fenomeen. Oratie. FSW: Rotterdam.

Sinnema, H., Smiesing, J., Vossepoel, L., Groot, K., de., Muntingh, A. (2012). *Welzijn op recept. Handleiding voor de ontwikkeling en invoering van het welzijnsrecept*. Utrecht: Trimbos Instituut.

Stabell, C.B., and Fjeldstad, Ø.D. (1998) "Configuring Value for Competitive Advantage: On Chains, Shops, and Networks", Strategic Management Journal, 19, 413-437.

Trimbos, CQ-index Kortdurende ambulante GGZ: Ervaringen met de kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg, versie 4.1.

Verschuren, P.J.M. & Doorewaard, J.A.C.M. (2007). *Het ontwerpen van onderzoek*. Den Haag; Boom Lemma uitgevers.

Vogelvrije huisarts (2013, december). "Zinloos: #Triversum wil patiënt verwijzen naar 'n andere instelling, huisarts moet de brief opstellen en sturen. Wie bedenkt dit? #ggz#zorg." Twitter, Geraadpleegd december 2013.

Vogelvrije huisarts (2013, december). *Krijg je straks v/d #zorgverzekeraar op je bord dat je teveel naar de gespecialiseerde#ggz verwijst?* Twitter, Geraadpleegd december 2013.

Vogelvrije huisarts (2013, december). *Hulpvraag mondige patiënt 2014 #zorg#ggz#bgz#nza*. Twitter. Geraadpleegd december 2013.

BIJLAGE 1 Boomstructuren

1. Boomstructuur interview LP GGZ

De stam = waarde creatie voor de patiënt in de samenwerking tussen de echelons in de nieuwe GGZ anno 2014.

De takken worden per bullit weergegeven.

Per bullit zijn verschillende zijtakken, weergegeven met streepjes.

- Gerichtheid op “Zorg dicht bij huis”, om zo snel mogelijk het normale leven te kunnen continueren.
 - Herstelgericht behandelen
 - Dicht bij huis in de leefomgeving
 - Zelfmanagement
 - Instemming met Bestuurlijk akkoord
 - Betrekken systeem, familie
 - Inzet ervaringsdeskundigen
- Huisarts centrale regisseur
 - Laagdrempelig
 - Fysiek nabij
 - Bekend met sociale en culturele context
 - Overzicht over psychische, somatische, sociale omstandigheden
 - Minder stigma
 - Relationele continuïteit
 - Verzamelt informatie uit andere behandeltrajecten ten bate van behandeling dicht bij huis
- De juiste zorg door de juiste professional
 - Niet te snel diagnosticeren en medicaliseren, maar wel als dat echt moet.
 - Niet te snel doorverwijzen, maar wel tijdig.
 - Uniform screeningsinstrument helpt nog niet
 - Opbouw sociaal netwerk, waarin zorg en welzijn
 - Welzijn op recept (2012)
- Snelheid en toegankelijkheid van zorg
 - Geen wachtlijsten
 - Bewaking maximale wachttijden
- Financiering
 - Verzekeraar benodigde zorg goed inkopen om wachtlijsten te voorkomen
 - Bewaken oplopende wachttijden om oneigenlijke redenen
- Concentratie en spreiding van zorg
 - Gezondheidscentra
 - Specialistisch aanbod
 - Telezorg
- Goede communicatie tussen professionals
 - Binnen multidisciplinaire teams of binnen organisaties
 - Tussen organisaties

2. Boomstructuur interview GGZ NL

De stam = waarde creatie voor de patiënt in de samenwerking tussen de echelons in de nieuwe GGZ anno 2014.

De takken worden per bullit weergegeven.

Per bullit zijn verschillende zijtakken, weergegeven met streepjes.

- De afspraken m.b.t. de nieuwe marktsegmentering, het bestuurlijk akkoord
 - We wilden dit zelf
 - Onderliggende redenen
 - Grip uitgaven
 - Afbouw bedden beter voor de patiënt
 - Kostenverlaging met goede ambulante zorg
 - Gevolgen
 - Meer richten op participatie binnen behandeling, zelfmanagement en zelf regie
 - Gerichtheid op participatie in maatschappij
 - Gerichtheid op gezondheid i.p.v. ziekte
 - Minder naar SGGZ
 - Actuele vraag van patiënt in als leidend nemen
 - Tarieven aansluiten op inzet
 - Gebiedsgericht organiseren in netwerken en je opstellen als medebehandelaar
 - Attitude verandering
 - ICT verandering
 - Nog veel onbekende gevolgen
 - Huisarts afwezig bij totstandkoming
 - Wel bij voorbereidende akkoorden en bij uitwerking BA
 - HA zelf ook veel in beweging in alle vormen van zorg
 - HA steeds belangrijker
 - Ha anders georganiseerd, soms moeilijker betrekbaar
- Duurzame samenwerking
 - In 1^e lijn al langer bestaande duurzame samenwerking, in 2^e lijn (SGGZ) minder
 - Mogelijke redenen dat samenwerking met SGGZ moeilijk is
 - Moeilijke bereikbaarheid SGGZ
 - Weinig persoonlijke relaties
 - SGGZ is organisatorisch nog niet ingericht om makkelijk geconsulteerd te worden.
 - Arrogantie SGGZ, van binnen naar buiten kijken
 - Consultatief samenwerken wordt bemoeilijkt door attitude SGGZ vanwege cultuur en attitude: men is gewend totale verantwoordelijkheid te hebben
 - Overbehandeling licht op de loer, want patiënt wil het beste van het beste
 - Dit sluit aan op de neiging in de psychiatrie de patiënt de pampere en hem zo veel mogelijk zorg te geven
 - Organisatiebelang soms boven patiënt belang in geval dat continuïteit organisatie in geding is.
 - Spanningsveld tussen bestuurlijke visie en missie versus productietargets van tactisch management.
 - Samenwerken betekent soms verlies van inkomsten
 - Samenwerken op zichzelf wordt niet betaald
 - Consulteren brengt te weinig op, ik heb de hele patiënt nodig
 - Huidige financiering van de GGZ
 - Compartimentering van de markt laat zorgverzekeraars apart inkopen, verschuiving sub-doelgroepen goed ingekocht?
 - Indruk is dat geld achter de hand wordt gehouden

- Schadelast berekening staat voorop, verzekeraar staat hier niet inhoudelijk in
 - Iedereen is hierdoor verliezer, m.n. de patiënt
 - Te weinig financiële prikkel om samen te werken waarin resultaat wordt opgegeven ten bate van inhoudelijk samenwerken
 - Verwijzing door de huisarts naar andere (duurdere) echelons zal in de toekomst worden gereguleerd door quota
- Screeningsinstrument die “uniform” toeleidt is te star
 - doen afbreuk aan de eigen regie in het veld, op basis van wat patiënt vraagt
 - Verzet omdat deze wordt afgedwongen door verzekeraar
 - Is erg Nederlands om geen landelijk model te adopteren (i.t.t. Denemarken en Engeland), elke regio doet het op zijn eigen manier, we moeten niets
- Huisartsen komen kennis te kort om te voldoen aan nieuwe samenwerking
 - EPA en Jeugd.
- Hoe de samenwerking te bevorderen?
 - Heldere afspraken over wie doet wat
 - Echelons onderling aanvullend laten zijn
 - In gesprek met huisarts 1 gezicht tonen vanuit GGZ als geheel, ondanks dat strategische keuzes van instellingen anders zijn, BGGZ en SGGZ daarin op 1 lijn.
 - Goede inschatting van elkaars kennis tussen de echelons. Geen overschatting en onderschatting
 - Huisarts scholen in hoe EPA te behandelen
 - Goede kennis van de sociale kaart helpt te huisarts mogelijkheden te vinden bij de vraag van de patiënt.
 - Daarbij hoort ook de inzet van de gemeente op welzijn
 - Strategisch, tactisch en operationele laag neuzen zelfde kant op.
 - Targets voor tactisch management en operationeel niveau aanpassen op gekozen missie
 - Scholing operationeel niveau om veranderende taken uit te voeren
 - Betrekken tactisch en operationeel niveau bij ambitie over echelons heen
 - Minder bureaucratie leidt tot wendbaarheid
 - Verzekeraar neemt maatschappelijke verantwoordelijkheid om zo in te kopen dat er geen patiënten tussen wal en schip vallen.
 - GGZ NL pleit bij verzekeraar voor Inhoudelijke insteek naast de financiële insteek.
 - Verzekeraar biedt zorgbemiddeling in de regio
 - Financiële beloning van de intrinsieke inhoudelijke drive tot samenwerking: verzekeraar bevordert ketensamenwerking door bespaarde gelden terug te geven als innovatie.
 - Geef instellingen financiële experimenteer ruimte om samenwerking te ontwikkelen
 - Particuliere initiatieven tot samenwerking ruimte geven voor innovatie
 - Bekostigingsdeskundigen moeten voorstel doen hoe samenwerking te bevorderen om patiëntwaarde te verhogen. Er

moeten prikkels in het systeem komen om shared savings te realiseren.

- Populatiebekostiging zou samenwerking kunnen bevorderen en daarmee patiënt kunnen dienen
- Buurtzorg concept zou kunnen werken, sturing decentraler neerleggen
- Samenwerking ontwikkelen in een netwerk
 - Patiënt is niet lineair (keten), en netwerk past beter. Het maakt niet uit waar patiënt is om de juiste zorg te krijgen, ga uit van evidenced based zorg
 - Consultatief samenwerken bevorderen middels
 - Organisatie daarvoor inrichten, processen van organisaties aanpassen op elkaar in de keten
 - Attitude en cultuur van verschillende echelons aansluiting laten vinden op elkaar
 - Stop waar je niets meer te bieden heb
 - Persoonlijke relatie helpt elkaar te blijven vinden
 - Patiënt belang boven eigen organisatiebelang
 - Open houding om iemand mee te laten kijken van ander echelon, een andere organisatie (cultuur verandering in professionele verantwoordelijkheid per professional, per organisatie, per echelon). bestrijd met de open houding een mogelijke competitie binnen of tussen organisaties
 - Fysieke nabijheid bevordert netwerksamenwerking, bijvoorbeeld in vorm van Zorgboulevard
 - Samenwerking institutionaliseren in een juridische samenwerkingsvorm is niet de weg, dan wordt het duurder vanwege upcoding aan de voordeur
- Hoe veranderingen bewerkstelligen?
 - De keuzes zijn politiek keuzes, regelgeving is niet voldoende voor verandering.
 - Elkaar vinden op ideologisch niveau. Maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Alleen regelgeving en financiële prikkels (zo is altijd verandering ingezet) is niet genoeg
 - Meer verantwoordelijkheid bij de professional
 - Minder bescherming van de professional
 - Van buiten naar binnen kijken = denken in keten- en netwerk-visie en belangen
 - Lange termijn winst middels intrinsiek drive tot samenwerken laten prevaleren boven korte termijn winst van organisatiebelang voorop stellen.
 - Patiënt centraal stellen betekent gedeeltelijk opgeven autonomie en resultaat
 - Uiteindelijk heeft de patiënt het voor het zeggen in een verzekerd systeem, zijn stem is leidend. Deze stem leidend maken!
 - Financiële prikkel daarbij helpt
 - Populatiebekostiging kan een richting zijn, dat vraagt nog wel goede informatie over de populatie en die is nog niet voorhanden
 - Informatie vergaren over de populatie die in een keten bediend wil worden

- Urgentiebesef tot ontwikkeling en organisatie samenwerking onder alle partijen op zelfde niveau krijgen

3. Boomstructuur interview LHV

De stam = waarde creatie voor de patiënt in de samenwerking tussen de echelons in de nieuwe GGZ anno 2014.

De takken worden per bullit weergegeven.

Per bullit zijn verschillende zijtakken, weergegeven met streepjes.

- De afspraken m.b.t. de nieuwe marktsegmentering, het bestuurlijk akkoord (BA)
 - LHV kan zich vinden in verschuiving zorg naar “dicht bij huis”, dat past bij huisartsenzorg
 - Het LHV was niet betrokken bij totstandkoming BA, wel bij voorliggende akkoorden en uitwerking BA
 - In het nieuwe systeem verandert de taak van de huisarts inhoudelijk niet
 - De huisarts was altijd al spil in het netwerk
 - De huisarts was altijd al zorgaanbieder bij lichte psychische klachten, uitgangspunten zijn NHG richtlijnen
 - Verandering voor huisartsenpraktijk ten gevolge van BA:
 - Kan alleen verwijzen bij stoornis, voorheen ook psychische klachten
 - Administratieve lastenverzwaring
 - Extra logistieke activiteiten
 - Hierdoor meer patiënten in de praktijk
 - Huisarts is coach in breed behandeltraject
 - Terughoudend t.a.v. term regisseur. Deze rol kan ook iemand anders op zich nemen. De huisarts plaatst liever de patiënt in deze rol en zal de patiënt daarin coachen
 - Huisarts is net als voorheen goed in staat om toe te leiden naar GGZ aanbieders
 - NHG standaarden zijn daarin leidend
 - POH is ondersteunend aan HA voor probleemverheldering
 - Er is een bandbreedte in verwijzingen naar GGZ aanbieders
 - Huisarts kijkt breder dan alleen psychiatrische problematiek, bij indicatiestelling voor GGZ speelt ook overige problematiek een rol
 - Huisarts heeft voldoende kennis van GGZ om juist te verwijzen naar GGZ
- Problemen in samenwerking met GGZ
 - Ontbreken korte lijnen met psychiater, slechte bereikbaarheid
 - Ontbreken vanzelfsprekende samenwerkingsrelatie zoals in algemene gezondheidszorg, zoals met cardioloog
 - GGZ wordt als heel anders gezien als somatische sector
 - Andere manier van werken
 - Andere manier van organiseren, vb. verschil in sessietijden
 - Minder persoonlijke relaties
 - GGZ wordt ervaren als ivoren toren
 - Psychiaters moeilijk toegankelijk, zij acteren erg solistisch
 - Psychologen meer toegankelijk van oudsher
 - Verwijzen en terugverwijzen niet vanzelfsprekend, gaat niet soepel
 - HA zijn bang dat in het nieuwe systeem patiënten tussen wal en schip vallen, met name EPA:
 - Bij het korten van macro budget en beoogde verschuiving naar huisartsenpraktijk kan de huisarts niet iedere patiëntengroep direct overnemen, bijv. EPA

- Kennis te kort om medicatie over te nemen
 - Vooralsnog onvoldoende ketenafspraken bij decompensatie, als deze patiënten decompenseren in huisartsenzorg is inhoudelijke steun en toegankelijkheid van SGGZ nodig, deze is te vaak niet snel genoeg voorhanden. Zorg dicht bij huis betekent niet dat huisarts gehele zorg overneemt, er moet een netwerk worden georganiseerd, bijv. FACT.
- Verwijzen en terugverwijzen gaat niet vanzelfsprekend
- Onvoldoende tijd voor implementatie van nieuwe regelgeving. Er is tijd nodig om de samenwerkingsafspraken te maken, te implementeren en bij te stellen. Deze tijd is er niet.
- Hoe de samenwerking met GGZ te bevorderen?
 - Taak en functie afbakening HA-GGZ is belangrijk
 - Afspraken maken over verwijzen en terugverwijzen
 - Geen patiënten tussen wal en schip
 - Samen richtlijnen maken per patiëntengroep, bijv. EPA
 - Wie doet wat?
 - Afspraken maken over behandelverantwoordelijkheid
 - Bij overgang
 - Bij consultatie en samenwerken
 - Steun vanuit SGGZ in huisartsenzorg
 - Direct contact mogelijk maken, snelheid is cruciaal
 - Consultatie wanneer onvoldoende kennis binnen huisartsenpraktijk
 - bijvoorbeeld bij EPA
 - Snelle toegankelijkheid bij crisis garanderen
 - De HA wil de SGGZ ervaren als steun in de rug, saamhorigheidsgevoel, gezamenlijke ambitie
 - Persoonlijke relatie HA-GGZ, van professional naar professional, is gewenst
 - Continuïteit in wet- en regelgeving
 - Meerjarenafspraken, zodat bijv. echt geïnvesteerd kan worden in POH functie
 - Tijd krijgen voor uitwerking en implementatie
 - Samenwerking niet dichttimmeren met regels, maar richten op wederzijds begrip en snelheid
 - Oog hebben voor elkaars belang (bijvoorbeeld snelheid voor HA, verwijsbrief voor GGZ)
 - Geen wachtlijsten
 - Optimaliseren van operationele samenwerking
- voornaamste ambitie van LHV in samenwerking met GGZ?
 - goede huisartsenzorg neerzetten, met ondersteuning POH
 - poortwachtersrol in onafhankelijkheid vormgeven
 - voldoende capaciteit bieden om groeiende patiëntenstroom te bedienen
 - op- en afschalen van zorg wanneer nodig
- meest succesvolle vorm voor de samenwerking?
 - geen specifieke toekomstige vorm voor ogen, uitgaan van huidige situatie
 - beroepsgroepen dienen elkaar te vinden, inhoud is leidend, niet organisatievorm
 - doelmatigheid in de organisatie is belangrijk
 - dit was altijd al essentie van huisartsenwerk.
 - Vanwege kleine omvang HA-praktijk ook beter te organiseren
 - Poortwachterschap is gestoeld op doelmatigheid

- NHG richtlijnen zijn gestoeld op doelmatigheid
 - moet ook gelden voor hele ketensamenwerking,
 - als doelmatigheid leidend wordt voor ketenpartners, zullen hun organisatiebelangen waarschijnlijk ook minder spelen versus patiëntbelang.
- Netwerk boven keten
 - Niet te veel ketens per patiëntcategorie, door generalistisch karakter HA-zorg wordt dat te complex

4. Boomstructuur interview Achmea

De stam= waarde creatie voor de patiënt in de samenwerking tussen de echelons in de nieuwe GGZ anno 2014.

De takken worden per bullit weergegeven.

Per bullit zijn verschillende zijtakken, weergegeven met streepjes.

- De afspraken m.b.t. de nieuwe marktsegmentering, het bestuurlijk akkoord
 - Bestuurlijk akkoord kaders bewaken
 - Bewaker van het macro instrument
 - Geen groei van macro kader
 - Ambulantisering van de zorg
 - Grip op de uitgaven
 - Afbouw beddenscapaciteit
 - Kwalitatief hoogwaardige zorg
 - Lager kosten per patiënt
 - Verzekerden zijn het uitgangspunt
 - Juiste hoeveelheid zorginkoop per segment en per regio
 - Zorgorganisaties zijn middel geen doel
 - Vanaf 2015 en verder forse budgetverschuiving van SGGZ naar BGGZ en POH GGZ (Achmea/Agis en Uvit/VGZ)
 - Grootste verzekeraar per regio bepaald beleid van de regio
 - LP GGZ uitgangspunten zijn leidend in inkoop
 - Zorg dicht bij huis
- Duurzame samenwerking
 - Introductie screeningsinstrument/concept (Mirro, Vicino)
 - Efficiënt en doelmatige inzet van middelen
 - Juiste financiële middelen in de juiste echelon middels screeningsinstrument
 - Screeningsinstrument door GGZ en verzekeraar bepaald
 - Huisarts voelt zich niet betrokken en gehoord en hierdoor minder geneigd tot het gebruik van het screeningsinstrument
 - Uniforme gestandaardiseerde ketens
 - Regisseur is de huisarts i.v.m. relationele continuïteit. Elke patiënt heeft een huisarts.
 - Alle zorg terug naar de huisarts
 - Geen enkeltjes GGZ meer
 - Zoveel mogelijk zorg bij de (goedkopere) huisarts
 - Patiëntenbelang/verzekerdenbelang boven organisatiebelang
 - Organisatie is een middel en geen doel.
 - Verzekeraar heeft wel een belang in het voortbestaan van GGZ instellingen om zorg te kunnen verlenen i.v.m. zorgplicht van de verzekeraar

- Naadloze aansluiting in capaciteit tussen huisarts en GGZ
 - Continuïteit van zorgverlening voor de patiënt tussen de verschillende echelons
 - Inhoudelijke aansluiting middels zorgpaden tussen huisarts en GGZ
 - Zorg dicht bij huis
- Verzekeraar heeft dwingende (financiële) maatregelen ter bepaling waar patiënt in de keten zorg dient te krijgen.
 - EPA doelgroep in stabiele fase terug naar de huisarts-POH.
 - Duidelijke functiescheiding werkzaamheden huisarts en GGZ
 - Regionale inkleuring van de zorgverlening geaccepteerd
 - (financiële) bandbreedtes per marktsegment bepalen. Huisarts is generalist en belangrijke spil voor patiënt, maar kan niet alles zelf. Kwaliteit en ondersteuning dienen in eerste instantie vanuit POH-GGZ verleend te worden
 - Gebruik maken van selectieve inkoop (vanaf 2016)
 - Concentratie van specialisme (SGGZ)
- Juiste professional op juiste tijd van zorgvraag patiënt
 - Meer specialisatie van de SGGZ
- Een financieringsvorm voor de hele keten
 - Bevordering van de samenwerking
 - Verkleining van afbreukrisico tussen wal en schip patiënten
- Continuïteit in wet- en regelgeving
 - Consolideren van de transformatie komende jaren
- Behoud van klantkeuze voor zorgorganisatie
 - Geen BV Nederland voor de GGZ zorg dan is er geen keuze meer voor de patiënt.
 - Niet institutionaliseren
 - Niet elke patiënt is hetzelfde en past in hetzelfde model. Keuze voor type instelling is belangrijk per individuele patiënt
- Eenduidige visie over de echelons
 - Ambitie zorginstellingen
 - Belangen afstemmen
 - Gezamenlijke belangen klant centraal stellen
 - Investeren in samenwerking en meegaan in de ontwikkelingen van de aanbieders van GGZ zorg
- Veld is leidend in samenwerking, verzekeraar bepaalt de kaders speelveld.

