

Krimpen in volume, groeien in **kwaliteit?**

EEN GESPREK MET DRIE BESTUURDERS

De transities en transformaties die er aankomen of al van start zijn gegaan raken zorgorganisaties in verschillende sectoren. Om te horen wat er speelt in deze organisaties en hoe zij omgaan met de veranderingen in hun werkveld spraken wij drie bestuurders.

Door: P. van Splunteren en L. van de Steeg

Monique Kavelaars is lid van de Raad van Bestuur van Pluryn (waaronder De Hoenderloo Groep). Pluryn is een landelijk werkende organisatie voor specialistische zorg en behandeling aan mensen met complexe zorgvragen. Pluryn is actief op het gebied van gehandicaptenzorg en jeugdzorg.

Ruud Coenen is directeur van Ambulante Zorggroep Midden-Nederland en met Chiel Hutschmaekers en Paul Rijnders mede-initiator van het Indigo-concept in Nederland. Ambulante Zorggroep Midden-Nederland biedt ambulante, kortdurende, communitygeoriënteerde geestelijke gezondheidszorg en preventie.

Jan Coolen is directeur zorgondersteuning van Cordaan. Cordaan is een instelling in Amsterdam voor langdurige zorg voor ouderen, mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een chronische psychische aandoening.

De kern

Ruud: De kern van de transitie in de GGZ is dat er meer evenwicht komt in het zorgspectrum tussen nulde en derde lijn, zeg maar tussen preventie en supergespecialiseerde zorg voor de aller moeilijkste gevallen. De bestaande onevenwichtigheid wordt hersteld, omdat er met de komst van de generalistische basis GGZ (BGGZ), een middenveld wordt gecreëerd, dicht bij de burger en de gemeenschap waarin hij leeft, voor de behandeling op maat van veelvoorkomende mentale problemen.

Monique: De kern van de transitie in de jeugdzorg is dat je de financiële sturing in één hand krijgt. Daar kan iedereen denk ik alleen maar positief over zijn. Ingewikkeld is dat tegelijkertijd aan deze juridische verandering

een bezuiniging van toepassing is en tegelijkertijd een transformatie verwacht wordt. Wat mij betreft is de transformatie geslaagd als je ziet dat de cliënt centraal wordt gesteld: daadwerkelijk cliëntgericht werken en dus ook zo dicht mogelijk bij huis. Een risico is wel dat we nu én een bezuiniging én veranderde financiering in één keer moeten realiseren. Dat maakt het nodeloos ingewikkeld. Had die uit elkaar gehaald, dan had je dat allemaal zorgvuldiger kunnen doen en had er daadwerkelijk op basis van kwaliteit en dus effectiviteit kunnen worden ingekocht. Nu verdwijnen bij de inkoop de inhoudelijke ambities en staat kostenreductie voorop.

Jan: Voor mij is de kern van de transitie in de langdurige zorg gelegen in zorginnovatie. De transitie betekent met minder geld afdoende hulp bieden. Dat is vrij algemeen. Waar het in de zorginnovatie om gaat is de verschuiving naar 'community care'; naar hulp in en met gemeenschappen van mensen. We streven nu in onze regio naar meer onderlinge hulp via kringen van ouderen in plaats van louter individuerichte beroepshulp (die ook nodig is). De kern van de transitie is dus niet alleen maar een verplaatsing van intramuraal naar extramuraal, maar van individuerichte zorg naar zorg door en van de 'community'. Individuele professionele hulp blijft in veel gevallen nodig; er zijn grenzen aan informele hulp vanuit de familie of de mantelzorg.

Veranderingen in de organisatie

Ruud: We zijn al langer bezig met de veranderingen, dus voor ons zijn de implicaties van de transitie beperkt. Indigo bestaat al enige tijd en is voortgekomen uit de gedachte om zorg dichtbij en op maat aan te bieden.

Wat we nu vooral merken is een krimp in het volume, veroorzaakt door een driedubbele beweging. Ten eerste is er vanwege de crisis sprake van een autonome krimp in het zoeken van hulp, ten tweede blijven meer patiënten dan verwacht bij de huisartsenzorg (POH) en ten derde stoot de gespecialiseerde GGZ minder patiënten af dan verwacht. En wat je ook ziet is dat het volume bij de vrijgevestigde psychologen juist toeneemt. Zij profiteren blijkbaar van de uitbreiding van het aantal gesprekken en prestaties. Wij kunnen dus niet op onze lauweren rusten. Er zijn vooral op zorginhoudelijk vlak nog flink wat uitdagingen. Er zijn speciale zorgpaden nodig afgestemd op de doelgroep, we moeten meer doen aan e-mental health en het gebruik van apps. Voor de mensen met langdurende chronische problemen moeten we meer investeren in de ketenzorg. Dit betekent afspraken maken met de gespecialiseerde GGZ, met de wijkteams en met de POH en de huisarts over taakverdeling en terugkoppeling. Met al deze zaken zijn we op dit moment druk bezig.

Monique: Wij kijken in hoeverre wij de wijkteams kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld door deel te nemen aan een tweede ring om het team heen, de ring van specialisten. Of door direct te participeren in wijkteams in bepaalde gemeenten die niet opgezet zijn om direct zorg te verlenen, maar om te kijken welke zorg nodig is en door te schakelen. Wij proberen steeds onze expertise beschikbaar te stellen in een zo vroeg mogelijk stadium. Voor onze organisatie speelt vooral het vraagstuk: kan er daadwerkelijk eerder worden gesignaleerd dat er sprake is van complexe problematiek? Het idee bestaat dat die complexe problematiek door de inzet van wijkteams niet meer zou voorkomen. Als wij kijken naar de problematiek van de cliënten die zich bij ons aanbieden, dan is dat problematiek die niet een twee drie gaat veranderen op het moment dat er wijkteams zijn. Nu is het zo dat onze cliënten minimaal bij vijf andere organisaties zijn geweest en uiteindelijk bij ons terechtkomen. Als we dat kunnen vervroegen, kan het totale traject ook voor minder geld.

Jan: Een belangrijk gevolg van de transitie is natuurlijk dat er minder geld voor zorg beschikbaar is en minder geld leidt ertoe dat de organisatie krimpt, maar daar wil ik niet het accent leggen. Het gaat om drie interessante vraagstukken. Ten eerste: hoe ga ik de zorg beter organiseren in de driehoek: cliënt-professionele hulp-mantelzorg. Ten tweede: een verschuiving van solo naar samen, op basis

van netwerkzorg waarin organisaties samenwerken. Een voorbeeld ervan is het opzetten van een leerwerkbedrijf voor jongvolwassenen met een verstandelijke beperking. In plaats van de gebruikelijke dagactiviteit werken we nu aan een leerwerkbedrijf, waarin mensen kunnen rekenen op aansluiting tussen speciaal onderwijs, werkvoorziening, begeleid werk, arbeidsmatige dagactiviteit. Zo kunnen we kansen voor mensen verruimen. Ten derde verschuift de oriëntatie bij Cordaan van blijven helpen naar herstellen. In de pilots 'Anders denken, anders doen' legt de gehandicaptenzorg in Amsterdam, samen met de gemeente, een extra accent op mensen nieuwe vaardigheden aanleren, op weg naar meer zelfregie. In wijken van de stad doen we pilots waarin beroepskrachten – afgestemd met welzijn – daarvoor speelruimte krijgen. Je ziet in de pilots gunstige effecten, bijvoorbeeld afname van competitie tussen hulpverleners, meer samen optrekken, elkaar beter leren kennen terwijl men voorheen niet goed op de hoogte was van elkaar werk. En vooral: meer denken in resultaten voor mensen met beperkingen; zoals een betere gezondheid, meer kansen op meedoen, ergens bij horen ondanks veel beperkingen.

Tijdig doorverwijzen en topzorg bieden

Ruud: Ik vind dat wij in de BGGZ kwalitatief goed in staat zijn om de doelgroep te behandelen, maar dat de toegestane behandelduur voor ruwweg 25 procent van de doelgroep te kort is. Hierdoor zijn we genooddaakt deze



Jan Coolen

mensen door te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ, terwijl als wij meer gesprekken zouden kunnen aanbieden die verwijzing niet noodzakelijk zou zijn. Je merkt in de praktijk dat de prestatie Kort vooral in de huisartsenzorg en de POH plaatsvindt. De mensen met vooral lichte problemen komen niet bij ons. We zien vooral mensen met matig-ernstige problemen, maar een deel daarvan heeft intensievere begeleiding nodig dan wij kunnen bieden.

Een zorg voor de toekomst is het idee dat nu ontstaat om de niet-complexe psychische zorg in zijn geheel in de huisartsenzorg onder te brengen. Dat zou een verkeerde keuze zijn, omdat mensen met psychische problemen dan niet de juiste behandeling krijgen terwijl die er wel is. Je hoort nu signalen dat mensen naar de POH gaan niet om inhoudelijke redenen, maar om financiële redenen, om zo de betaling van het eigen risico uit te stellen. Hier gaat het ook om mensen met 'DSM-problematiek', zorg die volgens de nieuwe regels juist thuis hoort in de BGGZ. En die mag dan wel worden gegeven in de huisartsenzorg? Dat is meten met twee maten.

Monique: Enorme uitdaging voor de jeugdzorg is wat mij betreft hulp zo dicht mogelijk bij huis bieden, maar tegelijkertijd zo vroeg mogelijk signaleren en de expertise erbij halen die de cliënt vanuit de zorgvraag nodig heeft. De Hoenderloo Groep heeft juist die expertise voor de complexe problematiek en daar zit ook wel de zorg. We weten dat de druk op de wijkteams om succesvol te zijn groot is. En we weten ook dat hulpverleners vanuit hun vak minder opgeleid en groot geworden zijn met de afbakening van grenzen. Wat mij betreft erkennen we dat de wijkteams heel goed zijn voor de lichte problematiek, maar erkennen we ook dat als de problematiek zwaarder blijkt het nodig is tijdig zwaardere zorg in te zetten. Want alleen zorg thuis is niet voor elke cliënt of situatie het beste. Om dit te waarborgen per januari moeten denk ik nog stevige stappen worden gezet. Doen we dat niet, dan zien wij het somber in: zonder tijdig doorverwijzen wordt het traject dat een jongere doorloopt alleen maar langer.

Jan: Ik zie dat we bij de omvorming van de langdurige zorg in hoofdzaak moeten werken aan drie dingen:

1. Er blijft behoefte bestaan aan vakmensen in de zorg. Mensen die hun vak verstaan, deskundig zijn in het omgaan met deze doelgroepen in de langdurige zorg. De instelling moet ervoor waken dat die mensen er zijn.



Monique Kavelaars

2. Amsterdam, maar ook andere gemeenten, legt een groot accent op sociale wijknetwerken, waar alle ambulante hulp wordt samengebracht; denken in doelgroepen wordt afgeschreven. Wij vinden dat samen met de nadruk op 'wijkgericht' juist het netwerk van zorg rond een doelgroep aandacht moet hebben. Zoals de samenhang van dingen voor een gezin met een gehandicapt kind, of ketenzorg bij mensen met dementie. Het zijn in feite twee organisatieprincipes die beter in balans moeten zijn. De wijk is niet alles.
3. Analooq aan de ontwikkelingen in het medisch circuit rondom topklinische zorg moet in de langdurige zorg topzorg worden gegeven voor specifieke groepen. Denk aan de 500 kinderen met ernstige meervoudige beperkingen in onze regio, denk aan ouderen met zeer ernstige somatische aandoeningen die nog thuis wonen.



Ruud Coenen

Instellingen zouden daarop krachten moeten bundelen in allianties om deze vorm van topzorg te kunnen bieden. Anders gezegd: naast 'wijk' werken aan regionale expertisecentra.

Kansen zien

Ruud: We moeten met z'n allen op zoek gaan naar de flexibiliteit in het systeem. Laat het veld de mogelijkheden verkennen om met elkaar goede zorg te leveren en niet de kaders vast te timmeren zonder te letten op overlap en grensverkeer. De mogelijkheden van ICT over de verschillende echelons moeten echt worden verkend en ontwikkeld. En tot slot vind ik dat we onze uiterste best moeten doen om de mogelijkheden van zelfzorg en coping te versterken in onze aanpak. Ik zou bestuurders in de hele GGZ willen oproepen de basis GGZ werkelijk als hun belang te zien en niet vanuit het defensief te reageren. Bestuurders in de BGGZ zou ik willen zeggen: 'KOP OP, even door de zure appel heen bijten'.

Monique: Ik vind de transitie een kans om echt cliëntgericht werken te realiseren. We zeggen allemaal dat we dit doen, maar we kunnen

meer nadrukkelijk luisteren naar de cliënt: wat is daar de behoefte? En dan is er nooit behoefte aan afhankelijkheid, maar aan participatie. En daar moeten we aan werken. Laten we als zorgorganisaties ook niet uitgaan van concurrentie, maar van kwaliteit van zorg en het erkennen van elkaars kwaliteiten, dan komen we een stap verder.

Jan: Laten we het speels houden. De toon is soms te zorgelijk en zwaar. We moeten meer het accent leggen op: het kan echt wel anders. Probeer dat elkaar voor te houden en zet in op leren van elkaar. Een goed voorbeeld is een landelijk programma als 'In voor zorg', dat inzet op leren van elkaar en op ontwikkeling van goede effectieve zorg. In internationaal perspectief hebben wij ook straks nog een heel fatsoenlijk pakket langdurige zorg. Het gaat eigenlijk om een bescheiden verandering die zeker lastig is, maar tegelijk juist kansen biedt voor nieuwe vormen van zorg, organisatie en samenwerking.

Informatie over de auteurs

Peter van Spluneren is senior wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut en redacteur van het tijdschrift KIZ.

Lotte van de Steeg is onderzoeker bij het NIVEL en redacteur van het tijdschrift KIZ.

Ontwerp, test en lever wat klanten echt willen!

Dit handboek helpt je om stap voor stap:

- de patronen van waardecreatie te begrijpen
- je huidige waardeproposities te verbeteren en nieuwe te ontdekken
- jouw team te voorzien van dezelfde taal en manier van werken
- de kans op falen van producten en diensten te beperken

Bestel nu: www.overmanagement.nl/shop

Waarde Propositie Ontwerp van Alexander Osterwalder
Het vervolg op Business Model Generatie
Meer dan 1 miljoen exemplaren in 30+ landen

