

Zorggroepencongres 2016

Wat is de toekomst van zorggroepen? Dat was de centrale vraag tijdens het Zorggroepencongres op 8 en 9 december in Maastricht. Bestuurders van zorggroepen en andere stakeholders gingen naar aanleiding van presentaties met elkaar in conclaaf. De conclusie: zorggroepen gaan zich – naast de taken die zij al hebben – bezighouden met GGZ en ouderenzorg.

In 2016 hebben Guy Schulp en Jan Erik de Wildt hun visie op de toekomst van zorggroepen opgesteld¹. Mede op basis daarvan is binnen InEen een discussie met de leden gestart. Daarin hebben ook de plannen omtrent de bekostiging van de Organisatie & Infrastructuur (O&I) een plek. Dit congres paste in het proces om de visie verder vorm en inhoud te geven. Daarbij zijn twee actuele, maatschappelijke vraagstukken als basis genomen: GGZ en ouderenzorg. Bij beide vraagstukken waren stelselwijzigingen aan de orde, die effect hadden op de organisatieontwikkeling in de eerstelijnszorg.

GGZ

In de GGZ is een bestuurlijk akkoord gesloten², waarbij door alle betrokken partijen is afgesproken dat dertig procent van alle intramurale bedden gesloten zullen worden, patiënten vaker

ambulant behandeld zullen worden en ook patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) vaker thuis zullen wonen. In alle gevallen betekent dat een extra beroep op de eerstelijnszorg: huisartsen, praktijkondersteuners GGZ en psychologen. Dat dit een verandering van de werkwijze vereist, werd pijnlijk duidelijk gemaakt door Jim van Os, psychiater en coauteur van het boek Goede GGZ. Hij bracht in beeld dat op basis van de huidige diagnosestelling 24 procent van alle Nederlanders jaarlijks een GGZ-indicatie heeft, terwijl voor slechts zestien procent budget beschikbaar is. Verreweg het meeste geld gaat naar de intramurale specialistische GGZ en die wordt nu juist fors afgebouwd. Van Os pleit voor een generalistische benadering in de GGZ en de visie om vanuit de kracht van patiënten te denken, in aansluiting op het concept van Positieve Gezondheid. Daarbij kan

de GGZ in wijken en buurten worden ingezet en nadrukkelijk worden samengewerkt met de eerstelijnszorg en het sociale domein. Met als doelstelling symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Ouderenzorg

In de ouderenzorg zijn de effecten mogelijk nog groter. In enkele jaren tijd zijn circa 160.000 verpleeg- en verzorgingshuisbedden afgebouwd tot circa 100.000 verpleeghuisbedden. Ofwel een beddenreductie van zo'n veertig procent. Jos Schols, specialist ouderengeneeskunde, schetste de verandering van tijdperk: van institutionele zorg naar zorg thuis. Een complex speelveld met gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars, mantelzorg, zorgprofessionals en – last but not least – patiënten en familie zelf, die op basis van het verleden een totaal ander verwachtingspatroon hebben. Met veel eigen verantwoordelijkheid voor ouderen zelf én een forse toename van die groep. Voorspeld wordt namelijk dat de vergrijzing in Nederland tot 2040 duurt, wat resulteert in een verdere groei van het aantal ouderen en chronisch zieken en een afname van het aantal beschikbare arbeidskrachten. Dit onderstreept de noodzaak tot veranderingen. Deze ouderen blijven immers langer thuis en doen een beroep op de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

Organiseren

Hoe organiseer je dit nu vanuit het perspectief van de eerstelijnszorg in zijn algemeenheid en zorggroepen specifiek? In tegenstelling tot de programmatische





De deelnemers aan het Zorggroepencongres gingen met elkaar in gesprek over thema's die werden geagendeerd door de sprekers.

zorg in somatische cardiovasculaire- of longprogramma's, zijn GGZ en ouderenzorg netwerkzorg. Met als kenmerk een grillig en onvoorspelbaar verloop en wisselende partijen die deelnemen in het netwerk. Wilfrid Opheij beschreef in zijn presentatie de logica van samenwerking in een netwerk, dat gebaseerd is op wederzijdse afhankelijkheid en beïnvloeding.

Zorggroepen zijn bij uitstek geschikt om als gemandateerde vertegenwoordigers van de huisartsenpraktijken te participeren in dergelijke netwerken. Er zijn ook al zorggroepen die hiermee concrete ervaringen hebben. Daarnaast legde Opheij het verband met de reguliere huisartsenzorg. Hij constateerde dat het aspect 'schaal' ertoe doet bij het bepalen van de organisatie.

Veranderen

In de somatische zorgprogramma's is de ontwikkeling naar persoonsgerichte zorg onmiskenbaar. Dat sluit uitstekend aan bij de GGZ en ouderenzorg, waarbij gezien het grillige en onvoorspelbare verloop altijd sprake is van een individueel proces. Dit betreft een verandering qua werkwijze op patiëntniveau, die zorggroepen faciliteren. Het samenwerken in netwerken vraagt ook een verandering. Het congres werd afgesloten met een inspirerende presentatie

van Arend Ardon over de wijze waarop professionals in beweging komen. Proactief op basis van geloof, vertrouwen en stapsgewijs proefondervindelijk in plaats van reactief op basis van feiten, cijfers en angst. Zorggroepen zijn vormen van samenwerkende professionals en verantwoordelijk voor het faciliteren van dit proactieve proces.

Zorggroepen zijn bij uitstek geschikt om namens huisartsenpraktijken te participeren in netwerken voor GGZ en ouderenzorg

Tot slot

Zorggroepen zijn gestart vanuit kwaliteitsexperimenten voor diabeteszorg in 2005. Door de bekostiging hebben zorggroepen een grote vlucht genomen en is er inmiddels een landelijke dekking. Daarbij nemen zorggroepen ook een eigen positie in ten opzichte van andere stakeholders, zoals ziekenhuizen, GGZ, thuiszorg en gemeenten. Vanuit zorgverzekeraars wordt er soms openlijk getwijfeld aan de effectiviteit van zorggroepen, vooral op het gebied van

substitutie. Dat is echter voor 99 procent het gevolg van de complexiteit en ondoorzichtigheid van de ziekenhuissector en de daarbij behorende inkoopresultaten van zorgverzekeraars³. Zorgverzekeraars moeten dus ook de hand in eigen boezem steken. Hun scepsis is voor een deel te verklaren vanuit de discussies over mandaat, compliance, resultaten en governance. Toch is het logisch om de samenwerking in de eerstelijnszorg via zorggroepen van huisartsen te stimuleren, vanwege hun spilpositie in de eerstelijnszorg, de vertrouwenspositie naar patiënten en het feit dat huisartsen de enige zorgdiscipline vormen die niet of nauwelijks concurreert. Dat de verbinding naar het sociale domein en netwerkzorg door zorggroepen verder moet worden doorontwikkeld, is door henzelf bevestigd tijdens het Zorggroepencongres. <<

Tekst:

Guy Schulpen, ZIO

Jan Erik de Wildt, De Eerstelijns

¹ De Eerstelijns, Schulpen en de Wildt, september 2016

² Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014 – 2017, Rijksoverheid juli 2013

³ de complexe onderhandelingsarena van ziekenhuizen, De Eerstelijns januari 2016