

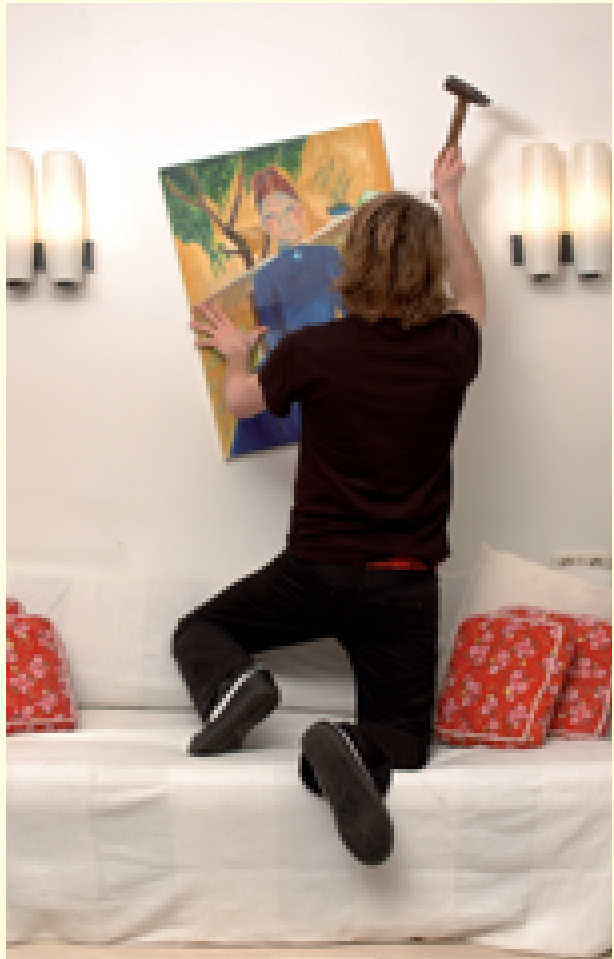
Een gezamenlijke klus

Samenwerken aan een sterke eerstelijns-GGZ



Versterking van de eerstelijns-GGZ

In de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werken huisarts, eerstelijnspsycholoog, algemeen maatschappelijk werker en sociaal-psychiatisch verpleegkundige aan hetzelfde doel: hun patiënt of cliënt zo goed mogelijke hulp bieden. Op het eerste gezicht lijkt het vrij simpel: de lichtere en goed te behandelen psychische problematiek hoort in de eerste lijn en daarbinnen heeft ieder zijn eigen specialiteit. De huisarts is er voor medische problemen, de maatschappelijk werker voor psychosociale en de eerstelijnspsycholoog voor intrapsychische problemen. En de sociaal-psychiatisch verpleegkundige is voor consultatie en de verbinding met de tweede lijn.



Zo eenvoudig pakt het in de praktijk meestal niet uit. In de eerste lijn komen veel mensen met complexe problemen die niet willen of kunnen worden doorverwezen naar de tweede lijn. Tegelijkertijd is het de trend mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en taken van de tweede naar de eerstelijnsgezondheidszorg te verschuiven. Hierdoor neemt de vraag om GGZ-hulp in de eerste lijn almaar toe. Ook de vele raakvlakken tussen de werkzaamheden en cliënten van de verschillende beroepsgroepen maken de situatie niet helderder. De meeste problemen van cliënten kennen meerdere kanten – materieel, psychisch én medisch – en zijn niet zo gemakkelijk onder te verdelen.

Hulpverleners kunnen, als zij de beste zorg op maat willen bieden, niet zonder goede samenwerking. Versterking van de samenwerking is daarom belangrijk. En dat vereist regiocoördinatie waarbij ook regionale organisaties zijn betrokken, zoals het algemeen maatschappelijk werk, de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS), de Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEP) en de GGZ-instellingen.

Zorgbehoefte en zorggebruik

Per jaar rapporteren 235 van de 1000 volwassenen tussen 18 en 65 jaar een psychische stoornis. Met name angststoornissen, stemmingsstoornissen en alcoholmisbruik en -afhankelijkheid komen vaak voor. Van de 235 mensen roepen 64 mensen de hulp in van de eerstelijnsgezondheidszorg. 36 stromen door naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg en 6 komen in de semimurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg terecht. Of mensen hulp zoeken, hangt sterk af van de aard van de stoornis en het aantal stoornissen.

Bron: W.A.M. Vollebergh, R. de Graaf et al. (2003) *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS*.

Utrecht: Trimbos-instituut.

Landelijke stimuleringsprojecten

De afgelopen jaren zijn verschillende landelijke projecten gestart om de samenwerking in de eerstelijns-GGZ te versterken. De drie projecten, Diabolo, Korte Lijnen en Tussen de Lijnen, gaan uit van een bottom-upbenadering en proberen zo veel mogelijk aan te sluiten bij concrete zaken die in de praktijk spelen.

Diabolo

Het Diabolo-project (in 2005 afgerond) initieerde, ondersteunde en faciliteerde lokale samenwerkingsinitiatieven op het terrein van de eerste- en tweedelijns-GGZ. Het

ging daarbij om maatwerk, samenwerking gebaseerd op de gevoelde behoefte aan ondersteuning bij betrokken beroepsbeoefenaren.

Korte Lijnen

Korte Lijnen (ook in 2005 afgerond) richtte zich op verbetering van de samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ door in pilotregio's producten, samenwerkingsmodellen, stappenplannen en invoeringsrichtlijnen te ontwikkelen en vervolgens breed te verspreiden.

Steunpunt Tussen de Lijnen

Het Steunpunt Tussen de Lijnen ondersteunde (tot 2006) GGZ-consultatieprojecten door informatie te verstrekken, de uitwisseling van ervaringen te bevorderen en consultatieactiviteiten in het kader van de GGZ-consultatierегeling te monitoren.

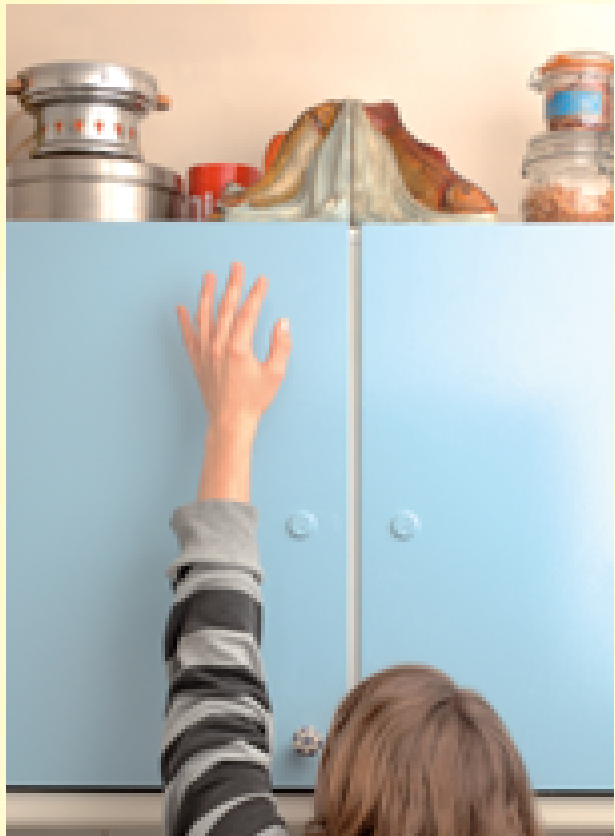
Bouwstenen voor samenwerking

De landelijke projecten hebben de bouwstenen voor verbeterde samenwerking ontwikkeld. De opgedane inzichten en ontwikkelde producten zijn de afgelopen jaren verspreid in het veld en worden nu, met deze brochure en de website www.eerstelijns-ggz.nl, samengebracht en toegankelijk gemaakt voor de regio's. Want een duurzaam samenhangend zorgaanbod, gericht op de juiste hulp op de juiste plaats, komt alleen tot stand met continue coördinatie en ondersteuning van regionale multidisciplinaire samenwerking.

■ Samenwerking is niet alleen in het belang van de cliënt. Als je iemand met een gerust hart kunt doorverwijzen of even met een andere beroepsgroep kunt overleggen, dan is dat ook voor jou als hulpverlener prettig. Het geeft goedmoedsrust en voldoening.
huisarts

■ Het gaat erom de samenwerkingsmethodes zo eenvoudig mogelijk neer te zetten. Ze moeten een gewoon onderdeel van het werk kunnen worden.
regiocoördinator

Deze brochure geeft samen met de website een beeld van wat samenwerking in de eerstelijns-GGZ kan betekenen en hoe het aangepakt kan worden. Het is een handzame blik op de mogelijkheden, beperkingen en hulpmiddelen van samenwerking en is bestemd voor middenkader, samenwerkingscoördinatoren, hulpverleners en anderen die betrokken zijn bij een sterke eerstelijns-GGZ. De diverse voorbeelden van inventarisaties, evaluaties, checklists, samenwerkingsafspraken, formulieren, verwijsschema's, sociale kaarten, enzovoort kunnen het veld op ideeën brengen, maar kunnen ook direct (op maat) worden toegepast. Centraal staat dat samenwerking altijd in het belang moet zijn van alle betrokkenen, zowel de verschillende beroepsgroepen als de cliënt. Duidelijk is ook dat grootschalige bureaucratische procedures onnodig zijn. Meestal gaat het om kleine ingrepen die verrassend veel effect hebben.



1. De meerwaarde van samenwerking

Huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen hebben ieder hun eigen opvattingen en belangen. Ondanks hun verschillende opvattingen, streven de hulpverleners in de eerste lijns geestelijke gezondheidszorg grotendeels hetzelfde na: de best mogelijke zorg voor de cliënt / patiënt. Goede samenwerking kan hen daarbij helpen.



■ De eerstelijnspsycholoog wil weten dat de huisarts haar zal steunen en niet zelf aan de slag gaat of naar een ander doorverwijst. De huisarts wil op zijn beurt effectiever en sneller kunnen doorverwijzen.
regiocoördinator

Wat levert samenwerking op? De top vijf...¹

volgens meer dan driekwart van de huisartsen:

1. meer vertrouwen in de hulpverleners in de eerstelijns-GGZ
2. patiënten beter kunnen doorverwijzen
3. betere communicatie tussen de huisarts en andere hulpverleners in de eerste lijn
4. beter inzicht in het hulpaanbod in de eerste lijn
5. meer continuïteit in de zorg

volgens meer dan driekwart van de eerstelijns-psychologen:

1. betere communicatie met de andere hulpverleners in de eerste lijn
2. verbetering van de beeldvorming van hulpverleners in de eerste lijn
3. meer continuïteit in de zorg
4. beter inzicht in het hulpaanbod in de eerste lijn
5. meer vertrouwen in de hulpverleners in de eerstelijns-GGZ

volgens meer dan driekwart van de algemeen maatschappelijk werkers:

1. betere communicatie tussen de huisarts en andere hulpverleners in de eerste lijn

¹ De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige ontbreekt in de opsomming omdat deze beroepsgroep geen deel uitmaakte van het Korte Lijnen-evaluatieonderzoek, de bron van deze gegevens.



Ik word als huisarts voor van alles gebeld, zoals door ouders die in paniek zijn omdat hun puberzoon is weggelopen. Vroeger kon ik niets anders doen dan even luisteren. Nu weet ik dat ik ook het algemeen maatschappelijk werk kan inschakelen en kan ik zulke mensen beter helpen.
huisarts



In het begin wilde de eerstelijnspsycholoog niets van mij weten. Ze zag mij als concurrent. Maar nu belt zij mij met vragen over medicijngebruik en ik bel haar als ik vragen heb over traumaverwerking.
sociaal-psichiatrisch verpleegkundige

2. meer mogelijkheden voor gezamenlijke behandeling in de eerste lijn
3. patiënten beter kunnen doorverwijzen
4. verbetering van de beeldvorming van hulpverleners in de eerste lijn
5. meer deskundigheid bij het signaleren en diagnosticeren van psychische problematiek

Bron: C. van der Veen en I. Voordouw (2006). *Korte lijnen langs de meetlat: versterken van de samenwerking in de eerstelijns-GGZ*.
Utrecht: Trimbos-instituut/NIZW.

Kwaliteitswinst

Goede samenwerking en overleg in de eerstelijns-GGZ kunnen de kwaliteit van de zorg verbeteren in alle stadia van de hulpverlening; van eerste verwijzing tot bijstelling van het hulpverleningstraject.

Weten wat de mogelijkheden zijn

Wie overlegt en samenwerkt, kent de verschillende mogelijkheden beter. De maatschappelijk werker die met eerstelijnspsychologen werkt, weet dat zij cliënten kan doorsturen voor tests, zoals een geheugentest. Eerstelijnspsychologen die het aanbod van het algemeen maatschappelijk werk kennen, verwijzen hun cliënten door naar gespreksgroepen die hen kunnen helpen bij bijvoorbeeld het verwerken van hun verlieservaringen. Huisartsen die de specialismen van eerstelijnspsychologen kennen, werken niet met de psycholoog die zij toevalig kennen of met wie het klikt, maar verwijzen door naar de juiste specialist.

■ Soms staat er iemand voor mij met, bijvoorbeeld, rugklachten die niets meer kan zeggen dan: 'De dokter vond dat ik met u moest gaan praten.' Dan ben ik blij als de huisarts de verwijzing al met mij heeft besproken.

algemeen maatschappelijk werker

■ Ons werk overlapt deels, maar we hebben ook ieder ons eigen expertise. Daarom moeten we taken duidelijk verdelen en goed samenwerken. Stel de huisarts heeft ouders die aan het einde van hun Latijn zijn vanwege een kind dat waarschijnlijk ADHD heeft. De psycholoog kan dan de diagnose stellen, de huisarts kan medicijnen voorschrijven en de maatschappelijk werker kan de ouders omgangstips geven. Als wij elkaar niet spreken, modderen we allemaal alleen aan of lopen we elkaar voor de voeten en dat is niet in het belang van de cliënt.

eerstelijnspsycholoog

Voldoende informatie

Veel problemen ontstaan door gebrekkige informatie-uitwisseling. Als hulpverleners meer samenwerken, weten zij eerder van elkaar dat zij dezelfde persoon behandelen, begrijpen zij beter waarom iemand is doorverwezen en beschikken zij over voldoende informatie, bijvoorbeeld over medische klachten.

Elkaar niet in de weg zitten, maar aanvullen

Er zijn veel raakvlakken tussen de werkzaamheden van de verschillende hulpverleners. Dat maakt afstemmen des te belangrijker. Wie wat het beste kan, is afhankelijk van de deskundigheid van de individuele hulpverleners en van de problemen die zich aandienen. Dit kan verschillen per locatie.





Doordat de huisarts nu consequent het verwijfsformulier gebruikt, weet ik wat van mij verwacht wordt en ben ik niet meer zoveel tijd kwijt aan er achter komen waarom iemand is doorverwezen.
eerstelijnspsycholoog



De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige neemt sinds kort deel aan onze intake-gesprekken. Vanuit zijn deskundigheid helpt hij bepalen wat de beste lijn is voor de cliënt. Hierdoor werken wij efficiënter, wat de wachtlijst ook helpt verkorten.
algemeen maatschappelijk werker



Het kost tijd, maar straks win je tijd als die patiënt met hoofdpijn niet om de haverklap in je spreekkamer verschijnt. Mensen gaan na behandeling door een psycholoog namelijk minder vaak naar de huisarts. Wil je als arts minder werkdruk, dan moet je efficiënt doorverwijzen.
huisarts

Tijdwinst en werkdrukvermindering

Hulpverleners in de eerstelijns-GGZ hebben het al druk genoeg. Vaak zijn zij daarom niet al te happig op meer overleg of samenwerking. En ze hebben deels gelijk, want samenwerking kost tijd. Maar op termijn levert het ook tijdwinst en werkdrukvermindering op. De huisarts ervaart, bijvoorbeeld, minder druk omdat hij verantwoordelijkheden kan delen of zelfs kan overdragen aan anderen.

Met ketenzorg een sterke marktpositie

Cliënten met psychische klachten hebben vaak hulp nodig van diverse hulpverleners. Dit maakt hulpverleners, willen ze goede zorg bieden, van elkaar afhankelijk. De huisarts die vanwege onbekendheid met andere hulpverleners zijn patiënten niet doorverwijst, blijft zelf hulp bieden of blijft zoeken naar alternatieven. Samen de zorgketen organiseren en er afspraken over maken, verbetert de kwaliteit van ieders werk en versterkt ieders positie tegenover de financiers. De financiers van de zorg, de zorgverzekeraars en gemeenten hebben namelijk belang bij goed georganiseerde, efficiënte en toegankelijke zorg en duidelijk omschreven producten die ze kunnen inkopen.

Door de vele wijzigingen in de financieringssystematiek van zorg en welzijn nemen marktwerking en concurrentieverhoudingen tussen verschillende aanbieders toe. Zo spelen sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en arboartsen al een rol in de eerstelijns-GGZ. Die concurrentie-

druk zal in de toekomst alleen maar toenemen en maakt het des te belangrijker dat zorgverleners zich goed kunnen profileren en de samenwerking blijven zoeken. Samen kunnen hulpverleners in de eerstelijns-GGZ sterker optreden in de zorgmarkt.

2. Succesfactoren en aandachtspunten

Hulpverleners in de eerstelijns-GGZ hebben weinig tijd, ervaren veel tijdsdruk en kampen met hun eigen zorgen en belangen.

Toch ontwikkelen zij in sommige regio's zeer succesvolle samenwerkingsverbanden waar zij allemaal baat bij hebben. Bepaalde factoren stimuleren succesvolle samenwerking, met andere moet rekening worden gehouden.



■ Ze zagen ons nog als wollige types die niets anders doen dan mensen met financiële problemen helpen. Nu weten ze dat wij veel meer te bieden hebben.

algemeen maatschappelijk werker

■ De maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen reageerden eerst defensief, alsof ik hun werk kwam afpakken. Nu ze mij beter kennen, weten ze wat mijn expertise is en dat we elkaar aanvullen.

sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

■ De maatschappelijke werkers en eerstelijnspsychologen dachten in het begin: o nee, de huisarts, dat wordt niets, die heeft toch geen tijd. Ze gingen er bij voorbaat van uit dat ik niet wilde meewerken.

huisarts

Bekendheid met de ander

Persoonlijke kennismaking en een heldere bespreking van ieders hulpaanbod, mogelijkheden en verwachtingen leggen een onmisbare basis voor samenwerking. De verschillende disciplines in de eerstelijns-GGZ zien het voordeel van samenwerking namelijk gemakkelijker in als zij elkaar, elkaars aanbod en elkaars deskundigheid kennen. Terwijl onbekendheid met de ander vaak leidt tot weerstand tegen samenwerking, vooral bij onjuiste negatieve beeldvorming.

Betrokkenheid en nabijheid

In samenwerking gaat het vooral om een coöperatieve, constructieve houding en elkaar benaderen in een sfeer van gelijkwaardigheid. Maar sommige uitvoerend medewerkers zijn niet gewend zich goed te profileren en nemen een afwachtende houding aan. Anderen zijn weer te veel gericht op de eigen vragen en belangen. Daarom is het belangrijk situaties te scheppen waarin hulpverleners in de juiste sfeer informatie uitwisselen. Dit bevordert niet alleen onderling begrip en respect voor elkaars werkwijze, maar ook enthousiasme om mee te denken en mee te werken aan versterking van de samenwerking.

Afstemming en samenwerking komen makkelijker van de grond als hulpverleners ervaring hebben met samenwerking en als meerdere disciplines onder één dak werken, al is dat nog geen vanzelfsprekendheid. Ondersteuning van de samenwerking blijft belangrijk.

■ Deze huisarts is geweldig. Hij overlegt echt met mij en vraagt om advies, in plaats van te doen alsof ik een bediende ben aan wie hij een opdracht geeft.
eerstelijnspsycholoog

■ De samenwerking met de huisarts kost de minste moeite omdat wij in hetzelfde gebouw zitten. We komen elkaar elke dag tegen en bespreken veel dingen in de wandelgangen. Met andere hulpverleners moet je een afspraak maken en dat vormt een drempel, zeker als het om iets kleins gaat.
sociaal-psychiatrisch verpleegkundige

■ Er komt zo veel op mij af en dan moet ik ook nog met Jan en Alleman overleggen. Dat wil ik wel, maar dan maken de anderen er een gezellig theebransje van en daar heb ik echt geen tijd voor.
huisarts



Voldoende tijd

Samenwerking is een groeiproces. Mensen moeten elkaar leren kennen. Vertrouwen en begrip moeten groeien. Oude gewoontes moeten worden afgeleerd en nieuwe worden aangeleerd. Dat kost tijd. Daarom is rekening houden met wachtlijsten en werkdruk ook belangrijk. Als hulpverleners daar niet open over communiceren, kunnen wachtlijsten en werkdruk namelijk leiden tot onbegrip en irritatie.

Praktijkgerichtheid

Samenwerking werkt alleen als het vrijwillig gebeurt en hulpverleners zelf het belang ervan inzien. Dat betekent dat samenwerking het beste van onderaf tot stand komt, uit de wensen, belangen en behoeften van de hulpverleners zelf. Dit vereist kleinschaligheid.

■ Je moet niet groter willen werken dan wijk- of dorpsniveau. Mensen moeten elkaars namen en gezichten kennen, het moet overzichtelijk blijven.
regiocoördinator

■ Het moet uit de mensen zelf komen en niet van hogerhand worden opgelegd. Mensen houden zich vaak alleen aan afspraken die zij zelf hebben gemaakt.
regiocoördinator

Allerlei instrumenten en protocollen, zoals verwijzingsformulieren en telefoonlijsten, kunnen samenwerking bevorderen, zeker als zij aansluiten bij de wensen van de verschillende hulpverleners. Daarbij geldt: hoe eenvoudiger de instrumenten, des te beter zij werken. Ingewikkelde en tijdrovende instrumenten worden niet gebruikt en maken dat mensen sneller afhaken.

Veel hulpverleners zien de meerwaarde van samenwerking pas in als zij het 'aan den lijve' ondervinden. Daarom kunnen nieuwe samenwerkingsafspraken het beste eerst als experiment uitgeprobeerd worden. Dat geeft hulpverleners de kans zelf te ervaren wat de afspraken opleveren. Daarnaast kan veel weerstand worden weggenomen door het aantal overlegmomenten tot een minimum te beperken en aan te sturen op concrete resultaten, zoals sociale kaarten.

Een gezamenlijke visie

Samenwerking heeft veel meer kans van slagen als de partners een gezamenlijke visie delen. Maar dat alleen is niet voldoende, het is ook belangrijk dat iemand zich duidelijk probleemeigenaar voelt van het beleid ter versterking van de eerstelijns-GGZ. Iemand moet verantwoordelijk zijn voor het onderhouden van contacten. Zonder probleemeigenaar brokkelen de opgebouwde relaties vaak weer langzaam af.

Aansluiten bij veelvoorkomende problemen

Door samenwerkingsafspraken direct te koppelen aan de behandeling van veelvoorkomende problemen, krijgen samenwerkingsafspraken meteen betekenis. Dit kan door gezamenlijke behandelprogramma's te ontwikkelen, bijvoorbeeld voor depressie. Hiermee kan ook een brug worden geslagen naar de gespecialiseerde GGZ en naar consultatieprojecten.

Aandacht voor verschillen in financiering en organisatiestructuur

De verschillende beroepsgroepen hebben ieder hun eigen financieringsbronnen en organisatiestructuren. Deze verschillen kunnen samenwerking belemmeren en verdienen daarom enige aandacht.

Financieringsbronnen

De disciplines in de eerstelijns-GGZ kennen verschillende financieringsbronnen:

- Het algemeen maatschappelijk werk is voor cliënten gratis en wordt door gemeenten gefinancierd.²
- De kosten van eerstelijnspsychologen worden (deels) vergoed vanuit aanvullende verzekeringen, mits de cliënt een aanvullende verzekering heeft afgesloten.³

² Gemeenten financieren het algemeen maatschappelijk werk tot 2007 uit de Welzijnswet, daarna uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).

³ De zorg van de eerstelijnspsycholoog valt vanaf 2007 onder de basisverzekering, maar ook dan is er sprake van een eigen bijdrage en verrekening met no-claimregelingen.

- De kosten van de huisarts worden helemaal vergoed uit de basisverzekering.
- Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in dienst bij een GGZ-instelling worden vergoed vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).⁴

De verschillende financieringsbronnen kunnen tot oneerlijke concurrentie leiden tussen de disciplines; hulp van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige wordt wel vergoed, maar van een eerstelijnspsycholoog niet. Dat kan de samenwerking flink belemmeren. Zeker omdat afspraken tussen disciplines vaak beïnvloed worden door financiële drempels voor de cliënt. Huisartsen en maatschappelijk werkers verwijzen, bijvoorbeeld, soms niet door naar de eerstelijnspsycholoog omdat die zorg niet altijd wordt vergoed.

Kleine en grote ondernemers

Samenwerking vereist overleg, maar is moeilijk te realiseren als het niet als productie valt te declareren. Vooral voor hulpverleners met een eigen praktijk, zoals veel huisartsen en eerstelijnspsychologen, is dit belemmerend. Ieder gemist cliëntencontact staat immers voor minder inkomsten.

De verschillende organisatievormen beïnvloeden ook de reikwijdte van het overleg. Organisaties zoals het alge-

⁴ Tot 2007, daarna nog onduidelijk.

meen maatschappelijk werk (AMW) en de GGZ werken in grotere gebieden en kunnen daardoor samenwerkingsafspraken maken voor hun gehele organisatie en voor een bredere regio. Zelfstandig werkende hulpverleners hebben vooral belang bij afspraken rond de eigen cliëntenpopulatie. Daarom is het niet eenvoudig de juiste vertegenwoordigers op de diverse niveaus om de tafel te krijgen.



Hoe moet ik tijd vinden om te overleggen met andere disciplines als ik al de halve week moet overleggen met andere huisartsen over de door ons op te richten HOED [Huisartsen onder één dak]?
huisarts

Rekening houden met beleidsontwikkelingen

Ontwikkelingen binnen en buiten de eigen organisatie en beroepsgroep, zoals reorganisaties, bezuinigingen en fusies, vormen barrières. Dergelijke ontwikkelingen eisen namelijk tijd en aandacht van individuele beroepsbeoefenaars en houden hun blik naar binnen gericht. Hetzelfde geldt voor veranderende visies van externe partners, zoals gemeenten, en de komst van de ROS'en. De ROS'en bieden weliswaar nieuwe mogelijkheden, maar de omschakeling leidt ook tot onrust.

Geen samenwerking zonder coördinatie

De stimulerende, verbindende en ondersteunende rol van een regiocoördinator is essentieel voor succesvolle samenwerking tussen beroepsgroepen in een regio.

De regiocoördinator

Een GGZ-regiocoördinator is verantwoordelijk voor de organisatie, versterking en continuering van de samenwerking en werkt (volgens de nieuwe ROS-indeling) over het algemeen voor een groot gebied: zo'n 500.000

inwoners. Daar zijn bij elkaar zo'n 400 tot 500 huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers, eerstelijnspsychologen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam.

Een regiocoördinator beschikt behalve over een groot netwerk, over de kennis en vaardigheden om allerhande instrumenten en hulpmiddelen aan te reiken die de samenwerking vergemakkelijken en ondersteunen. De



knelpunten en wensen uit de lokale praktijk vormen daarbij steeds het uitgangspunt. Daarom is een aanpak dicht bij de praktijk raadzaam. Hierdoor kan de regio-coördinator snel inspelen op nieuwe ontwikkelingen en behoeften.

Daarnaast richt de regiocoördinator zijn werkzaamheden op het beleidsniveau. Vertegenwoordigers van huisartsenkringen, ROEP's, AMW- en GGZ-instellingen vormen bijvoorbeeld een GGZ-platform. Met ondersteuning van de regiocoördinator stelt dit platform regionale prioriteiten en oefent het invloed uit op de organisatieverbanden van de verschillende beroepsgroepen.

Als de samenwerking eenmaal loopt, dan is het vooral een kwestie van contacten, ingezette hulpmiddelen en gemaakte afspraken onderhouden. De ervaring leert dat een actieve en deskundige regiocoördinator de smeerolie vormt voor succesvolle samenwerking.

De kostenkant

Op basis van de ervaringen met het landelijk project Korte Lijnen is berekend dat één voltijds werkende regiocoördinator een gebied van ongeveer 250.000 inwoners kan ondersteunen. De kosten komen dan gemiddeld op 0,41 euro per inwoner, inclusief overhead. Voor 2006 stelt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 0,19 euro per inwoner beschikbaar voor de coördinatie en ondersteuning van samenwerking in de eerstelijns-GGZ.

Dat betekent dat voor de huidige GGZ-regiocoördinatie vanuit de ROS'en één voltijds werkende medewerker beschikbaar is voor een gebied met ruim 500.000 inwoners.

3. Zeven stappen naar succesvolle samenwerking

Succesvolle samenwerking vereist een gestructureerde aanpak. Het gaat namelijk om een veranderingsproces, een cultuuromslag die moet beginnen bij de mensen zelf. Wie samenwerking alleen als bureaucratisch of organisatorisch probleem aanpakt, zal daarom weinig succes boeken. Wat vooral nodig is, is een interpersoonlijke aanpak waarbij de mensen elkaar eerst leren kennen en vertrouwen. Pas dan heeft het zin organisatorische afspraken te maken.



■ Hulpverleners zijn vaak huiverig voor samenwerking. Zorg daarom dat ze elkaar eerst leren kennen, want dan zijn ze eerder bereid de samenwerking te formaliseren met afspraken. Pas als die afspraken goed uitpakken, zullen ze toe zijn aan structurele samenwerkingsvormen, zoals gezamenlijk behandelen. *regiocoördinator*

Zeven stappen naar succesvolle samenwerking:

- 1 werk aan draagvlak
- 2 inventariseer de bestaande situatie
- 3 ontwikkel een verbeterplan gebaseerd op ervaren knelpunten
- 4 creëer de basisvoorwaarden
- 5 start met (nieuwe) samenwerkingsafspraken en -vormen
- 6 evalueer
- 7 waarborg en verspreid behaalde resultaten

Fase 1: Werk aan draagvlak

De eerste fase is gericht op het creëren van draagvlak, met name bij sleutelfiguren en -organisaties, zoals huisartsenkringen, ROEP's, AMW- en GGZ-instellingen. Zij kennen hun achterban, leden of werknemers het beste en kunnen hen het beste wijzen op de voordelen van samenwerking in de eerstelijns-GGZ. Samen met de sleutelfiguren kunnen de eerste plannen worden gemaakt. Let wel, het gaat hier nog lang niet om concrete samenwerkingsplannen.

Fase 2: Inventariseer de bestaande situatie

De tweede fase draait om informatieverzameling. Welke organisaties spelen een rol? Welke hulpverleners en andere betrokkenen zijn werkzaam in de eerstelijns-GGZ? Wat is het beleid van de verschillende partijen? Hebben gemeenten een visie en een geëxpliciteerd beleid voor de



Hulpverleners hebben het druk, dat nieuwe formuliertje schiet er bij hen dan ook snel bij in. Als je zoiets oplegt, zal het zeker niet werken. Maar als het nieuwe formulier een antwoord is op een probleem dat zij zelf aandroegen, dan zullen zij het nut er wel van inzien. Je moet dus beginnen met de dingen waar zij zelf tegenaan lopen.
regiocoördinator

eerstelijns-GGZ? In welke mate werken hulpverleners al met elkaar samen? Het gaat hierbij niet alleen om cijfermatige informatie, maar ook om de beleving, ervaringen en verwachtingen van de verschillende betrokkenen. Enquêtes en gesprekken met sleutelfiguren, het management en de uitvoerend hulpverleners over concrete zaken – zoals verwijfsformulieren, onterechte doorverwijzing of communicatieproblemen – geven veel inzicht.

Fase 3: Van knelpuntenanalyse tot verbeterplan

Vervolgens is het tijd de ervaren knelpunten en wensen van alle betrokkenen ten aanzien van de samenwerking onderling te bespreken. De betrokkenen beslissen zelf waaraan zij willen werken en hun wensen worden vertaald naar haalbare, werkbare verbeterplannen. Hierbij is het belangrijk rekening te houden met de weerstand tegen bureaucratische, tijdrovende procedures. Ieder idee voor een nieuw formulier of protocol kan eerst op verzet stuiten. Het is daarom belangrijk dat procedures zo eenvoudig en helder mogelijk zijn, aansluiten bij wat al gebruikelijk is, ruimte geven voor eigen formulieren en uitgaan van maatwerk. Daarnaast zijn mensen eerder bereid te experimenteren met een nieuw systeem dan het gelijk in te voeren.

Fase 4: Creëer de basisvoorwaarden

Voordat mensen met elkaar kunnen samenwerken, moeten zij elkaar kennen, weten wat de anderen te bieden

■ Het algemeen maatschappelijk werk is voor veel huisartsen en psychologen een anonieme organisatie, ze weten niet met wie ze van doen hebben of bij wie ze terecht kunnen. Zolang ze dat niet weten, hebben ze geen zin om te investeren in samenwerking. Logisch, wie wil er nu samenwerken met een anonieme organisatie?

regiocoördinator

■ Als een huisarts iemand doorverwijst, weet je vaak niet in hoeverre er sprake is van urgentie. Dus ging het soms mis. Nu hebben we afgesproken dat er altijd telefonisch contact is over de mate van urgentie. Dat verheldert een hoop en voorkomt veel misverstanden.

regiocoördinator

hebben en hen vertrouwen. Mensen verkijken zich er vaak op hoelang dit proces duurt. Het kost tijd om hulpverleners met elkaar in contact te brengen en vooroordelen weg te nemen. De regiocoördinator richt zich hierbij het beste op groepen uitvoerders die qua omvang overzichtelijk zijn en elkaar in het dagelijks werk tegen (kunnen) komen: huisartsengroepen (Hagro's), algemeen-maatschappelijkwerkteams van een AMW-instelling, praktijken voor eerstelijnspsychologen en/of teams sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen van een GGZ-instelling.

Het gaat er niet alleen om elkaars gezicht te kennen, maar ook om het krijgen van inzicht in elkaars werkterrein en deskundigheid. Zo ontdekken hulpverleners niet alleen waar de verschillen tussen hen zitten, maar ook de overeenkomsten.

De derde basisvoorwaarde is bereikbaarheid.

Hulpverleners in de eerstelijns-GGZ kunnen pas goed samenwerken als zij elkaar ook weten te bereiken.

Daarom zijn de eerste afspraken meestal gericht op het verbeteren van onderlinge bereikbaarheid.

Fase 5: Start met (nieuwe) samenwerkingsafspraken en -vormen

Wanneer de verbeterpunten duidelijk zijn en de verschillende hulpverleners elkaar en elkaars werkveld kennen, kan de volgende stap gezet worden: afspraken maken, bijvoorbeeld over verwijzingen, rapporteren, cliëntoverleg

of gezamenlijke deskundigheidsbevordering. De te maken afspraken zijn afhankelijk van de wensen van de hulpverleners. Vaak gaat het om kleine dingen, zoals hoe een nieuwe cliënt aangemeld moet worden. Zo hangen veel samenwerkingsproblemen samen met slecht verlopen verwijzingen of rapportages. Verwijsformulieren die afgestemd zijn op de wensen van de hulpverleners, verwijs-schema's en gestandaardiseerde rapportageformulieren kunnen de samenwerking al een stuk soepeler laten verlopen. Het lijken soms triviale zaken, maar ze vormen de ruggengraat van de samenwerking. Wanneer zaken niet formeel geregeld zijn, blijft de samenwerking afhankelijk van individuen en wordt het nooit structureel ingebed.

Fase 6: Evalueer

Monitoring en op gezette tijden evalueren helpen greep te houden op de (ontwikkeling van de) samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ. Tussentijds gesignaleerde knelpunten kunnen zo leiden tot verbetering van de samenwerkingsmethodiek of van de gekozen werkwijzen. Evaluatie, zowel op lokaal als regionaal niveau, helpt bepalen of de samenwerking tot kwalitatief betere hulpverlening op cliëntniveau leidt. Ook wanneer omstandigheden veranderen, bijvoorbeeld bij nieuwe wetten en/of regels, nieuwe mogelijkheden in de informatietechnologie of andere samenwerkingsverbanden, is het zaak de samenwerking te herijken.

Fase 7: Waarborg en verspreid behaalde resultaten

De laatste fase van het samenwerkingsproces is gericht op waarborging en verdere verspreiding van de resultaten. Dit betekent (onder meer) afspraken maken over betrokkenheid en verantwoordelijkheid op bestuurlijk en managementniveau, streven naar structurele ondersteuning van de samenwerking en bestendigen van gemaakte samenwerkingsafspraken op uitvoerend niveau. Voorkomen moet worden dat de samenwerking ophoudt zodra enkele belangrijke initiatiefnemers zijn vertrokken of dat samenwerkingsafspraken vastroesten.

In deze fase kan ook aan structurele samenwerkingsactiviteiten worden gewerkt, zoals structurele ontmoetingen en gezamenlijke behandelprogramma's of deskundighedsbevordering. En gemaakte lokale afspraken kunnen omgezet worden in regionale afspraken, bijvoorbeeld door een nieuw ontwikkeld rapportageformulier regionaal in te voeren.

Hulpmiddelen en ondersteuning

Op de website www.eerstelijnsGGZ.nl vinden bezoekers alle hulpmiddelen en producten die zijn ontwikkeld in het kader van versterking van de eerstelijns-GGZ, zoals brochures, evaluatierapporten, tips, instrumenten om te inventariseren en te evalueren, voorbeelden van samen-

werkingsprotocollen, rapportageformulieren, verwijsschema's, sociale kaarten enzovoort. Voor elke stap in het samenwerkingsproces zijn producten te vinden die op maat gemaakt kunnen worden voor de eigen lokale situatie.

Hebt u vragen over samenwerken aan een sterke eerstelijns-GGZ? Of wenst u ondersteuning bij het verbeteren van de samenwerking in uw regio? Bezoek dan de website www.eerstelijnsoggz.nl.⁵

⁵ De website wordt actueel gehouden door de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en een redactie bestaande uit leden van de landelijke kennisinstituten NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn) en het Trimbos-instituut en de eerstelijnspartijen LHV/NHG (Landelijke Huisartsenvereniging / Nederlands Huisartsen Genootschap), LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen) en de MOgroep.

© 2006 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW
& Trimbos-instituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Deze publicatie maakt deel uit van het project Korte Lijnen, uitgevoerd door het NIZW en het Trimbos-instituut in opdracht van de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE), de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de MOgroep voor het algemeen maatschappelijk werk, met financiering van het ministerie van VWS: www.nizw.nl/kortelijnen

Auteur

Christina Mercken (Xina Tekst & Support, Amsterdam)

Met dank aan de uitvoerend hulpverleners en coördinatoren die hun ervaringen deelden en daarmee meewerkten aan de totstandkoming van deze brochure, in het bijzonder Frits Bosch, Hilde Glessner en Annette van Raaij-Raijmakers.

Foto's/illustraties

Jan Bovenberg (info@janbovenberg.nl) en
Sabina de Graaf (sabinadegraaf@hotmail.com)

Redactie

Margot Scholte
Karin Sok
Ineke Voordouw

ISBN

10: 90-5957-354-4
13: 978-90-5957-354-3

NIZW Sociaal Beleid
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 66 53

Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Telefoon (030) 297 11 00

www.eerstelijnsGGZ.nl

■ Samenwerking is volkomen logisch, we werken allemaal aan hetzelfde doel en moeten de problemen in de eerstelijns-GGZ samen oplossen.
regiocoördinator



In de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vervullen hulpverleners uit verschillende beroepsgroepen ieder hun eigen rol. Huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen vormen sinds de jaren zeventig de kern van de eerstelijns-GGZ. Tegenwoordig zijn er ook sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en anderen die, vanuit een dienstverband in de tweedelijns-GGZ, een taak in de eerste lijn vervullen. Om ervoor te zorgen dat de hulpverlening aan cliënten in de eerstelijns-GGZ een zo hoog mogelijke kwaliteit heeft, is het van belang dat deze verschillende hulpverleners met elkaar samenwerken. Elkaar weten te vinden en met elkaar afstemmen, evenals beargumenteerde verwijzingen, beknopte schriftelijke rapportages en overleg, bevorderen de kwaliteit van de zorg voor de cliënt.