

CLIËNTENRAADPLEGING BIJ ZORGINKOOP IN DE GGZ

RAPPORTAGE TWEEDE EVALUATIE

Daniëlle Meije
Frank van Hoof

D.d. 30-5-2011



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	3
2.	Het raadplegingsproces	6
2.1.	Opzet en praktijk raadplegingsproces	6
2.2.	Raadpleging door middel van startbijeenkomsten.....	9
2.3.	Raadpleging door middel van Regionale Expert Teams.....	9
2.4.	Overige raadplegingsprocedures	10
2.5.	Terugkoppeling, onderhandelingsmogelijkheden en monitoring	11
2.6.	Financiering cliëntenvertegenwoordigers	11
2.7.	Oordelen over het proces tot nu toe	12
3.	Voorlopige raadplegingsresultaten.....	14
3.1.	Prioriteiten vanuit cliëntenperspectief	14
3.2.	Inkoopcriteria zorgverzekeraars	17
3.3.	Vergelijking prioriteiten cliënten en criteria verzekeraars	22
3.4.	Oordelen over de raadplegingsresultaten	26
4.	Conclusies en aanbevelingen	28
4.1.	Conclusies	28
4.2.	Aanbevelingen	30
Bijlage 1	De interviews	33
Bijlage 2	Koppeling prioriteiten cliënten en criteria verzekeraar.....	35
	Uitkomsten Menzis regio's.....	36
	Uitkomsten Agis/Achmea regio's.....	48
	Uitkomsten Uvit regio's	57
	Uitkomsten CZ regio's	62
	Uitkomsten De Friesland regio	69

1. Inleiding

Het LPGGz is eind 2009 gestart met een stimulerings- en ondersteuningsprogramma voor het inbrengen van het cliëntenperspectief in de jaarlijkse regionale zorginkoop van de zorgverzekeraars. De ontwikkelingen en de vorderingen in het project van het LPGGz worden door het Trimbos-instituut door middel van verschillende onderzoeksactiviteiten ondersteund, gevolgd en geëvalueerd. Een eerste verslag van het Trimbos-instituut over het LPGGz-programma verscheen in de herfst van 2010. Voorliggende rapportage betreft het tweede tussentijdse verslag.

Het LPGGz-programma

Met het huidige programma wil het LPGGz de positie van ggz-cliënten, naastbetrokkenen en hun organisaties bij de zorginkoop versterken. De inzet is om samen met de regionale cliëntenorganisaties op regionaal niveau tot afspraken te komen met de grote zorgverzekeraars over de inkoop van ggz. Het LPGGz heeft daartoe de samenwerking gezocht met de grootste zorgverzekeraars en met de zorgbelangorganisaties (ZB-en) en/of regionale cliëntenorganisaties (RCO's).

Ook is een procedure ontwikkeld, waarin Regionale Expert Teams (RET's), samengesteld uit afgevaardigden vanuit verschillende regionale cliëntenorganisaties, een centrale rol vervullen.

De leidende gedachte is dat wensen en voorkeuren van regionale cliënten en cliëntenorganisaties, na ordening en prioritering door de RET's, een plaats krijgen in de inkoopcriteria van de zorgverzekeraars, in de feitelijke zorginkoop en uiteindelijk in de zorg zoals die op regionaal niveau door de zorgaanbieders geleverd wordt.

Deze tussentijdse rapportage heeft betrekking op het proces en de resultaten van het programma zoals zich dat heeft voltrokken tot en met de formulering van de inkoopcriteria door de zorgverzekeraars.

Het Trimbos-onderzoek

De centrale vragen voor deze tussentijdse evaluatie luiden:

- Hoe is het raadplegingsproces in de praktijk verlopen?
- Wat zijn de voorlopige resultaten van het raadplegingsproces?
- Hoe oordelen betrokkenen over het proces en de resultaten?
- Welke voorlopige aanbevelingen vloeien hieruit voort voor een volgende raadplegingscyclus?

Voor de beantwoording van deze vragen is gebruik gemaakt van interviews en documentenanalyse. In de periode november - december 2010 zijn in totaal achttien interviews gehouden met vertegenwoordigers van betrokken zorgverzekeraars en met vertegenwoordigers van betrokken regionale cliëntenorganisaties (zie Bijlage 1 voor de lijst met organisaties). Daarnaast heeft een analyse plaatsgevonden van de documenten die in het kader van het programma op regionaal niveau vanuit cliëntenzijde zijn opgesteld – in het bijzonder over prioriteiten van regionale cliëntenorganisatie met betrekking tot de zorginkoop. Deze zijn naast de inkoopplannen en de inkoopcriteria gelegd zoals die uit de openbare stukken van de betreffende zorgverzekeraars naar

voren komen. Via de vertegenwoordigers van de cliëntenorganisaties en de verzekeraars is informatie verzameld over dertien regio's. Zie Tabel 1 voor een overzicht. Uit de regio van DSW is geen cliëntvertegenwoordiger gesproken, DSW blijft daarom in deze tabel buiten beschouwing.

Tabel 1: Overzicht regio's waarover informatie gegeven is

	Menzis		Agis			Uvit		CZ				Achmea		De Friesland
	Groningen	Gelderland	Amsterdam	Utrecht	het Gooi	Noord Holland	Midden Holland	Brabant	Limburg	Zeeland	Brabant	Overige regio's	Noord Holland	Friesland
Zorgbelang Groningen														
Zorgbelang Gelderland														
Huis voor de zorg														
Klaverblad Zeeland														
Zorgbelang Brabant														
Zorgvragers Organisatie GGZ MH														
Stichting Aanzet														
Zorgbelang Noord Holland														
RCO De Hoofdzaak														
Cliëntenbelang Utrecht														

Gearceerde velden: Cliëntvertegenwoordiger en verzekeraar verstrekken informatie over het zorginkoopproces in de regio

Opbouw van het rapport

De rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt het raadplegingsproces beschreven en wordt uiteengezet hoe de cliëntvertegenwoordigers en de verzekeraars in de regio's geprobeerd hebben om die raadpleging handen en voeten te geven. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de oordelen van de betrokkenen (verzekeraars en cliëntvertegenwoordigers over het proces. Hoofdstuk 3 gaat in op voorlopige resultaten van de raadplegingen, in termen van de inkoopcriteria van de zorgverzekeraars en de mate waarin de door de cliënten aangedragen thema's daarin terug te vinden zijn. Aan het eind van het hoofdstuk worden de oordelen van de betrokkenen over de resultaten tot nu toe beschreven. In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen op een rij gezet.

2. Het raadplegingsproces

2.1. Opzet en praktijk raadplegingsproces

Opzet raadplegingsproces

Van oudsher zijn het de Zorgbelang organisaties (ZB-en) en soms de regionale cliëntenorganisaties (RCO's) die contact hebben met de zorgkantoren over de langdurige (AWBZ¹-gefinancierde) zorg. Overall in het land zijn periodieke overlegmomenten tussen cliëntenraden (CR-en), ZB-en en de zorgkantoren. Dit is de reden dat het LPGGz doorgaans de ZB-en als eerste aanspreekpunt benaderden. In de regio's is in kader van het LPGGz-project op de bestaande praktijk voortgebouwd. In een enkele regio is daarbij het blikveld geconcentreerd gebleven op de AWBZ. In de andere regio's is het blikveld verbreed naar de Zvw²- gefinancierde zorg ofwel de curatieve ggz.

De opzet van het LPGGz programma is dat het LPGGz in een regio samen met een ZB en/of een RCO in gesprek gaat met de verzekeraar. Op de agenda staat de organisatie van één of meerdere regionale startbijeenkomsten en de financiering van de activiteiten van de cliëntvertegenwoordigers ten behoeve van de zorginkoop. Gezamenlijk wordt de uitnodiging voor de startbijeenkomst verstuurd en uitgenodigd worden afgevaardigden van: ZB-en, (centrale) cliëntenraden en familieraden (FR-en), RCO's en specifieke, landelijk werkende cliënten- en familieorganisaties. Tijdens de startbijeenkomsten wordt het zorginkoopproces toegelicht en kunnen de aanwezige cliëntvertegenwoordigers aangegeven welke thema's vanuit cliëntperspectief meegenomen moeten worden in de zorginkoop. Het is de bedoeling dat na de startbijeenkomsten een Regionaal Expert Team (RET) samengesteld wordt met afgevaardigden vanuit verschillende cliëntenorganisaties. Het RET heeft tot taak de thema's, die tijdens de startbijeenkomsten zijn aangedragen, te prioriteren en deze SMART³ te herformuleren in meetbare zorginkoopcriteria. In de volgende bijeenkomst met de verzekeraar zijn dat de thema's waarover onderhandeld wordt. De verzekeraars maakt een concept inkoopbeleid en legt dit voor aan de cliëntvertegenwoordigers. De volgende stap is dat de verzekeraars deze thema's meeneemt in de onderhandelingen met de zorgaanbieders.

Het RET-model is oorspronkelijk in Groningen ontwikkeld en loopt al een aantal jaren. ZB Groningen heeft in de andere sectoren ervaring met een RET-structuur die verder gaat dan wat tot op heden in de zorginkoop voor de ggz gebeurt. De 'ideale' RET heeft naast het bijeenbrengen, prioriteren en SMART formuleren van de cliënteninbreng, ook een functie in het monitoren en toetsen van wat er gebeurt met de cliënteninbreng. Wanneer na een jaar blijkt dat er te weinig met een thema gebeurt is, kan het RET dit thema, al dan niet in gewijzigde vorm, weer in het inkoopproces inbrengen.

Praktijk raadplegingsproces

Tijdens de eerste meting is al stilgestaan bij de organisatie en het verloop van de startbijeenkomsten. Duidelijk werd dat het proces bij de verzekeraars verschillend verliep, zowel qua praktische vormgeving als qua tijdspad.

¹ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

² Zorgverzekeringswet

³ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden

Bij twee verzekeraars waren de startbijeenkomsten al achter de rug en waren de RET's bezig met het nader uitwerken van de cliëntenwensen. Voor een aantal andere verzekeraars was het ten tijde van die eerste interviews nog niet duidelijk of ze gingen deelnemen aan het LPGGz-programma. Ook was niet helder of en wanneer de startbijeenkomsten zouden plaatsvinden.

Tijdens de tweede meting werd duidelijk dat alle verzekeraars weliswaar gesprekken hebben gevoerd met het LPGGz en het ZB en/of RCO's maar dat het niet overal resulteerde in het LPGGz-traject zoals in de vorige paragraaf beschreven is. De verzekeraars met wie contact is geweest voor de eerste meting, zijn weer benaderd voor de tweede meting, ook wanneer blijkt dat de verzekeraar niet deelneemt aan het LPGGz-programma. Er blijkt een grote variatie in de regio's van de verzekeraars wat betreft; het organiseren van een startbijeenkomst, het formeren van een RET, de terugkoppeling vanuit de verzekeraar en het financieren van de activiteiten van de cliëntvertegenwoordigers door de verzekeraar. In Tabel 2 staat een overzicht van het verloop van het raadplegingsproces op deze punten.

Tabel 2 Overzicht verloop raadplegingsproces per verzekeraar

Verzekeraar	Startbijeenkomst conform LPGGZ methodiek?	RET aan de slag?	Nog contact na terugkoppeling RET? Reactie kunnen geven op concept inkoopbeleid?	Financiële tegemoetkoming cliëntvertegenwoordigers?
Menzis	Ja, in drie van de vier regio's (in vierde regio geen activiteiten)	Ja, in twee van de drie regio's, in derde regio startbijeenkomst en input in één	Reactie van Menzis op inbreng vanuit het RET was summier. Wél commentaarfase	Ja
Agis	Ja, één bijeenkomst voor drie regio's	Ja, in twee van de drie regio's, in Utrecht een soort panel gevormd	In slotbijeenkomst input cliëntenzijde. Geen commentaarfase	Ja, is in convenant vastgelegd met zorgbelang, bredere focus dan zorginkoop alleen
Uvit	Nee, wel gesprek in Noord Holland Noord alleen ZB en RCO aanwezig, LPGGz was verhinderd	Nee	Geen commentaarfase	Nee
CZ	Ja, in drie regio's	Ja, in drie regio's	Slotbijeenkomst Geen commentaarfase, wel terugkoppeling wat met cliënteninbreng gaat gebeuren.	Ja
DSW	Nee, wel bijeenkomst met ZB	Nee	Geen commentaarfase	Nee
Achmea	Nee, wel bijeenkomst verzekerdenraad (belangstellenden, niet specifiek ggz-achtergrond, zitten onvoldoende cliëntvertegenwoordigers in)	Nee	Geen commentaarfase	Nee
De Friesland	Ja, één bijeenkomst, zelfde dag thema's geclusterd en geprioriteerd	Nee	December terugkoppeling vanuit verzekeraar Geen commentaarfase	Nee

2.2. Raadpleging door middel van startbijeenkomsten

In de regio's van vier verzekeraars zijn startbijeenkomsten georganiseerd (zie Tabel 2). Het blijkt dat er per verzekeraar grote variatie is in de wijze waarop de bijeenkomst georganiseerd is. Soms kwamen cliëntenorganisaties vanuit de verschillende regio's van een verzekeraar samen voor een plenair gedeelte om daarna uiteen te gaan in regio's. Soms is er voor elke regio een aparte bijeenkomst georganiseerd. In een aantal regio's zijn alle activiteiten op één dag georganiseerd: inventariseren cliënteninbreng, clusteren en prioriteren. In deze regio's is dan ook niet gewerkt met een RET. In alle regio's bleek de startbijeenkomst van belang voor de wederzijdse kennismaking en de informatie-uitwisseling.

2.3. Raadpleging door middel van Regionale Expert Teams

In zeven regio's van drie verzekeraars (Menzis, Agis en CZ) zijn daadwerkelijk RET's samengesteld (zie Tabel 2). De wijze waarop de RET werd samengesteld liep uiteen. De RET's kwamen in één of meerdere bijeenkomsten bijeen om de uitkomsten van de startbijeenkomsten te prioriteren, clusteren en deze op schrift te stellen. De wijze waarop die prioriteitenlijst vervolgens aan de verzekeraars teruggekoppeld werden, verschilde.

Werkwijze CZ-regio's

In Brabant zijn de cliëntvertegenwoordigers die bijeen waren gekomen voor de startbijeenkomst later verder gegaan als RET. In Zeeland (CZ) was de belangstelling zeer groot en heeft de coördinator van het ZB een keuze moeten maken voor wat betreft de samenstelling van de RET. In Limburg is het RET aan de slag gegaan na de startbijeenkomst. Voor CZ werden er drie afzonderlijke adviezen uitgebracht vanuit de drie regio's. De drie RET's hebben tijdens een slotbijeenkomst een toelichting gegeven op hun respectievelijke prioriteitenlijsten.

Werkwijze Menzis-regio's

In Gelderland en Groningen hebben de coördinatoren na de startbijeenkomst geprobeerd een zo breed mogelijke RET samen te stellen. Menzis kreeg van de twee regio's een afzonderlijke prioriteitenlijst maar de RET's hebben het niet mondeling toegelicht.

Werkwijze Agis-regio's

Tijdens de startbijeenkomst zijn de verschillende regio's al uiteen gegaan en was er al wat voorbereidend werk gedaan voor de RET's. De RET's van Amsterdam, het Gooi en Utrecht hebben allen een eigen koers gevaren. De inbreng is samengevoegd in één document dat met Agis is besproken.

Hoewel het werken met een RET nieuw is, gingen de cliëntenorganisaties al eerder met Agis in gesprek over de zorginkoop. Nieuw dit jaar was dat het traject intensiever was en dat de verzekeraar met de RET-systematiek ging werken.

2.4. Overige raadplegingsprocedures

In het navolgende wordt de werkwijze beschreven in de regio's van vier verzekeraars waar niet conform het LPGGz-traject gewerkt is. Het LPGGz heeft wel contact gehad met die verzekeraars maar deze hebben het LPGGz-traject niet (volledig) gevolgd. Een drietal verzekeraars organiseerde géén startbijeenkomst en heeft naar eigen zeggen op een andere wijze de achterban geraadpleegd. Ofwel via een gesprek met ZB en/of een RCO (Uvit en DSW), ofwel via een verzekerdenraad (Achmea): leden met belangstelling voor de ggz werden uitgenodigd om over ggz-thema's van gedachten te wisselen (het betrof geen ggz-cliënten(vertegenwoordigers)).

Werkwijze in de Uvit regio's

Bij Zorgvragers Organisatie GGZ Midden-Holland (ZOG MH) is geen startbijeenkomst georganiseerd (en geen RET) conform het LPGGz-model. Er zijn initiatieven genomen om tot samenwerking conform het LPGGz-model te komen, maar die stuiten op 1. de afwijzing door UVIT van het verzoek van ZOG MH voor een financiële tegemoetkoming in de door het ZOG MH te maken kosten in het kader van het project en 2. het gegeven dat UVIT gewend is vooral met de cliëntenraden samen te werken en daaraan vast wil houden.

Net als in de voorgaande jaren is er in twee regio's wel een bijeenkomst geweest met de CR-en, het ZOG MH en het zorgkantoor. Dit staat los van het LPGGz-programma en het betreft de AWBZ-gefinancierde zorg. In dit kader is wel van belang te noemen dat het zorgkantoor in overleg met cliëntenvertegenwoordigers een ander beleid wil gaan ontwikkelen: niet meer één á twee formele contactmomenten met CR-en per jaar maar de raadpleging onderdeel te laten zijn van het beleid gedurende het hele jaar. Dit nadat gebleken was dat zorgaanbieders de CR-en soms onder druk zetten om de kwaliteitsvragenlijst van de zorgverzekeraar niet in te vullen omdat de zorgaanbieder dan gekort kan worden. CR-en kunnen op deze manier niet onafhankelijk handelen.

Verschillende cliëntenorganisaties in de Uvit-regio's (Gouda, Nijmegen, Noord en Midden Limburg en Noord en Midden Brabant) hebben een aantal kwaliteitsthema's en -vragen geformuleerd voor de AWBZ-zorginkoop. De wens was om nog in 2010 de resultaten hiervan te zien.

Werkwijze de Achmea regio's

In Noord Holland is een bijeenkomst georganiseerd met ZB NH, het LPGGz en een aantal medewerkers van Achmea. Dit had een verkennend karakter. Er is geen startbijeenkomst of RET georganiseerd.

Werkwijze in de DSW regio's

In de DSW regio is gesproken met het ZB. Het inkoopbeleid lag, volgens de verzekeraar, toen al grotendeels vast. Contact met het LPGGz is tot stand gebracht maar in deze regio is geen startbijeenkomst of RET georganiseerd. Het LPGGz had geen contact met cliëntenvertegenwoordigers in deze regio, daarom is voor dit onderzoek niemand benaderd.

Werkwijze in De Friesland regio

In Friesland is een startbijeenkomst georganiseerd en daar is het bij gebleven. Tijdens de startbijeenkomst zijn na het plenaire gedeelte de belangrijke punten in subgroepen besproken en daarna zijn de thema's geclusterd. De besproken thema's zijn in een verslag opgenomen.

2.5. Terugkoppeling, onderhandelingsmogelijkheden en monitoring

In het projectplan van het LPGGz wordt gesproken over onderhandelingen die cliëntenvertegenwoordigers met de verzekeraars gaan voeren nadat de RET's de cliënteninbreng geprioriteerd hebben. In praktijk blijkt dat de partijen niet aan onderhandeling zijn toegekomen en deze functie van de RET (nog) niet van de grond is gekomen. De cliëntenvertegenwoordigers leveren de verzekeraars input maar het is doorgaans onduidelijk wat er mee gebeurt. De cliëntenvertegenwoordigers hebben geen zicht op het interne besluitvormingstraject en weten doorgaans niet op basis waarvan besloten wordt de thema's al dan niet op te nemen in het zorginkoopbeleid.

Terugkoppeling vanuit de zorgverzekeraars heeft maar in zeer beperkte mate plaatsgevonden. Mogelijk is het beperkte tijdschema daar debet aan. Alleen de RET's Groningen en Gelderland (Menzis) zijn nog voordat het inkoopbeleid definitief was, geconsulteerd om het concept te beoordelen. Ze hadden echter zeer kort de tijd om commentaar te leveren op het concept inkoopbeleid.

CZ kreeg de inbreng van de cliënten kort voor de slotbijeenkomst en de CZ-medewerker heeft daarna per advies aangegeven wat CZ er mee doet: Wat doet CZ al, wat kan CZ niet en wat gaat CZ oppakken. De cliëntenvertegenwoordiging waardeerde deze zorgvuldige afhandeling. Toch is er geen sprake van onderhandelingen.

De onder 2.1 geschetste werkwijze van de ideale RET (naast prioriteren, clusteren en SMART formuleren van cliënteninbreng, ook monitoren en toetsen van wat er gebeurt met de cliënteninbreng) bleek voor deze ronde nog niet haalbaar. Alleen al omdat de RET's over onvoldoende middelen beschikten om nog een slag te maken. Uit de gesprekken met de cliëntenvertegenwoordigers komt naar voren dat velen zich nog niet verdiept hebben in het inkoopbeleid van de verzekeraar. Zij hadden er nog geen zicht op in hoeverre 'hun' thema's opgenomen waren in het inkoopbeleid.

2.6. Financiering cliëntenvertegenwoordigers

Uit Tabel 2 blijkt dat enkele verzekeraars een financiële tegemoetkoming aan de cliëntenvertegenwoordigers verlenen voor hun bijdrage aan de zorginkoop. De bedragen variëren per regio:

- CZ: 5.000 voor drie regio's (15.000 euro totaal)
- Menzis: variabele bedragen voor verschillende regio's van 8.000 tot 20.000 euro (trekkerregio).
- Agis: 25.000 euro voor drie regio's.

Tot op heden zijn er geen landelijke afspraken over de financiering van de cliënteninbreng met als gevolg veel verschillen in financiering en in bijdragen van de verzekeraars. De verzekeraars zijn het er echter over eens dat hier een oplossing voor bedacht moet worden omdat de cliëntenorganisaties zelf over onvoldoende middelen beschikken.

De cliëntenvertegenwoordigers noemen een aantal aandachtspunten in de financiering: bij het verdelen van het geld moet rekening gehouden worden met de grootte van de regio, verschillende ZB-en/RCO's zien deze zorginkoopcyclus als een eenmalige investering in een belangrijke ontwikkeling (volgend jaar lukt dat niet meer), door beperkte financiering lukt het niet om een kwaliteitsslag te maken en te toetsen wat het effect van de cliënteninbreng in de praktijk is. Deze inkoopcyclus zijn veel ad hoc oplossingen gezocht, beter is dat er in de toekomst meer structurele middelen vrijkomen voor de uren voor medewerkers, de vergoeding voor vrijwilligers in RET's en de reiskosten voor de deelnemers van de startbijeenkomsten. In dit kader noemt een verzekeraar het Innovatiefonds als mogelijke financieringsbron.

2.7. Oordelen over het proces tot nu toe

Uit het voorgaande blijkt dat er grote variatie is in de gevolgde procedures bij de cliëntenraadpleging rond de zorginkoop. Alle verzekeraars varen een eigen koers. Achmea en Agis hebben een gezamenlijk inkoopbeleid maar Agis werkt volgens de LPGGz-methodiek en Achmea niet. Ook komt het voor dat twee verzekeraars die samen marktleider zijn in één of meer regio's (CZ en Uvit) sterk verschillen in hun visie op het LPGGz traject. CZ werkt volgens de LPGGz methodiek en Uvit niet. Ook in de regio's waar de zorgverzekeraars meegaan in het LPGGz-traject zijn vele verschillen: onder andere in de wijze waarop de startbijeenkomsten en de RET's georganiseerd zijn, de terugkoppeling tussen cliëntenvertegenwoordigers en verzekeraars en de financiële tegemoetkoming.

De startbijeenkomsten worden alom gewaardeerd als het gaat om de wederzijdse kennismaking en de informatie-uitwisseling. Wel vragen verschillende betrokkenen zich af of het meerwaarde heeft om dergelijke startbijeenkomsten jaarlijks te organiseren. De cliënteninbreng in de startbijeenkomsten is veelal heel breed en soms op casusniveau. De cliënteninbreng wordt door het RET geformuleerd, de betrokken cliëntvertegenwoordigers weten in grote lijnen wat bij hun achterban leeft.

De partijen zijn te spreken over het RET-model maar de functie dient in de toekomst verbreed te worden, bijvoorbeeld met monitoring van de resultaten uit de cliëntenraadplegingen. Voor de RET's moet gezocht worden naar een werkbare methodiek. Daarbij zijn de volgende vragen van belang:

- Welke afgevaardigden zijn nodig om het hele ggz-veld te dekken?
- Wat is het eisenkader voor een RET?
- Hoe wordt gegarandeerd dat er voldoende kennis aanwezig is?
- Hoe worden cliënten- en familieraden betrokken.
- Welke verhouding moet er zijn tussen landelijke en lokale thema's?
- Moeten de zorgaanbieders er niet meer bij betrokken worden?
- Welke cliëntenvertegenwoordigers zijn aanwezig bij de gesprekken die de zorgverzekeraar voert met de zorgaanbieder (tripartiet overleg)? Iemand van de cliëntenraad en iemand van een RET?

Wat betreft het laatste punt: het is voor een ZB of een RCO moeilijk opereren wanneer de zorgverzekeraar het tripartiete overleg tussen CR (alleen), zorgaanbieder en zorgverzekeraar als belangrijkste medium ziet. Het brede, zorgaanbieder overstijgende cliëntenperspectief komt in de knel.

Sommige cliëntvertegenwoordigers bepleiten meer helderheid met betrekking de rolverdeling tussen de RET's en het LPGGz. Belangrijk aandachtspunt daarbij is dat contacten met zorgverzekeraars soms zorgvuldig zijn opgebouwd en al langer bestaan. Het LPGGz heeft niet altijd zicht op de bestaande verhoudingen. Er moeten afspraken gemaakt worden wie het initiatief neemt en de regie heeft.

De zorgverzekeraars wijzen er op dat voorkomen moet worden dat er elk jaar nieuwe mensen betrokken worden bij het zorginkoopproces. Belangrijk is dat er kennis is over de invloedssfeer van een verzekeraar. Een RET dat een goede afspiegeling is van het ggz-veld is nodig. Hierbij moet gekeken worden naar de regio-indeling, anders moet een verzekeraar met te veel RET's in gesprek. De vraag wordt gesteld of die regionale inbreng meerwaarde heeft als de verzekeraar geen regionaal inkoopbeleid heeft.

Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geven aan beperkingen te ervaren qua menskracht. De zorginkoop voor de ggz wordt door een beperkt aantal medewerkers uitgevoerd. Hierdoor is het beperkt mogelijk om gesprekken te voeren met cliëntvertegenwoordigers en de verschillende zorgaanbieders. Wat diepgaander van gedachten wisselen en ieders visie ter sprake brengen, is onder deze omstandigheden lastig.

De cliëntvertegenwoordigers vertellen over onvoldoende middelen te beschikken om de cliënteninbreng goed naar voren te brengen (één uitzondering daargelaten). Een aantal cliëntvertegenwoordigers weet niet of de cliënteninbreng op deze manier gecontinueerd kan worden als er geen extra middelen komen. Dit jaar is door cliëntenorganisaties geïnvesteerd in deze vorm van cliëntenparticipatie maar dat is op de langere duur niet overal haalbaar.

De verschillende betrokkenen waarderen dat er nu structureel overleg is tussen vertegenwoordigers van cliënten en zorgverzekeraars. Alleen het in deze cyclus gehanteerde tijdsplan wordt van beide zijden als knelpunt ervaren. De startbijeenkomsten, de samenstelling van de RET's en het formuleren van de cliënteninbreng moest in een kort tijdsbestek plaatsvinden. De zorgverzekeraars en cliëntvertegenwoordigers hadden te weinig tijd voor de terugkoppeling.

In deze inkoopcyclus doen alle betrokkenen ervaring op met de cliëntenraadpleging. Vooral de cliëntvertegenwoordigers benadrukken dat er winst te behalen is in de afspraken over de overlegcyclus (het tijdsplan en de inhoud): wanneer wordt wat besproken, wanneer vindt terugkoppeling plaats, waar liggen de onderhandelingsmogelijkheden en wat zijn de deadlines?

Cliëntvertegenwoordigers geven aan zoekend te zijn wat betreft de terugkoppeling naar de achterban van de al dan niet behaalde resultaten. Uit de interviews komt ook naar voren dat de communicatie tussen verschillende cliëntenorganisaties in één regio soms nog niet optimaal is. Overigens blijken samenwerkende verzekeraars in één regio ook niet altijd even goed op de hoogte te zijn van wat hun partner op het gebied van de zorginkoop heeft gedaan.

3. Voorlopige raadplegingsresultaten

3.1. Prioriteiten vanuit cliëntenperspectief

Vanuit cliëntenperspectief zijn er veel thema's aangedragen. De cliëntenvertegenwoordigers hebben de cliënteninbreng op papier gezet en definieerden de (lijst met) thema's als: zorginkoopcriteria, boodschappenlijst, adviezen, prioriteitenlijst, verbeterpunten, inkoopdoelen en speerpunten. In Bijlage 2 is het totaaloverzicht van de door cliënten aangedragen thema's zo letterlijk mogelijk opgenomen. Duidelijk wordt hoe gevarieerd de cliënteninbreng is. De thema's lopen uiteen qua abstractieniveau, doelgroep en haalbaarheid. De cliënteninbreng is niet overal even SMART verwoord. Soms wordt er een visie geformuleerd en soms een concrete vraag: *'Cliënten hebben recht op zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk'* en *'Worden de leefruimtes goed schoongehouden?'*.

De cliënteninbreng is geformuleerd door 1. RET's (uit de CZ-, Agis- en Menzis-regio's), 2. aanwezigen tijdens startbijeenkomsten (De Friesland-regio) en 3. cliëntenraden ten behoeve van de AWBZ-inkoop (Uvit-regio). Uit de bijdragen komt naar voren dat de cliëntvertegenwoordigers er veel werk van gemaakt hebben en dat ze er veel energie in gestoken hebben om thema's te formuleren die van belang zijn voor de brede achterban. Uit de bijdragen wordt ook duidelijk dat het voor cliëntenvertegenwoordigers vrijwel ondoenlijk is om de thema's naar één bepaalde financieringsgrondslag toe te schrijven (Zvw, AWBZ of Wmo).

Hoewel er uiteenlopende thema's genoemd worden zijn er ook veel terugkomende thema's. Zowel tijdens de nulmeting als tijdens deze meting kwamen thema's naar voren die de cliëntvertegenwoordigers in vrijwel alle regio's belangrijk vinden, namelijk:

- Zelfhulp, ervaringsdeskundigheid, lotgenotencontact, cliëntgestuurde initiatieven
- Betrokkenheid familie
- Informatievoorziening
- Kwaliteit van de zorg
- Behoeftes aan (specifiek) zorgaanbod, onder andere crisiskaart, dagbesteding en nazorg
- Toegang tot de zorg en toegankelijkheid, ketenzorg en wachtlijsten en –tijden

In het navolgende komt op hoofdlijnen de cliënteninbreng per regio aan de orde. Eerst de regio's waar een RET aan de slag is geweest en daarna de regio's zonder RET. Zie voor informatie in detail Bijlage 2.

Menzis regio's

RET Groningen:

RET Groningen heeft een boodschappenlijst opgesteld en op basis hiervan zijn criteria geformuleerd waarmee Menzis in 2011 (voor wat valt onder de zorgverzekeringswet) en 2011-2012 (voor wat valt onder de AWBZ) bij de zorginkoop in Groningen rekening zou moeten houden (zorginkoopcriteria). Ook zijn voorstellen benoemd voor concrete verbetertrajecten in een driepartijenverband van zorgverzekeraar Menzis, zorgaanbieder en cliënten(organisaties).

De criteria (veelal actiepunten) worden toegeschreven naar de partij die actie moet ondernemen: Menzis zoekt uit..., Menzis ondersteunt..., RET GGZ gaat.....

De criteria zijn gerangschikt onder een aantal hoofdthema's: 1. Informatie en keuzeondersteuning, 2. Laagdrempelige toegang, 3. Wachtijd, 4. Aanbod, 5. Behandeling en zorg, 6. Kwaliteitstoetsing en cliëntenparticipatie, 7. Scholing professionals, 8. Alternatieven zoeken, 9. Ontmoetingsplekken en 10. Extra door Nederlandse Vereniging voor Autisme aangedragen punten.

RET Gelderland:

RET Gelderland heeft een elftal principes opgesteld waarvan het wenselijk is dat Menzis ze in haar inkoopbeleid handen en voeten geeft. De principes betreffen onder andere: cliënten hebben recht op zorg, informatie en zinvolle dagbesteding en cliënten moeten zoveel mogelijk de eigen regie behouden. Daarnaast heeft het RET inkoopcriteria ontwikkeld rond de thema's: Zorg bij crisissituaties, rol van de familie/naastbetrokkenen, empowerment, dagbesteding, ketenzorg, medicatie en verslaving in de psychiatrie. De inkoopcriteria zijn als criteria of als actiepunt geformuleerd, bijvoorbeeld *'Er is een duidelijk aanspreekpunt voor naastbetrokkenen beschikbaar'* en *'De zorg na een suïcidepoging moet verbeterd worden'*.

Als laatste vraagt de RET aan Menzis om een standpunt in te nemen over de versnipperde financiering waar ggz-cliënten mee te maken kunnen krijgen. De RET pleit voor een integrale begeleiding voor deze patiënten en ontschotting tussen de financieringsbronnen. Wmo-geld moet als zodanig geoormerkt worden en voor Wmo-voorzieningen gebruikt worden.

Agis regio's

RET Amsterdam, het Gooi en Utrecht

De RET's in de Agis regio formuleren gezamenlijk in 'De zorg kan zeker beter' de volgende uitgangspunten die aan de zorg ten grondslag zouden moeten liggen: - Elke cliënt beschikt over de basisvoorwaarden van een menswaardig bestaan, - Zelfbeschikking en zelfregie, - Individualiteit en diversiteit, - Ondeelbaarheid van het individu en - Aanspraak op gezondheidszorg.

De RET's hebben de verbeterpunten (actiepunten) en aandachtspunten gegroepeerd aan de hand van de routing van de cliënt: preventie, het eerste contact met de hulpverlening (crisis en eerste lijn) de behandeling in de 2e lijns ggz (keuzevrijheid, wachtijd en behandeling), vervolgzorg en overige punten. De actiepunten worden soms wel en soms niet expliciet toegeschreven naar één van de partijen, bijvoorbeeld *'De hulpverlener moet....'* en *'Taxivervoer beter en efficiënter regelen'*.

CZ Regio's

RET Zeeland:

De RET heeft het advies *De GGZ kan altijd beter* geformuleerd. De RET is van mening dat bij de zorginkoop centraal moet staan dat alle zorg en ondersteuning gericht moeten zijn op de cliënt als mens in zijn omgeving en niet alleen op de aandoening. De RET heeft de eigen speerpunten gerangschikt onder de thema's die CZ voor 2011 als belangrijkste thema's heeft genoemd: doelmatigheid (bv. Herstelondersteunende zorg), transparantie, kwaliteit en effectiviteit in de zorg (bv. ervaringsdeskundigheid). De actiepunten worden toegeschreven naar de verzekeraar en soms naar één van de andere partijen, bijvoorbeeld *'De verzekeraar stelt informatie beschikbaar ...'* en *'Aanbieders moeten ...'*.

RET Brabant:

Het RET formuleerde adviezen (actiepunten) rond zes thema's: 1. Inzet van ervaringsdeskundigen, 2. Positie cliëntenraad, 3. Crisiskaart, 4. Familiebeleid, 5. Voorlichting en 6. Wachttijden en overbruggingszorg. Bijvoorbeeld: *'Ga na hoe de zorginstelling inhoud geeft aan het beleid rond voorlichting'*.

RET Limburg:

Het RET formuleerde één of meer adviezen (veelal actiepunten) rondom zes thema's: 1. Ketenzorg, zorg op elkaar afstemmen, 2. Ervaringsdeskundigheid, zelfhulp en lotgenotencontact, 3. Voorlichting en informatie, 4. POH-GGZ, 5. Nazorg en 6. Effectiviteit zorginkoop. Daarnaast vroeg de RET aandacht voor de financiële situatie van veel ggz-cliënten waardoor ze geen toegang hebben tot bepaalde voorzieningen, waaronder lotgenotencontact of zelfhulp (als gevolg van reiskosten).

Uvit regio's

ZOG MH:

Het ZOG MH vraagt aandacht voor een aantal thema's: voldoende steun en zorgaanbod, zorgplan, communicatie en informatie, lichamelijk welbevinden, woon- en leefomstandigheden, veiligheid wonen en verblijf, participatie en autonomie, psychisch welbevinden, personeel en samenhang in de zorg. De criteria zijn geformuleerd als vragen, bijvoorbeeld *'Is het aanbod afgestemd op wat cliënten nodig hebben?'*

Cliëntvertegenwoordigers Nijmegen:

De cliëntvertegenwoordigers van Nijmegen vragen onder andere aandacht voor voldoende kennis van de cliëntenraad om een positieve bijdrage te leveren in de kwaliteitscyclus van een instelling. Ook vragen ze aandacht voor de klantvertegenwoordiging in de Raad van Advies van het Zorgkantoor. Bij alle criteria zijn actiepunten geformuleerd, bijvoorbeeld *'Minimaal één klantmeeting organiseren.....'*

Cliëntvertegenwoordigers Noord en Midden Limburg:

De cliëntvertegenwoordigers uit Limburg willen meer zicht krijgen op de behoeften van de CR om hun rol in de instelling beter in te kunnen vullen en ze willen zicht krijgen op de wensen en behoeften van cliënten met een licht verstandelijke handicap. Bij alle criteria zijn actiepunten geformuleerd, bijvoorbeeld *'Een herkenbare set afspraken maken om de verbondenheid met CR vorm en inhoud te geven.'*

Cliëntvertegenwoordigers Noord en Midden Brabant:

De cliëntvertegenwoordigers uit Brabant willen de positie van de cliëntenraad versterken en willen zicht krijgen op de dagbestedingsmogelijkheden binnen de instellingen. Bij alle criteria zijn actiepunten geformuleerd, bijvoorbeeld *'Resultaten van enquête bespreken ...'*

De Friesland regio

Stichting Aanzet

Tijdens de startbijeenkomst in Friesland zijn een aantal advies- en actiepunten naar voren gekomen waaronder: de gebrekkige financiële mogelijkheden bij de doelgroep om een internetabonnement te bekostigen, nazorg, gebrek aan ketenzorg en de behoefte aan psycho-educatie.

3.2. Inkoopcriteria zorgverzekeraars

In deze paragraaf wordt in grote lijnen beschreven welke ggz-thema's zijn opgenomen als inkoopcriteria in het inkoopbeleid en op welke wijze de verzekeraars proberen te bewerkstelligen dat de zorgaanbieders deze criteria meenemen in het zorgaanbod. In paragraaf 3.3 worden de thema's die vanuit cliëntenperspectief naar voren zijn gebracht vergeleken met de inkoopcriteria van de verzekeraars.

In dit onderzoek is met name het inkoopbeleid curatieve ggz van de zorgverzekeraars onderzocht. Alleen de documentatie van UVIT gaat over de AWBZ-zorg, omdat in die regio nog geen gesprekken hebben plaatsgevonden over de curatieve ggz. Alleen de documenten van UVIT en De Friesland gaan over meerdere sectoren, de overige documenten concentreren zich op de ggz:

- *Menzis: Zorginkoopbeleid non-concurrentiële deelmarkt curatieve GGZ 2011*
- *Agis/Achmea: Zorginkoopprocedure 2011 curatieve ggz-aanbieders 'Naar een gedifferentieerde aanpak'*
- *CZ/UVIT: Zorginkoopbeleid curatieve GGZ 2011*
- *DSW: Zorginkoopbeleid curatieve ggz, non-concurrentieel, voor de GHOR-regio Haaglanden in 2011*
- *De Friesland: 'De klant als kompas' Strategisch zorginkoopbeleid De Friesland Zorgverzekeraars 2010 – 2013*
- *UVIT Zorgkantoren: De klant aan het roer 2011 Inkoopbeleid Contracteerbeleid Inkoopsystematiek en Beleid langdurige ggz*

De zorgverzekeraars hanteren over het algemeen een bonus malus systeem. Als de zorgaanbieder voldoet aan de criteria van de verzekeraar kan een zorgaanbieder extra budget verdienen of als een zorgaanbieder hieraan niet voldoet gekort worden op het budget. Zorgverzekeraars hanteren hiervoor bijvoorbeeld een puntensysteem dat vertaald wordt naar de financiële ruimte van een zorgaanbieder.

Menzis

Menzis richt het (kwaliteits)beleid op het verder ontwikkelen van zorgprogrammering, ROM en het meten en beoordelen van klanttevredenheid. Menzis heeft voor de curatieve ggz inkoopcriteria opgesteld die in grote lijnen gaan over:

1. Bekostiging door middel van DBC-methodiek
2. ROM moet een aantoonbaar onderdeel zijn van het zorgproces
3. Prestatie-indicatoren moeten geëvalueerd worden met cliëntvertegenwoordigers en er moet een verbetertraject uit voortvloeien
4. Behandeltrajecten zijn uitgewerkt in zorgprogramma's en zorgpaden en er is samenhang met de ROM-metingen
5. Publicatie wachtlijsten
6. Cliëntenparticipatie heeft een structurele plek binnen het beleidsproces: toelichting over de wijze waarop dat gedaan wordt, moet meegezonden worden met offerte
7. Transitieposten preventie en dienstverlening
8. Uitgangspunt geen uitbreiding klinische capaciteit en meer mensen helpen met bestaande capaciteit.

Daarnaast heeft Menzis voor de klinische zorg nog aanvullende criteria (9) opgesteld. Dit houdt onder andere in dat zorgaanbieders gevraagd worden een visiedocument op te stellen voor de eigen klinische zorg. De bedoeling is dat de cliëntenraden met de zorgaanbieder in gesprek gaan over het visiedocument. Relevant in dit kader is de opsomming van thema's⁴ die in dit visiedocument aan de orde kunnen komen:

- Nazorg, vervolgzorg, doorplaatsing naar definitieve voorzieningen (RIBW), ketenzorg
- De rol van familie en/of cliëntenraden bij zorgprogramma's, gericht op langdurige zorg
- De rol van familie bij behandelplannen voor langdurige zorg
- Triadekaart
- Familiebeleid
- Zinvolle dagbesteding
- Dwang en drang/anti separeerbeleid
- Crisiszorg/crisiskaart
- Rol van ACT en FACT team bij afbouw van klinische capaciteit
- Rol van IPT i.p.v. een klinische opname

Agis en Achmea

Agis en Achmea kwamen dit jaar voor het eerst met een gezamenlijk zorginkoopbeleid voor de curatieve ggz. Dit heeft volgens Agis tot gevolg dat het aantal inkoopcriteria dit jaar fors gereduceerd is in vergelijking met voorgaande jaren. Agis en Achmea hebben een lijst met criteria opgesteld waarin gevraagd wordt naar prestatie-indicatoren, algemene instellingsvragen, informatievragen en vragen over specifieke deelmarkten: preventie, zorg met een enkele diagnose op As I en As II, complexe zorg volwassenen en ouderen, jeugd, LZA OGGZ doelgroep. De voor ggz-cliënten relevante criteria zijn in de lijst opgenomen, bijvoorbeeld prestatie-indicatoren dwang en drang en het faciliteren van lotgenotencontact. In Bijlage 2 is de uitgebreide lijst vastgelegd.

Nieuw is dat Agis de cliëntenraden een meer prominente rol wil geven in de zorginkoop. In een brief van Agis gericht aan de zorgaanbieders en de cliënten- en familieraden schrijft Agis: *“Aanvullend bestaat vanuit de cliëntvertegenwoordiging de wens meer betrokken te worden bij het beantwoorden van de vragen uit de zorginkoop die direct betrekking hebben op de cliëntenraad (CR) en/of familieraad (FR). Voor de zorginkoopprocedure 2011 kiezen wij er daarom voor de CR en/of FR rechtstreeks te bevragen.”*

De antwoorden van de CR en/of FR worden niet meegenomen in het bonus malussysteem (geen puntentoekenning) maar ze kunnen wel onderwerp van gesprek zijn in de zorginkoop.

⁴ Deze thema's zijn niet meegenomen in het overzicht van de cliëntentema's (Bijlage 2) omdat het visiedocument vrijblijvend is. Zorgaanbieders kunnen zelf beslissen of ze aandacht aan een thema besteden of niet.

De meest relevante indicatoren van Agis en Achmea voor de inkoop van ggz zijn:

1. De toepassing van meetinstrumenten om zicht te krijgen op de cliëntervaringen.
2. De manier waarop de zorgaanbieder zijn cliënten benadert (cliëntenraad, familieraad, dwang en drang). Deze criteria stelt verzekeraar vast in overleg met de cliëntenorganisaties.
3. De mate waarin een zorgaanbieder zich inzet voor ketensamenwerking (doelgroep, regio of een combinatie hiervan).
4. De verbeterplannen die de zorgaanbieder maakt op het niveau van de aanbieder / regio / markt (de verzekeraar beloont dit eventueel). Bijvoorbeeld het verminderen van de opnameduur, projecten voor de verhoging van de respons op cliëntervaringsinstrumenten of projecten voor zorginnovatie, de inzet van ervaringsdeskundigen en de verbetering van bestaande processen.

Agis meldt daarnaast ook dat ze gezamenlijk met cliënten, cliëntenorganisaties en zorgaanbieders de criteria van vorig jaar hebben geëvalueerd. Hieruit kwamen drie belangrijke verbeterpunten naar voren, die de verzekeraar zoveel mogelijk verwerkt heeft in de criteria voor 2011:

1. Cliëntenraden zagen weinig concreet effect van de aandacht voor kwaliteitsthema's in de zorginkoop.
2. Zorgaanbieders vonden de hoeveelheid en het detailniveau van de zorginkoopcriteria erg belastend.
3. De voornamelijk generiek opgestelde inkoopcriteria deden soms onrecht aan het aanbod van (vooral) specialistische zorgaanbieders.

CZ

CZ heeft het inkoopbeleid voor de curatieve ggz in samenwerking met Uvit opgesteld binnen het Representatiemodel van Zorgverzekeraars Nederland.

De uitgangpunten van het inkoopbeleid zijn onder andere:

A. Transparantie:

1. DBC als voertaal
2. Prestatie-indicatoren: CZ/UVIT heeft een selectie gemaakt van vijf indicatoren waarover in het inkoopgesprek gesproken zal worden. Dit betreft:
 - Verandering van ernst problematiek
 - oordeel cliënt
 - gemeten verbetering van klachten bij de diagnosegroepen:
 - Drop out per diagnosegroep
 - Goede samenwerking met ketenpartners
 - Adequate bejegening door de hulpverlener
 - Insluiting en dwangmedicatie

B. Doelmatigheid

1. Afbouw van klinische capaciteit
2. Gemiddelde (DBC) prijzen
3. POH GGZ, 1^e en 2^e lijn

C. Kwaliteit: overig

1. Cliëntenparticipatie, waaronder overleg met cliëntvertegenwoordigers over zorginkoop

DSW heeft het inkoopbeleid voor de curatieve ggz samen met Azivo en CZ opgesteld voor de regio Haaglanden. DSW heeft dezelfde uitgangpunten van het inkoopbeleid als CZ/Uvit, het zijn onder andere:

A. Transparantie:

1. DBC als voertaal
2. Prestatie-indicatoren: DSW heeft een selectie gemaakt van vijf indicatoren waarover in het inkoopgesprek gesproken zal worden. Dit betreft:

- Verandering van ernst problematiek
 - oordeel cliënt
 - gemeten verbetering van klachten bij de diagnosegroepen:
- Drop out per diagnosegroep
- Goede samenwerking met ketenpartners
- Adequate bejegening door de hulpverlener
- Insluiting en dwangmedicatie

B. Doelmatigheid

4. Afbouw van klinische capaciteit
5. Gemiddelde (DBC) prijzen
6. POH GGZ, 1^e en 2^e lijn

C. Kwaliteit: overig

- a. Cliëntenparticipatie, waaronder overleg met cliëntvertegenwoordigers over zorginkoop

De Friesland

De Friesland heeft het document: "*De Klant als kompas*" *Strategisch zorginkoopbeleid De Friesland Zorgverzekeraar 2010 – 2013*. Dit document bestond al voordat de gesprekken met de cliëntvertegenwoordigers van start gingen en is sectoroverstijgend. In het niet sectorspecifieke deel komen de volgende doelstellingen aan de orde:

- Klantgerichtheid van de zorginkoop
- Kwaliteit en transparantie
- Partnerships
- Zelfmanagement, E-health, ICT en innovatie

Eén paragraaf is specifiek aan de ggz gewijd. De verzekeraar formuleert voor het ggz-beleid dat ze substitutieruimte willen creëren en prijsstijgingen en volumegroei in de 2^e lijns ggz willen vertragen, leidend tot kwaliteitsverbetering en kostenverlaging. Dit willen ze bereiken door:

- Basis ggz functie ontwikkelen om de instroming naar de langdurende zorg te beperken: Afspraken wordt gemaakt met huisartsen, POH ggz en eerstelijns psychologen.
- Inzetten op zelfmanagement: 1- een online diagnostische tool voor de meest voorkomende diagnoses in de ggz, waarmee de klant zijn of haar vraag richting de huisarts kan verduidelijken. 2- afspraken met zorgaanbieders over het (online) beschikbaar stellen van informatie voor klanten gericht op zelfmanagement en 3- het in voorkomend geval verwijzen van klanten naar (online) zelfhulpgroepen.
- Preventie: Zicht krijgen op verschillende preventieactiviteiten die zorgaanbieders leveren. Vervolgens plan van aanpak opstellen met preventieactiviteiten voor nog nader te bepalen klantgroepen.

- Indicatiestelling: hierop sturen en actief monitoren. Met huisartsen, POH ggz, eerstelijns psychologen afspraken maken over diagnostiek, verwijzing, deskundigheidsbevordering gericht op kwalitatieve indicatiestelling binnen een basis ggz voorziening.
- Substitutie van intramurale behandeling: Op basis van de analyse van de huidige regionale situatie, concretiseren van de substitutie- doelstelling en hierover afspraken met zorgaanbieders;
- Kwaliteit verbeteren: Implementatie van ROM in behandeling en begeleiding van klanten en informatie aanleveren ten behoeve van de benchmark.

Uvit

Uvit heeft in de documenten *De klant aan het roer 2011* en *Beleid langdurige ggz* het inkoopbeleid, het contracteerbeleid en de inkoopssystematiek voor de zorgkantoren beschreven. Het gaat dus om de vanuit de AWBZ gefinancierde zorg. De bij het LPGGz-traject betrokken cliëntvertegenwoordigers hebben nog niet met de zorgverzekeraars over de curatieve ggz gesproken.

In het eerst genoemde document staat de centrale visie en in het tweede document de visie op het beleidsterrein ggz.

De inkoop van AWBZ-zorg is en blijft gecentreerd rond de hoofddoelstellingen: 1. Voldoende zorg, 2. Zorg van kwalitatief verantwoord niveau, 3. Voldoende keuzemogelijkheden, 4. Doelmatige zorglevering, 5. Betaalbare zorg voor de maatschappij en 6. Afspraken tussen klant, zorgaanbieder en Zorgkantoor worden nagekomen.

Nieuw is dat de zorgkantoren nu het zwaartepunt gaan leggen op “de klant aan het roer”. Ze willen in de periode 2011 en daarna de volgende resultaten behalen:

- A. De klant heeft begrijpelijke en toegankelijke informatie om te kunnen kiezen voor zorgaanbod.
- B. De klant heeft toegang tot zorg die ook beschikbaar en bereikbaar is en die voldoet aan zijn/haar specifieke eisen.
- C. De klant merkt de voordelen van ketenzorg.
- D. De klant kan meedenken met de organisatie.
- E. De klant kan gebruik maken van een laagdrempelige effectieve klacht- en geschillenbehandeling.
- F. De klant krijgt zorg die goed en veilig is.
- G. De klant kan rekenen op een correcte informatie-uitwisseling en dossiervorming, en kan zijn eigen privacy bewaken.

Specifiek voor de langdurende ggz hebben de zorgkantoren de visie dat gestreefd moet worden naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. In dit kader hebben de zorgkantoren een voorkeur voor : 1. Het scheiden van wonen en zorg, 2. Het op een verantwoordelijke manier afbouwen van verblijfszorg (voor cliënten met een lage ZZP C indicatie), 3. Het verder vormgeven van zinvolle dagbesteding via de ketenbenadering waarbij aansluiting wordt gezocht bij andere voorzieningen en reguliere arbeid.

De zorgkantoren zullen terughoudend zijn bij het honoreren van uitbreiding van reguliere klinische capaciteit en woonvoorzieningen.

Trends

Samenvattend lijken er een aantal trends gaande. Hierbij blijven meer algemene trends rondom de DBC's, beddenafbouw en de ROM-systematiek buiten beschouwing omdat het niet de thema's zijn waar de cliënten zich primair mee bezig houden.

1. Het gegeven dat het LPGGz vanaf eind 2009 bezig is met de cliëntenparticipatie (bij de zorginkoop) is terug te zien in de inkoopplannen. Alle verzekeraars, op De Friesland na, maken expliciet melding van zorginkoopcriteria of uitgangspunten op het terrein van de cliëntenparticipatie.
2. Ketenzorg en samenwerking in ketenverband wordt in alle inkoopplannen genoemd.
3. De rol van familie en naasten wordt bij Menzis en Agis /Achmea expliciet genoemd, de overige verzekeraars zijn daar minder duidelijk over.
4. Met name Menzis en Agis willen dat de zorgaanbieders beleid ontwikkelen op een aantal voor cliënten belangrijke thema's (bv. crisiskaart, lotgenotencontact of dwang en drang), de overige verzekeraars nemen daar geen of een enkel criterium voor op.

De inkoopcriteria zijn veelal niet SMART geformuleerd. In het inkoopbeleid is doorgaans veel aandacht e voor procedures en processen en minder voor concrete verbeterpunten.

3.3. Vergelijking prioriteiten cliënten en criteria verzekeraars

Het is niet exact te achterhalen of en hoe de cliënteninbreng opgenomen is in het inkoopbeleid. Het zal niet altijd een lineair proces zijn, in de zin van: cliënten noemen een thema en de zorgverzekeraar neemt het vervolgens mee in de inkoopcriteria. Er is bijvoorbeeld niet onderzocht in hoeverre de thema's in de voorgaande jaren ook al in het inkoopbeleid waren opgenomen. Soms stond het inkoopbeleid al op papier voordat de gesprekken met de cliëntenvertegenwoordigers van start gingen (De Friesland) en soms is het inkoopbeleid tot stand gekomen zonder dat er een startbijeenkomst georganiseerd is (DSW, had wel de verzekerderraad gesproken). Af en toe is een thema dat de cliënten hebben aangedragen opgenomen maar de uitkomst die de verzekeraar op dat punt voor ogen heeft, lijkt te verschillen met de beoogde uitkomst van de cliënten. Cliënten geven bijvoorbeeld aan behoefte te hebben aan een praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH GGZ), een verzekeraar neemt een criterium op dat de POH GGZ niet vanuit de 2^e lijns ggz gefinancierd mag worden.

Hoewel hier en daar de cliëntenwensen en de inkoopcriteria volledig op elkaar aansluiten is dat zeker niet altijd het geval. In het schema in Bijlage 2 is de regionale cliënteninbreng per verzekeraar opgenomen en zijn de inkoopcriteria die corresponderen er naast gezet. De wijze waarop de thema's zijn opgenomen is arbitrair:

- Sommige inkoopcriteria van de verzekeraars sluiten aan op meerdere cliëntentema's. In dergelijke gevallen is een dergelijk criterium maar één keer opgenomen.
- Dat wat beoogd wordt met de cliënteninbreng zal niet altijd volledig aansluiten op de intentie van de verzekeraar met een inkoopcriterium.
- Cliëntenvertegenwoordigers en verzekeraars spreken niet altijd de zelfde taal en dat maakt het matchen lastiger.

In paragraaf 3.1 onderscheiden we zes hoofdthema's in de prioriteiten die cliënten in het LPGGz-programma naar voren hebben gebracht. In deze paragraaf wordt gefocust op deze zes thema's en de inkoopcriteria die hierop aansluiten (de overige thema's en corresponderende inkoopcriteria staan in Bijlage 2).

Tabel 3 op de volgende pagina geeft een overzicht per thema van de inkoopcriteria die de respectievelijke zorgverzekeraars op deze thema's hebben geformuleerd. Alleen het CZ-onderdeel wijkt af: in de eerste rij zijn de inkoopcriteria opgenomen uit het inkoop beleid, in de tweede rij staat de reactie⁵ van de vertegenwoordiger van CZ op de cliënteninbreng uit de regio's.

Uit Tabel 3 blijkt dat de meeste verzekeraars rond elk van de zes thema's die cliënten hebben aangedragen wel een criterium hebben geformuleerd. De inkoopcriteria variëren echter sterk qua diepgang en reikwijdte. Dit heeft tot gevolg dat de criteria veelal onvoldoende aansluiten bij de thema's die cliënten hebben aangedragen. Ofwel de inkoopcriteria zijn slechts deels een antwoord op de 'vraag' van cliënten. Soms is er een beperkte dekking, bijvoorbeeld bij het thema 'Familiebeleid' staat: 'Afspraken over omgang met naasten in dossier?' Soms zijn de inkoopcriteria weinig specifiek, bijvoorbeeld 'Beleid m.b.t. cliënt/familie/betrokkenen participatie'. Uit de reactie van CZ op de cliënteninbreng blijkt dat veel van de inkoopplannen (nog?) niet vertaald zijn in inkoopcriteria, zo is er geen criterium opgenomen voor inkoopbeleid maar uit de reactie blijkt dat CZ het wel ter sprake wil brengen.

Wanneer de cliënteninbreng en corresponderende inkoopcriteria in hun geheel (zie Bijlage 2) geanalyseerd worden, vallen een aantal zaken op:

1. De cliënten hebben veel en uiteenlopende thema's ingebracht. Hiervan komt maar fractie in het inkoopbeleid aan de orde.
 - Ad 1.: Vanuit cliëntenzijde worden vaak heel concrete behoeften geformuleerd, bijvoorbeeld aandacht voor tandheelkundige behandeling, taxivervoer beter en efficiënter regelen en terugvalpreventiegroepen geleid door ervaringsdeskundigen. Verzekeraars nemen voorsnog deze concrete thema's niet over en formuleren doorgaans hun beleid meer in algemene termen.
2. Soms worden criteria geformuleerd door verzekeraars die niet door cliënten zijn ingebracht.
 - Ad 2. Sommige verzekeraars (bijvoorbeeld Menzis) besteden in hun inkoopbeleid aandacht aan specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld kinderen en jongeren of ouderen) waar de RET's geen criteria voor ontwikkelden.
 - Ad 2. Verzekeraars (bijvoorbeeld Menzis) nemen af en toe thema's op in het inkoopbeleid waar de cliëntenvertegenwoordigers niets of weinig over op papier zetten (bijvoorbeeld aandacht voor het verblijfsaanbod).
 - Ad 2. Soms besteedt een verzekeraar veel aandacht aan een thema (bijvoorbeeld dwang en drang of somatische screening door Agis/Achmea) terwijl de RET dat niet doet.
3. De thema's zijn veelal nog niet SMART geformuleerd, niet door cliënten en niet door verzekeraars.
 - Ad 3. Sommige verzekeraars formuleren het inkoopbeleid (deels) op een meetbare manier. Zorgaanbieders kunnen ja of nee antwoorden op vragen of worden gevraagd naar een percentage (bijvoorbeeld uitkomst meting met de Consumer Quality Index (CQ-Index)). Andere verzekeraars nemen in het inkoopbeleid op dat zij iets belangrijk vinden of dat de cliënt gebruik moet kunnen maken van bepaald aanbod.

⁵ CZ heeft de afzonderlijke thema's van de RET's samengevoegd en er per thema een cijfer en een reactie aan toegevoegd: (1) Wat CZ al doet, (2) Wat CZ niet (kan) doen en (3) Wat CZ oppakt (intern). Niet alle thema's van de cliëntvertegenwoordigers zijn opgenomen in deze lijst.

Tabel 3 Cliëntentema's en corresponderend inkoopbeleid

Opgenomen in zorginkoop-beleid	Zelfhulp, ervaringsdeskundigheid, lotgenotencontact, cliëntgestuurde initiatieven	Betrokkenheid familie	Informatievoorziening	Kwaliteit van zorg	Behoeftte aan (specifiek) zorgaanbod, onder andere crisiskaart, dagbesteding en nazorg	Toegang tot de zorg en toegankelijkheid, ketenzorg en wachtlijsten en -tijden
Menzis	Ondersteuning bij leggen sociale contacten en aangaan maatschappelijke activiteiten. Heeft cliëntenparticipatie structurele plek beleidsproces?	Beleid m.b.t. cliënt/familie/ betrokkenen participatie	Verder ontwikkelen van het meten en beoordelen cliënttevredenheid	ROM onderdeel zorgproces, Prestatie Indicatoren evalueren met CV ⁶ en verbeterplan maken Behandeltrajecten uitwerken in zorgprogramma's en paden	Verder ontwikkelen zorgprogrammering Groei job-coaching stimuleren	Publicatie wachttijden Keten onderzoeken om doorstroom te verbeteren Netwerk wonen en werken realiseren
Agis	Gebruik maken van betaalde en geschoolde ervarings-deskundigen? Lotgenotengroepen faciliteren? Gebruik maken van herstelbenadering als integraal onderdeel van begeleiding LZA OGGZ doelgroep	Afspraken over omgang met naasten in dossier?	Mening cliënten: adequate informatie-verstrekking? Informed consent ervaren door cliënten?	Trajectplan waarin alle levensgebieden zijn ingevuld?	Crisiskaart en/of signaleringsplan samen met cliënt opstellen? Trajectplan waarin alle levensgebieden zijn ingevuld? Zorg leveren aan allochtonen en specifiek aanbod voor alle levensovertuigingen? Zinnvolle dagbesteding besproken en vastgelegd?	Spreekuur buiten kantooruren? (F)ACT-teams voldoen aan kenmerken Amerikaans organisatiemodel? Zorgplannen meerdere aanbieders op elkaar af gestemd?
De Friesland	ZA kunnen cliënten verwijzen naar (online) zelfhulpgroepen		Stimuleren online toepassingen en ontwikkelingen	Implementatie ROM in behandeling en begeleiding van cliënten en informatie aanleveren voor de benchmark	Plan van aanpak opstellen met preventieactiviteiten voor cliëntengroepen	Belang ketenzorg wordt in algemeenheid benadrukt niet specifiek voor ggz.

⁶ Cliëntvertegenwoordigers

Opgenomen in zorginkoop-beleid	Zelfhulp, ervaringsdeskundigheid, lotgenoten-contact, cliëntgestuurde initiatieven	Betrokkenheid familie	Informatie voorziening	Kwaliteit van zorg	Behoeftes aan (specifiek) zorgaanbod, onder andere crisiskaart, dagbesteding en nazorg	Toegang tot de zorg en toegankelijkheid, ketenzorg en wachtlijsten en -tijden
Uvit	Projecten die scheiden van wonen en zorg stimuleren. Mn. ondersteuningsmethodieken gericht op herstel en re-integratie van cliënten binnen hun maatschappelijke omgeving, bijv. ACT. Cliënt kan met ZA meedenken. Functionerende CR en FR: inbreng vanuit cliëntenperspectief en terugkoppeling over de zorg.		Cliënt heeft voordeel van correcte informatie-uitwisseling en dossiervorming en kan eigen privacy bewaken. De cliënt heeft begrijpelijke en toegankelijke informatie die hem/haar de mogelijkheid geeft een bewuste keuze te maken uit het zorgaanbod.	Keuzes van cliënt komen in zorg(leef)plan dat op basis van gelijkwaardigheid met ZA ⁷ wordt besproken. De cliënt kan gebruik maken van een laagdrempelige effectieve klacht- en geschillenbehandeling. De cliënt krijgt zorg die goed en veilig is.	Verdere vormgeving van zinvolle dagbesteding, waarbij een ketenbenadering wordt gehanteerd en aansluiting wordt gezocht bij andere voorzieningen en reguliere arbeid.	De cliënt merkt de voordelen van ketenzorg. Afstemming van de verschillende disciplines dient de basis te zijn om gezamenlijk geformuleerde resultaten te halen.
CZ				Inkoopgesprekken worden gevoerd over vijf prestatie-indicatoren ⁸		Goede samenwerking met ketenpartners
CZ reactie	Herstelondersteunende zorg is geen verzekerde zorg, wenselijkheid bespreken in overleg over oplossingen m.b.t. kwaliteit dienstverlening. Ervaringsdeskundigheid, zelfhulp en lotgenoten-contact: moet dit opgenomen worden in aanvullende verzekering? Uitbreiden cliëntgestuurde projecten: overleg, deels niet verzekerde zorg.	Familiebeleid taak ZA CZ gaat het bespreken.	Overzicht (niet) gecontracteerde en ZA op website CZ. Voorstel bespreken om cliëntenverenigingen e.d. op te nemen.	Cliëntbetrokkenheid bij zorginkoop: er vindt monitoring plaats op doorverwijzen en gesprekken met ZA. Meten effectiviteit van zorg gebeurd maar aard en frequentie verschilt. Stimuleren afname CQ-Index. Terugkoppeling naar cliënten: weerstand bij ZA.	POH GGZ wordt gestimuleerd, huis-artsen afwachtend. Nazorg als onderdeel individuele behandeling. Er is aandacht voor crisisopnamen.	Aandacht voor wachttijden in inkoopplan. Ketenzorg: CZ vraagt het uit, nieuwe ZA moeten zich op dit gebied onderscheiden. Er is regionaal overleg tussen verschillende partijen (niet overal intensief, zonder CV). ZB kan gaan participeren. Open instroombeleid nieuwe ZA.

⁷ Zorgaanbieder

⁸ Verandering in ernst problematiek, Drop out, Goede samenwerking ketenpartners, Adequate bejegening door de hulpverlener, Insluiting en dwangmedicatie

3.4. Oordelen over de raadplegingsresultaten

Tijdens de interviews met de cliëntvertegenwoordigers en de vertegenwoordigers van de verzekeraars is gevraagd: 1. In hoeverre het cliëntenperspectief nu beter zichtbaar is in vergelijking met de voorgaande jaren, en 2. Welke verschillen de betrokkenen opmerken.

Veel in gang gezet

Vrijwel alle betrokkenen zijn van mening dat dit jaar veel in gang gezet is. Zo wordt vanuit cliëntenzijde hierover onder andere gezegd:

1. Er is nu structureel overleg op het juiste moment in de inkoopcyclus.
2. De cliënteninbreng krijgt nu systematisch meer aandacht en het wordt belangrijk gevonden. Door het bonus malus systeem zijn er sancties als een zorgaanbieder afspraken niet nakomt.
3. Concreet zorgaanbod wordt ontwikkeld nu cliënten er aandacht voor gevraagd hebben (bv. het inzetten van ervaringsdeskundigheid).

Wel wordt benadrukt dat verzekeraars de cliëntvertegenwoordigers niet moeten gebruiken als excuustruus door formuleringen als “Inkoopbeleid mede vorm gegeven door cliënten”. Er is inspraak maar het is nog niet gelijkwaardig en het is nog vrijblijvend.

Verzekeraars merken op dat:

1. De cliënteninbreng nu een expliciet onderdeel is van het inkoopbeleid. De intentie is er om elkaar vaker te spreken.
2. De partijen vinden elkaar nu makkelijker.

Verzekeraars merken op dat er nog veel moet gebeuren. Maar door de expliciete aandacht voor de cliëntenparticipatie, zijn de partijen er actief mee aan de slag.

Zichtbaarheid cliëntenperspectief

Hoewel de respondenten vrijwel unaniem van mening zijn dat het cliëntenperspectief nu beter zichtbaar is, komt dat minder expliciet naar voren uit het documentenonderzoek (zie vorige paragraaf). Tijd tijde van de interviews waren veel cliëntvertegenwoordigers nog niet (volledig) op de hoogte van het inkoopbeleid van de verzekeraars. Een aantal van hen had desondanks de indruk dat de cliënteninbreng slechts beperkt was opgenomen in het inkoopbeleid. Eén cliëntvertegenwoordiger merkte juist op dat vrijwel alles was overgenomen door de verzekeraar (Agis).

Ten tijde van dit onderzoek was bij cliëntenvertegenwoordigers nog niet volledig duidelijk wat bereikt was. Vooral van cliëntenzijde was er behoefte aan een evaluatie (deze lag bij veel regio's ook in de planning). Tijdens de evaluatie kan de verzekeraar immers uitleggen waarom de cliënteninbreng al dan niet opgenomen is. Tevens kunnen afspraken gemaakt worden over de volgende zorginkoopcyclus.

Formulering cliënteninbreng en inkoopcriteria

Volgens de cliëntvertegenwoordigers zijn sommige punten heel concreet geformuleerd en hadden andere punten scherper (meer SMART) gekund. Sommige RET's hebben meer een visie gegeven dan dat zij concrete thema's hebben verwoord. Maar de cliëntenvertegenwoordigers vinden het goed genoeg om mee aan de slag te gaan.

Verschillende afgevaardigden van de verzekeraars waren ook van mening dat de inbreng vanuit cliëntenzijde niet altijd even SMART is. Menzis merkte op dat het nog niet allemaal te vertalen is in een bonus-malusregeling: dit wordt ondervangen door de zorgaanbieder te vragen naar een visiedocument waarin de zorgaanbieder de activiteiten op verschillende thema's beschrijven. Dit document is vervolgens de basis voor een dialoog met de cliëntenraad.

De vertegenwoordiger van Menzis was ook van mening dat verzekeraars moeten leren om de juiste vragen te stellen. Een verzekeraar wijst er op dat het soms lastig is om de cliënteninbreng te veralgemeniseren zodat het voor alle zorgaanbieders in een regio relevant is. De inbreng heeft meer uitwerking nodig: hier moet eerder mee gestart worden.

Bij bestudering van de inkoopcriteria werd overigens ook duidelijk dat van verzekeraarszijde nog veel te winnen is qua SMART-formuleringen.

Invloedsfeer verzekeraar

Verzekeraars blijken er uiteenlopende meningen op na te houden over wat in hun ogen wel tot hun invloedsfeer behoort en wat niet. Het gebeurt dat de cliëntenvertegenwoordigers thema's aandragen waarvan de verzekeraar zegt dat het niet tot hun takenpakket behoort maar bijvoorbeeld tot dat van de zorgaanbieder. Opvallend is dat andere verzekeraars het op één of andere wijze wel in hun inkoopbeleid opnemen. Het gaat bijvoorbeeld om thema's als inzet ervaringsdeskundigen en zelfhulp, dagbestedingsaanbod en aandacht voor somatische zorg.

4. Conclusies en aanbevelingen

In het eerste deel van dit hoofdstuk worden enige conclusies getrokken op basis van de interviews en de analyse van de documenten. In het tweede deel worden enige aanbevelingen geformuleerd.

4.1. Conclusies

In gesprek

In veel regio's zijn zowel de cliëntvertegenwoordigers als de zorgverzekeraars voortvarend aan de slag gegaan om de cliëntenparticipatie bij de zorginkoop te vergroten. Het contact tussen de partijen is geïntensiveerd en verbreed. Voorheen hadden verschillende ZB-en en RCO's jaarlijks contact met de zorgkantoren. In deze inkoopcyclus: 1. hebben uiteenlopende cliënten(vertegenwoordigers) een inbreng gehad (o.a. tijdens startbijeenkomsten), 2. waren er meerdere contactmomenten, 3. is (ook) het contact met de zorgverzekeraars tot stand gekomen en 4. hebben zorgverzekeraars beter zicht gekregen op wat leeft bij cliënten.

Landelijke structuur

Er is in dit opstartjaar nog geen sprake van een uniforme landelijke structuur. Ook in de regio's waar het LPGGz-traject gevolgd is, loopt de werkwijze uiteen. Er zijn (grote) verschillen in de wijze waarop startbijeenkomsten, de RET's, de financiering van de cliënteninbreng en terugkoppelingsmomenten georganiseerd zijn.

Hoewel slechts in drie regio's (Menzis, Agis en CZ) gewerkt is conform de LPGGz-methodiek (startbijeenkomsten, RET's en financiering) is toch een aardig beeld ontstaan van de voordelen en kwetsbaarheden van deze methodiek. Het volgende kan geconcludeerd worden:

1. Startbijeenkomsten worden gewaardeerd maar verschillende partijen vragen zich af of dit jaarlijks herhaald moet worden.
2. De RET-methodiek lijkt effectief maar moet verder uitgewerkt worden: 1- evenredige afvaardiging zoeken vanuit diverse cliënten- en familieorganisaties, 2- RET's kunnen naast bijebrengen, prioriteren en SMART formuleren van de cliënteninbreng, ook activiteiten ontwikkelen rond monitoren en toetsen wat er is gebeurd met de cliënteninbreng, 3- taakverdeling maken tussen CR en ZB/RCO met betrekking tot aanwezigheid tijdens tripartiet overleg.
3. Het werken met een RET lijkt efficiënt maar RET's moeten wel geëquipeerd worden om hun werk goed te doen, ze hebben bijvoorbeeld voldoende middelen en scholing over de inkoopprocedure nodig.

Tijdsplanning

Door tijdsgebrek is het zorginkoopproces niet optimaal verlopen. Zowel cliëntvertegenwoordigers als vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geven aan dat door tijdgesprek verschillende stappen te snel gezet moesten worden of zelfs niet gezet zijn (bijv. terugkoppeling).

Aan de zijde van de zorgverzekeraars is de menskracht beperkt voor de zorginkoop voor de ggz. Dit gaat ten koste van de mogelijkheden om gesprekken te voeren met de verschillende partijen en wellicht ook ten koste van het gezamenlijk verder uitwerken van het inkoopbeleid.

Onderhandelingen

In projectplan van het LPGGz-programma wordt er van uitgegaan dat cliëntenvertegenwoordigers op een bepaald moment gaan onderhandelen met de zorgverzekeraars over de thema's die vanuit cliëntenperspectief in het inkoopbeleid opgenomen moeten worden. Een punt van aandacht is dat in deze cyclus gesproken is over de thema's maar dat cliëntenvertegenwoordigers niet toegekomen zijn aan daadwerkelijke onderhandelingen. Cliëntenvertegenwoordigers hebben nog te weinig zicht op het vervolg van het inkoopproces nadat zij de cliënteninbreng aan de verzekeraar hebben gegeven. Cliëntenvertegenwoordigers hebben in die zin nauwelijks of geen invloed op het uiteindelijke inkoopbeleid. Verzekeraars nemen de cliënteninbreng al dan niet op in het inkoopbeleid en zeggen toe (cliënten)thema's aan de orde te stellen tijdens de inkoopgesprekken met de zorgaanbieder. Vooral nog is echter niet duidelijk hoe en in welke mate dit gebeurt. Alleen wanneer cliëntvertegenwoordigers aanwezig zijn tijdens de inkoopgesprekken met de zorgaanbieder kunnen zij daar zicht op krijgen, maar dat eerste gebeurt nog zeer weinig.

Cliënteninbreng

In dit eerste jaar is gekozen voor een bottom-up benadering. Een belangrijke reden daarvoor is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij regionale ervaringen en cliëntenvertegenwoordigers de mogelijkheid te geven lokale thema's naar voren te brengen. Na analyse blijkt dat er weliswaar lokale thema's naar voren zijn gebracht maar dat veel thema's toch niet specifiek regiogebonden zijn. Er is een zestal thema's dat de cliëntvertegenwoordigers in vrijwel alle regio's belangrijk vindt, namelijk:

- Zelfhulp, ervaringsdeskundigheid, lotgenotencontact, cliëntgestuurde initiatieven
- Betrokkenheid familie
- Informatievoorziening
- Kwaliteit van de zorg
- Behoeftte aan (specifiek) zorgaanbod, onder andere crisiskaart, dagbesteding en nazorg
- Toegang tot de zorg en toegankelijkheid, ketenzorg en wachtlijsten en –tijden

De meeste verzekeraars hebben één of meerdere inkoopcriteria geformuleerd bij deze zes thema's. De inkoopcriteria variëren echter sterk qua diepgang en reikwijdte met als gevolg dat de criteria veelal niet voldoende aansluiten bij de thema's die de cliënten hebben ingebracht. Wanneer de cliënteninbreng en corresponderende inkoopcriteria in hun geheel (zie Bijlage 2) geanalyseerd worden, valt onder andere op dat de cliënten veel en uiteenlopende thema's ingebracht hebben. Over het algemeen komt hiervan maar fractie in inkoopbeleid aan de orde. Agis en Menzis vallen hierbij in positieve zin op.

Verzekeraars nemen de cliënteninbreng op verschillende manieren op in het inkoopbeleid. Soms worden pressiemiddelen (bonus-malusregeling, scores, korten op budgetmaximum of ophogen garantiebudget) ingezet om zorgaanbieders concrete activiteiten te laten ontplooiën. Soms vragen ze de zorgaanbieders om een visiedocument te maken en daarin de activiteiten te benoemen die ze gaan ontplooiën op bepaalde cliëntenthema's. Soms gaat de verzekeraar de cliënten en familiaaraad (CR en FR) van een zorgaanbieder rechtstreeks bevragen over de thema's die de CR of FR aangaan.

Het feit dat een thema is opgenomen in het inkoopbeleid, betekent niet in alle gevallen, dat er concreet iets mee gaat gebeuren. Kwalificaties als: "Er zal overleg over gevoerd worden", "Het beleid is gericht op" en "Er is aandacht voor" zijn vrijblijvende en weinig SMART geformuleerd zinsnedes.

Verzekeraars gaan wisselend om met thema's als het inzetten van ervaringsdeskundigheid, lotgenotencontact en zelfhulp. De een neemt het op in het inkoopbeleid, de ander vraagt de zorgaanbieder een visiedocument te maken waarin dit is opgenomen en een derde meldt dat het niet tot de invloedssfeer van een verzekeraar behoort. De creativiteit en taakopvatting van zorgverzekeraars loopt dus uiteen.

4.2. Aanbevelingen

In gesprek

Van belang is voort te gaan op de ingeslagen weg en de contacten te intensiveren. De cliëntvertegenwoordigers moeten onderling nagaan of jaarlijkse startbijeenkomsten nodig zijn. Wellicht kan ook op andere manieren achterhaald worden wat onder cliënten speelt. De CR-en en FR-en kunnen hierin een signalerende rol hebben. Daarnaast kunnen leden van het RET periodiek een gesprek voeren met bijvoorbeeld een klachtencommissie, een cliënten- of familievertrouwenspersoon in de instelling en/of een medewerker van een regionaal ggz steunpunt om te inventariseren wat speelt. Een punt van aandacht voor de volgende ronde is dat het één en ander in zijn algemeenheid wat systematischer en gestructureerder aangepakt kan worden.

Het is het meest efficiënt wanneer de cliëntvertegenwoordigers gelijktijdig met de vertegenwoordigers van de zorgverzekeraar en het regionale zorgkantoor kunnen spreken over zorg (die ofwel via de Zvw ofwel via de AWBZ gefinancierd wordt). De cliënten(vertegenwoordigers) horen geen last te hebben van een onderscheid in verschillende financieringsstromen. Zorginkopers vanuit de AWBZ en de Zvw kunnen de thema's oppakken die binnen hun invloedssfeer liggen. Dit komt ten goede aan de ketenzorg. In praktijk gebeurt dit ook bij verschillende zorgverzekeraars. Het is wenselijk dat in de toekomst ook vertegenwoordigers van de (centrum)gemeente aansluiten bij het overleg omdat er dan ook aandacht besteed kan worden aan de zorg en ondersteuning die vanuit de Wmo gefinancierd wordt.

Het komt de vraaggerichtheid van de zorg ten goede, wanneer het tripartiete overleg rond de zorginkoop tussen cliëntvertegenwoordigers, verzekeraars en aanbieders geïntensiveerd wordt en wanneer dit overleg wat van karakter verandert. Vooral nog wordt vooral geprobeerd om inkoopcriteria in een bonus-malussysteem onder te brengen. Dit zal veelal een goede oplossing zijn maar kan er ook toe leiden dat calculerend gedrag de overhand krijgt boven intrinsiek gemotiveerde veranderingsprocessen en verbeteringen binnen en rond de instellingen. Veel van de cliëntentema's lenen zich er voor om in gezamenlijkheid te verkennen, uit te werken en te implementeren: wat is mogelijk, wat zijn de verwachte knelpunten en welke acties kunnen de partijen afzonderlijk en gezamenlijk nemen om resultaten te bereiken? Een open gesprek rond deze vragen kan er wellicht tot leiden dat nadrukkelijker en meer in samenwerking aan een aantal gezamenlijke speerpunten gewerkt gaat worden.

Landelijke structuur

Nagedacht moet worden over de taakverdeling in het zorginkoopproces tussen het landelijk werkende LPGGz (en de lidinstellingen), de meer regionaal georiënteerde cliëntenorganisaties en de cliënten- en familieraden die vanuit het perspectief van één zorgaanbieder opereren. Een uitwerking kan zijn dat:

- Er een goede landelijke overlegstructuur rond de RET's vastgesteld wordt.
- In het landelijke overleg onder andere de volgende thema's aan de orde kunnen komen:
 - Welke landelijke ondersteuning kunnen RET's gebruiken?
 - Hoe kan die ondersteuning het best georganiseerd worden?
 - Hoe kan de communicatie tussen de RET's worden geoptimaliseerd?
 - Welke generieke methodieken en instrumenten kunnen ontwikkeld worden ten behoeve van regionale en de landelijke raadplegingsprocedures c.q. monitoring van de bereikte resultaten?
 - In hoeverre zouden de raadplegingsprocedures en de inhoudelijke inbreng nadrukkelijker vanuit een gezamenlijk, landelijk kader gestructureerd moeten/kunnen worden?
 - In hoeverre is een landelijke meerjarenplanning zinvol en haalbaar?
- Het LPGGz samen met vertegenwoordigers uit de regio's jaarlijks één of meerdere thema's benoemt die in alle regio's aan de zorgverzekeraars voorgelegd worden. Hierbij kan onderzocht worden wat het beste op landelijk niveau uitonderhandeld kan worden en wat op regionaal niveau. Waar nodig worden deze thema's ook SMART uitgewerkt door het LPGGz. Denk bijvoorbeeld aan de zes eerder genoemde thema's. De RET's kunnen zich dan vooral concentreren op de lokale thema's.
- RET's (waarin afgevaardigden van CR en FR zitting hebben) bespreken de landelijke thema's en meer regionaal georiënteerde thema's met verzekeraars.
- CR en FR oriënteren zich op de nadere uitwerking van de landelijke en regionale thema's op de situatie bij de specifieke zorgaanbieder en waar nodig brengen zij meer zorgaanbieder gebonden thema's in.
- Een afgevaardigde van een RET gaat samen met leden van de betreffende CR en FR naar het tripartiete overleg en ze brengen gezamenlijk de landelijke, regionale en aanbiederspecifieke thema's in.
- Er moet per regio gesproken worden over de rol van het LPGGz. Ter sprake kan komen: wie het initiatief neemt en wie de regie heeft. Op deze wijze kan het LPGGz het één en ander meer landelijke inkaderen en tegelijk optimaal gebruik maken van regionale contacten die er al zijn.

Tijdsplanning

Het is van belang dat er een ruim tijdspad is. Wenselijk is dat cliëntvertegenwoordigers samen een tijdsplanning maken waarin alle deadlines zijn opgenomen. In grote lijnen kan het er als volgt uitzien: In het eerste kwartaal starten met het formuleren van cliëntenwensen en het leggen van de eerste contacten met de zorgverzekeraar. In het tweede kwartaal starten van onderhandelingen met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar legt het conceptinkoopbeleid op tijd voor aan het RET zodat het RET tijd heeft om hierop commentaar te leveren. In het derde kwartaal worden de cliëntvertegenwoordigers in de gelegenheid gesteld om aanwezig te zijn bij de gesprekken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Nadat in het vierde kwartaal de inkoopcyclus is afgerond gaan zorgverzekeraar en RET met elkaar in gesprek om het proces te evalueren, verbeterpunten te formuleren, afspraken te maken over monitoring en een tijdsplan voor de volgende cyclus vast te stellen.

Het komt de efficiëntie en effectiviteit van het raadplegingsproces mogelijk ten goede wanneer het, zowel aan cliëntenzijde als aan verzekeraarszijde, meer gestructureerd verloopt. Dit geldt voor de tijdsplanning maar ook het onderhandelingsproces.

Onderhandelingen

Nu ervaring is opgedaan met het raadplegen van cliënten is het belangrijk om in de volgende inkoopcyclus aandacht te besteden aan de positie van de cliënten in het inkoopproces. Om valse verwachtingen te vermijden, moeten cliëntenvertegenwoordigers en de vertegenwoordigers van de verzekeraars afspraken maken over de reikwijdte van de invloed van cliënten: Waar mogen cliëntenvertegenwoordigers over meepraten en waarover mogen ze meebeslissen? Wanneer worden ze geconsulteerd? Welke rol krijgen ze in het tripartiete overleg? Hoe legt de verzekeraar verantwoording af over wat wel en wat niet bereikt wordt tijdens inkooponderhandelingen. Wezenlijk is om gezamenlijk de grenzen en mogelijkheden te verkennen. Dit om te voorkomen dat cliëntenvertegenwoordigers snel gedemotiveerd raken omdat zij de indruk krijgen weinig invloed te hebben terwijl ze wel veel inspanningen leveren.

Cliënteninbreng

In deze inkoopcyclus is gekozen voor een bottom-up aanpak. De cliëntvertegenwoordigers hebben in alle regio's afzonderlijk de cliënteninbreng uitgewerkt. Risico daarvan dat in alle regio's het wiel telkens opnieuw uitgevonden wordt. Landelijke aansturing en uniformering zijn voor een aantal thema's vermoedelijk zeker mogelijk en meer efficiënt. In deze cyclus zijn in ieder geval zes thema's naar voren gekomen die landelijk uitgewerkt kunnen worden. Een werkzame methode kan zijn dat alle regio's op projectbasis één thema onder de hoede nemen en met de regionale verzekeraar in gesprek gaan over de financiering van een dergelijk project. Het LPGGz kan hierin dan een coördinerende rol spelen. Op deze manier kan in betrekkelijk korte tijd een grote slag worden geslagen. Zowel de cliëntvertegenwoordigers als de verzekeraars profiteren van de uitkomsten, omdat criteria bijvoorbeeld meer SMART en daarmee meer bruikbaar geformuleerd zijn.

Tot slot

Vrijwel alle betrokkenen geven aan dat het cliëntenperspectief in vergelijking met de voorgaande jaren nu beter zichtbaar is. Het cliëntenperspectief krijgt systematisch en structureel meer aandacht. Verzekeraars merken op dat de cliënteninbreng nu expliciet een onderdeel is van het inkoopbeleid. Er is volgens cliëntenvertegenwoordigers inspraak maar het is nog niet gelijkwaardig en het is nog vrijblijvend. Het vergt bij alle partijen een omslag in het denken en dat kost tijd.

Bijlage 1 De interviews

Voor deze meting heeft het Trimbos instituut telefonische interviews gehouden met elf cliëntenvertegenwoordigers van de volgende organisaties:

Zorgbelang Groningen
Zorgbelang Gelderland
Huis voor de zorg (Limburg)
Klaverblad Zeeland
Zorgbelang Brabant
Zorgvragers Organisatie GGZ Midden-Holland (Gouda)
Stichting Aanzet (Friesland)
Zorgbelang Noord Holland (twee personen)
RCO De Hoofdzaak (Hoorn)
Cliëntenbelang Utrecht

Ook zijn telefonische interviews gehouden met vertegenwoordigers van zeven zorgverzekeraars die als marktleider actief zijn in verschillende regio's (zie Afbeelding 1 op de volgende pagina):

Menzis (marktleider in Groningen, Twente, Noord- en Oost-Gelderland en Gelderland Midden)
Agis (Achmea/Agis marktleider in de regio's Amsterdam, Utrecht, Flevoland en Overijssel)
UVIT (UVIT groep (Univé-VGA-IZA-Trias) is marktleider, samen met CZ, in Noord-Brabant en Limburg, en verder in de kop van Noord-Holland)
CZ (COZ-groep (CZ-Ohra-Delta Lloyd) marktleider in Zeeland en samen met UVIT in Noord-Brabant en Limburg)
DSW (regio's Delfland Schieland en Westland)
Achmea (Achmea/Agis marktleider in de regio's Amsterdam, Utrecht, Flevoland en Overijssel)
De Friesland (Friesland)

Afbeelding 1: Marktleiders



Bijlage 2 Koppeling prioriteiten cliënten en criteria verzekeraar

Hieronder worden de thema's die vanuit cliëntenzijde zijn aangedragen gekoppeld aan de criteria die de zorgverzekeraars hebben opgenomen in hun inkoopbeleid. Hiervoor zijn per verzekeraar allereerst de bronnen bestudeerd van cliëntenzijde. Hierbij zijn twee typen bronnen te onderscheiden:

- Thema's ingebracht door cliënten tijdens startbijeenkomst (bron: verslag startbijeenkomst, interview cliëntvertegenwoordiger). Het betreft hier verslagen van de regio's waar géén RET's aan de slag zijn gegaan.
- Thema's ingebracht door RET gebaseerd op cliënteninbreng tijdens startbijeenkomst (bron: schriftelijk advies voor verzekeraar). Wanneer er ook verslagen van startbijeenkomsten en dergelijke beschikbaar zijn, zijn deze bestudeerd. Voor de vergelijking van de door cliënten ingebrachte thema's en de thema's die daadwerkelijk in het zorginkoop beleid zijn teruggekomen worden slechts de 'adviezen van de RET's vergeleken.

Per verzekeraar volgt een overzicht, respectievelijk Menzis, Agis/Achmea, Uvit, CZ en De Friesland. Van DSW is geen inbreng vanuit cliëntenzijde beschikbaar, DSW blijft hier daarom buiten beschouwing. Ook zijn er geen specifieke cliëntentema's uit de Achmea-regio Noord Holland beschikbaar, daarom wordt Achmea afzonderlijk dat wil zeggen zonder Agis niet meegenomen.

Uitkomsten Menzis regio's

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Advies RET Groningen:	
<p>Informatie en keuzeondersteuning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menzis bespreekt met aanbieders de resultaten van de CQ-Index en toetst of de informatievoorziening voldoende is (voldoet aan wat hierboven staat). • Cliëntvertegenwoordigers bekijken in de bestaande CQ-Index vragenlijsten of alle facetten van informatie en keuzeondersteuning voldoende aan bod komen en doen zo nodig voorstellen voor extra punten die Menzis meeneemt in zorginkoop. • Menzis en cliëntvertegenwoordigers overleggen hoe informatie uit de CQ-Index vragenlijsten transparant gemaakt kan worden voor cliënten en formuleren in 2010 een voorstel hoe dit te realiseren (verbetertraject). • Menzis en cliëntvertegenwoordigers overleggen over opzetten en uitvoeren van een verbetertraject, met cliëntenparticipatie, gericht op informatie die voldoende op individuele maat gesneden is. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het beleid is gericht op het verder ontwikkelen van het meten en beoordelen van klanttevredenheid
<p>Laagdrempelige toegang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntvertegenwoordigers stellen met de verzekeraar de opleidings- en bekwaamheidseisen die gesteld worden aan de praktijkondersteuners vast. (Menzis stuurt de eisen op en RET geeft commentaar vanuit cliëntenperspectief). • Menzis brengt via haar eigen kanalen voor verzekerden (bv. internet) een goed beeld, qua informatie en imago, naar buiten over ggz (bedoeld om drempelverlagend te werken). 	

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Groningen:	
<p>(vervolg) Laagdrempelige toegang:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menzis toetst of de aanbieders voldoende zichtbaar maken met welke vragen de cliënt (of naastbetrokkene) daar terecht kan en wat de aanbieder kan bieden (werkwijze). Specifiek voor huisartsen: Menzis toetst of huisartsenpraktijken voldoende zichtbaar maken met welke vragen de cliënt (of naastbetrokkene) bij de huisarts respectievelijk praktijkondersteuner terecht kan en wat elk kan bieden. • Eventueel een verbetertraject maken van het transparant maken van aanbod en werkwijze (bv via folder of website) (ook a). RET/ervaringsdeskundigen kunnen toetsen en aanbieders voorstellen voor verbeteringen doen. 	
<p>Wachttijd:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menzis spreekt aanbieders aan op wachtlijsten. En stimuleert dat behandelaars zoveel mogelijk al anticiperen op RIBW. • Cliëntvertegenwoordigers leveren signalen aan van te lange wachttijden, capaciteitstekorten. • Menzis maakt in 2010 een plan hoe zij de capaciteit voor zelfstandig wonen wil vergroten en de doorstroming wil verbeteren en legt dit plan voor aan cliëntvertegenwoordigers. • Menzis geeft meer bekendheid aan het werk van de zorgbemiddelaars. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zijn de wachtlijsten gepubliceerd op de eigen website en op kiesBeter.nl? • De uitstroom van klanten uit het psychiatrische ziekenhuis naar vormen van beschermd wonen stagneert. Dit komt doordat niet altijd op de gewenste locatie per direct plaatsen beschikbaar zijn. Inkoopdoelstelling 2011: De Menzis Zorgkantoren stimuleren het efficiëntere gebruik van plaatsen door tijdelijke plaatsingen met aanbieders van beschermd wonen. Beleidsontwikkeling: De Menzis Zorgkantoren zullen, in samenspraak met de afdeling Cure, de keten nader onderzoeken op mogelijkheden om de doorstroming van klanten te verbeteren. Hierdoor wordt meer recht gedaan aan de woon- en zorgbehoeften van klanten op basis van de geïndiceerde ZZP. Eind 2011 moet dit inzichtelijk zijn, zodat voor 2012 gericht naar ketenvorming toegewerkt kan worden.

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Groningen:	
<p>Aanbod:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voorstel uitwerken in 2010 om mogelijkheden van Integrale Psychiatrie uit te breiden. Voorstel uitvoeren in 2011. Goede voorbeelden beschrijven als suggesties voor andere aanbieders. • Uitwerken voorstel om HEE in aanbod op te nemen. Cliëntvertegenwoordigers verzamelen informatie over HEE, resultaten waaruit blijkt dat HEE meerwaarde heeft en geven aan voor welke doelgroepen. Voor 1 oktober gezamenlijk plan opstellen voor een proef en afspraken maken. • Voorstel uitwerken om mogelijkheden van psychiatrische zorg aan huis/snelle toegang tot verpleegkundige bij crisis proactief aan te bieden en indien nodig de capaciteit uit te breiden. (voorbeeld van SPITS). • Aandacht voor tandheelkundige behandeling (zit al in zorginkoopbeleid opgenomen.) • RET-GGZ denkt mee met Menzis over het ontwikkelen van E-health en beantwoordt voor 1 juli de vragen uit de notitie "Menzis en E-health". • Menzis bevraagt instellingen op voldoende daginvullingsaanbod voor opgenomen cliënten. • Menzis toetst of instellingen bij langdurige opname voldoende aandacht blijven besteden aan mogelijk somatische aspecten; bv door een hersenscan uit te voeren. • Menzis onderzoekt of psycho-educatie voldoende is opgenomen in het zorgaanbod. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het beleid is gericht op het verder ontwikkelen van zorgprogrammering

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Groningen:	
<p>Behandeling, zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliënt moet kunnen beschikken over zijn/haar behandelplan en dit behandelplan kunnen begrijpen. • In het behandelplan moeten goede voorbeelden uit Integrale Psychiatrie worden opgenomen; vooral aandacht voor nazorg. • Menzis stimuleert dat er in het behandelplan een tussentijdse evaluatie wordt opgenomen. • Uitwerken van een verbetervoorstel rond de uitvoering van ROM (routine outcome measurement) om te bevorderen dat met name de eindevaluatie beter uit de verf komt. • Menzis voert een proactief beleid voor de invoering van een familiekaart en landelijke crisiskaart. Uitwerken voorstellen om familiekaart en landelijke crisiskaart in te voeren. Cliëntvertegenwoordigers verzamelen informatie over de kaarten, resultaten waaruit blijkt dat het inzetten van deze kaarten meerwaarde heeft en geven aan voor welke doelgroepen. Gezamenlijk plan opstellen voor een proef. • Uitwerken verbetervoorstel rond inzet van ervaringsdeskundigheid. Verzamelen van resultaten waaruit blijkt dat het inzetten van ervaringsdeskundigheid meerwaarde heeft. Plan opstellen voor een proeftuin (zie ook Scholing professionals). • Cliëntvertegenwoordigers geven signalen door van zelfhulpmogelijkheden waarvan het aantal sessies dat vergoed wordt, te klein is om voldoende resultaat te bereiken. Menzis onderzoekt ruimere financieringsmogelijkheden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Is Routine Outcome Measurement een aantoonbaar onderdeel van het zorgproces? • Zijn Prestatie-indicatoren aantoonbaar geëvalueerd met de cliëntenvertegenwoordiging binnen de instelling en is op basis hiervan een verbeterplan gemaakt of een verbetertraject ingezet. • Zijn de behandeltrajecten uitgewerkt in zorgprogramma's en zorgpaden.

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Groningen:	
<p>Kwaliteitstoetsing en cliëntenparticipatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menzis betreft cliëntvertegenwoordigers bij het opstellen van criteria voor Topzorg in de ggz en neemt kwaliteitseisen vanuit cliëntperspectief op in het Topzorgkeurmerk. • Menzis controleert of aanbieders bij het opzetten van cliëntwaarderingsonderzoeken de cliëntenraad betreft en of de resultaten met de cliëntenraad besproken worden. Menzis honoreert aanbieders die resultaten van onderzoek naar ervaringen en meningen van cliënten zichtbaar maken en aantoonbaar werken aan meerdere verbetertrajecten die, in overleg met de cliëntenraad, worden vastgesteld en met cliëntparticipatie (in dialoog met ervaringsdeskundigen) worden uitgevoerd. • Uitwerken verbetervoorstel om aanbod voor mensen met stoornis in autistisch spectrum te verbeteren. Waaraan is behoefte, op welke plekken in de provincie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft cliëntenparticipatie structureel een plek binnen het beleidsproces van de zorgaanbieder? Overleg (min. 1 x per jaar) tussen aanbieder CR en/of FR en verzekeraar over verbeterpunten. Structurele onderwerpen: <ul style="list-style-type: none"> ○ cliënttevredenheidsonderzoek of CQ-Index ○ betrokkenheid en inzet ervaringsdeskundigen ○ vormgeving, inhoud, evaluatie van zorgprogramma's aan LZA, in samenhang met AWBZ eb Wmo. ○ Beleid m.b.t. cliënt-, familie- en betrokkenenparticipatie ○ Evaluatie crisisbeleid ○ Evaluatie anti-separeerbeleid <p>Toelichting meezenden met de offerte.</p>
<p>Scholing professionals:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitwerken verbetervoorstel rond inzet van ervaringsdeskundigheid. Verzamelen van resultaten waaruit blijkt dat het inzetten van ervaringsdeskundigheid meerwaarde heeft. Plan opstellen voor een proeftuin voor ketenzorg voor een nader te bepalen cliëntengroep (zie ook Behandeling, zorg). 	

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Groningen:	
<p>Alternatieven zoeken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menzis zet zich in contacten met gemeenten ervoor in dat er een één-loketfunctie is, waar onafhankelijke cliëntondersteuning wordt geboden en voldoende deskundigheid beschikbaar is op gebied van ggz (ook voor minder vaak voorkomende vragen). • De persoon, die binnen Menzis verantwoordelijk is voor de contacten met gemeenten, overlegt (en stemt af) minimaal.. per jaar met cliëntvertegenwoordigers (Zorgbelang Groningen en patiëntenorganisaties) over het beleid richting gemeenten. 	
<p>Ontmoetingsplekken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een “kwartiermaker”, die ontmoetingsplekken gaat opzetten, betreft cliënten(vertegenwoordigers) vanaf het begin bij de plannen. Er wordt een raadpleging onder mogelijke bezoekers gehouden. In het plan wordt aandacht besteed aan o.a. de doelgroep, de locatie (aansluiten bij “natuurlijke” ontmoetingsplekken), kleurgebruik van de ruimte, spreiding over de provincie. In 2012 is/zijn in het noordelijk deel van de provincie minimaal .. nieuwe ontmoetingsplek(ken) geopend. Het RET zorgt dat er voldoende cliëntenvertegenwoordigers beschikbaar zijn om te participeren. • Menzis ondersteunt in 2010 de aanvraag vanuit Zorgbelang Groningen bij gemeenten om bestaande Veur Mekander initiatieven in stand te houden en in 2010 en 2011 op minimaal .. plekken op te starten. Zorgbelang Groningen en Veur Mekander zorgen dat de aanvragen klaar zijn en maken de afspraken met gemeenten. 	<ul style="list-style-type: none"> • In 2010 hebben de Menzis Zorgkantoren gestimuleerd dat de zorgaanbieders klanten ondersteunen in het leggen van meer sociale contacten. Daarnaast kunnen zij de klant ondersteunen bij deelname aan maatschappelijke activiteiten die voor elke burger toegankelijk zijn op het gebied van welzijn, recreatie en daginvulling. Is continuering hiervan in het inkoopbeleid 2011 wenselijk? Inkoopdoelstelling 2011: Stimulering van participatiemogelijkheden door verbreding van het zorgplan tot een zorg/welzijnsplan. Daarnaast moeten zorgaanbieders invulling gaan geven aan kwartiermaken.

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Groningen:	
<p>Extra door NVA (Autisme) aangedragen punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wonen: Er is vraag naar alle soorten woonvormen, op alle niveaus. Ouderinitiatieven kunnen bij lange na niet voldoen aan de vraag. • Dagbesteding - alle groepen met ASS. M.n. de groepen die de school niet bezoeken of deze reeds verlaten hebben. • Ondersteun de invoering van vroegsignalering op consultatiebureaus. • Na vroegsignalering ook zo snel mogelijk een vervolg (bijvoorbeeld programma ter behandeling) starten. 	<ul style="list-style-type: none"> • De vraag naar wonen voor autisten is ontoereikend. Inkoopdoelstelling 2011: Voor de Menzis Zorgkantoren is duidelijk dat het huidige ZIN-aanbod niet aan de behoeften en wensen van klanten voldoet. Onduidelijk is tegelijkertijd aan welke criteria het aanbod moet voldoen. Afleidend uit het aantal 'second best'-keuzes voor het PGB zullen de Menzis Zorgkantoren het aanbod stap voor stap uitbreiden om een andere keuze mogelijk te maken (bijv. logeermogelijkheden). Beleidsontwikkeling: Gelijkzeitig zullen de Menzis Zorgkantoren een onderzoek onder PGB-houders starten. Doel is inzicht te verkrijgen in de criteria waaraan het aanbod voor autisten naar de mening van klanten (of vertegenwoordigers) moet voldoen. Dit intramuraal, extramuraal en op snijvlakken De uitkomsten worden gebruikt voor de zorginkoop voor 2012.

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Principes RET Gelderland:	
<p>Het RET Gelderland heeft een elftal principes opgesteld waarvan het wenselijk is dat Menzis ze in haar inkoopbeleid handen en voeten geeft:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cliënten hebben recht op zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk 2. Diagnoses moeten zorgvuldig gesteld worden, met aandacht voor de context, zingeving en verhouding draagkracht en draaglast 3. De cliënt moet echt aan het roer, de vraag is zoveel mogelijk leidend. Geen betutteling maar zoveel mogelijk regie over eigen leven. 4. Autonomie is niet het recht om een ander te laten verpieteren 5. Betere zorg in de beginfase dat psychiatrische problematiek zich openbaart is kostenbesparend op de lange termijn 6. Van de verschillende financieringsstromen in de ggz moeten cliënten zo min mogelijk merken. 7. Familie wordt in principe altijd betrokken, tenzij de cliënt aangeeft dit niet te willen 8. Cliënten hebben recht op een zinvolle daginvulling, ook in de avond en in het weekend 9. Cliënten hebben recht op goede, onafhankelijke informatie en een vrije keuze voor instelling en hulpverlener. 10. Medicatie is ondersteunend voor behandeling en geen vervanging van. 11. Clienten stellen transparantie van het zorginkoopbeleid van Menzis en de financiering op prijs. Ook van ggz-instellingen word verwacht dat zij helder kunnen aangeven waar welk geld aan besteed wordt. 	

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Advies/speerpunten RET Gelderland:	
<p>Zorg bij crisissituaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instellingen moeten betaald krijgen voor een aantal bedden voor crisissituaties, ook als ze leegstaan, zodat er altijd direct opgenomen kan worden en de doorstroming bevorderd wordt. • De zorg na een suïdepoging moet verbeterd worden. • Wij pleiten voor een 24-uurs beschikbaarheid voor een vertrouwenspersoon, een “psychische EHBO”. • Praktijkondersteuning bij de huisarts (POH) is gewenst • Vermindering van dwang, drang en separaties moet voortvarender ter hand worden genomen. 	
<p>Rol van de familie/naastbetrokkenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De modelregeling ‘Betrokken omgeving’ is geïmplementeerd. • Er is een duidelijk aanspreekpunt voor naastbetrokkenen beschikbaar. • Er is ondersteuning voor de familieraad en een onafhankelijke FamilieVertrouwensPersoon. • Te weinig logeervoorzieningen voor jongeren met ggz-problematiek. 	
<p>Empowerment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instellingen moeten zelfhulpgroepen aanbieden, begeleid door opgeleide ervaringsdeskundigen • Ervaringsdeskundigheid wordt ingezet voor, tijdens en na de behandeling • Er moet ruimte komen voor het verder uitdiepen van ervaringsdeskundigheid en het komen tot competentieprofielen en functieomschrijvingen. 	

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies/speerpunten RET Gelderland:	
Dagbesteding: <ul style="list-style-type: none"> • Aandacht voor het uitbreiden van het aanbod, ook voor mensen met een hoger intelligentieniveau. • Inloop voor niet-geïndiceerde mensen en mensen die eenzaam zijn (Care). • Uitbreiding van mogelijkheden in dorpen en kleine steden. • Jongeren met psychische problemen moeten begeleid worden bij het halen van middelbare schooldiploma's, ook binnen de instellingen moet hier veel meer aandacht voor komen. 	<ul style="list-style-type: none"> • In het inkoopbeleid 2010 is de geografische spreiding van het ggz-aanbod, (begeleiding en dagbesteding) gestimuleerd. Bij de dagbesteding is dit gecombineerd met het aanbieden van verschillende activiteitsvormen. Namelijk het aanbod van minimaal drie activiteitsvormen, waaronder job-coaching. De zorgkantoren zullen in 2011 de groei van job-coaching stimuleren.
Ketenzorg: <ul style="list-style-type: none"> • Focus op wegwerken van wachtlijsten blijft noodzakelijk, ook voor interne wachtlijsten tussen diagnose en behandeling • Zorgverzekeraars moeten het initiatief nemen voor tripartiete overleg tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, instellingen en cliënten- en familieorganisaties om zorg en welzijn zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Hierbij moet ook aandacht zijn voor sociale activering en het maken van een vangnet. • Functionele bekostiging voor onafhankelijke ggz-casemanagers • Nazorg zou in de 1^e lijn plaats moeten vinden • Meer aandacht voor nazorg is gewenst • Focussen op stepped-care, zorg niet zwaarder dan nodig. • Mensen die langdurig zijn opgenomen moeten eens in de zoveel jaar gescreend worden door een onafhankelijke instantie om hun mogelijkheden te bekijken (Care). • Er is nu een slechte samenwerking tussen jeugdzorg en ggz. 	<ul style="list-style-type: none"> • De doelstelling om per regio minimaal één netwerk op te richten voor werken en voor wonen, is niet in alle regio's gerealiseerd. Ook realisatie van de doelstellingen van de netwerken is tot nu toe achtergebleven bij de verwachtingen. Inkoopdoelstelling 2011: De gedachtegang achter de vorming van de netwerken voor wonen en werken blijft gehandhaafd. Maar de wijze waarop moet een nieuwe impuls krijgen.

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies/speerpunten RET Gelderland:	
Medicatie: <ul style="list-style-type: none"> • Betere controle op medicatievoorschrijfgedrag, met name op verslavende medicatie • Informatie over bijwerkingen hoort altijd gegeven te worden en deze bijwerkingen dienen geregistreerd te worden. • Het is wenselijk dat instellingen een bewegingsprogramma voor hun cliënten aanbieden in verband met neiging tot overgewicht door ziekte en medicatie. 	
Verslaving in de psychiatrie: <ul style="list-style-type: none"> • Inzetten op meer aandacht voor en kennis over verslaving binnen de ggz. Verslavingen moeten behandeld worden binnen de ggz-setting • Dubbele diagnoseklinieken alleen voor zware gevallen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Het ontbreekt aan geschikte plaatsen en afstemming rond het zorgaanbod voor LVG-klanten met multi-problematiek als gevolg van een psychiatrische stoornis en/of drank- en middelengebruik. Vanuit het ggz-domein is hier nauwelijks aanbod op ontwikkeld. In de gehandicaptenzorg is onvoldoende kennis van psychiatrie om een geschikt aanbod te bieden. Menzis wil ggz-aanbieders laten aansluiten bij keten rond jeugd LVG.

Menzis	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies/speerpunten RET Gelderland:	
<p>Menzis overstijgend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliënten maken aan den lijve de nadelen van de versnipperde financiering mee. Het is wenselijk dat Menzis hier ook een standpunt over inneemt dat door cliënten gedragen wordt en dat zij deze problemen aan diverse (landelijke) onderhandelingstafels inbrengen. Voor een goede zorg bij mensen met langdurige problematiek is zorg nodig die valt onder ZVW, AWBZ en Wmo. Wij pleiten voor een integrale begeleiding voor deze patiënten en ontschotting tussen de financieringsbronnen. Wmo-geld moet als zodanig geoormerkt worden en voor Wmo-voorzieningen gebruikt worden. • Er zijn veel klachten over CAK en CIZ, dit brengt ongewenste stress (en verhoogde zorgconsumptie) met zich mee. • De bezuinigingen in de AWBZ konden uiteindelijk wel eens meer gaan kosten dan opleveren. • Meer wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak van psychiatrische ziekten en de effecten van verschillende behandelingen is gewenst. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menzis geeft bij een aantal speerpunten aan betrokken partijen te gaan benaderen ook wanneer het niet direct onder hun invloedssfeer valt, waaronder de provincie, de gemeente of de 'Cure'.

Uitkomsten Agis/Achmea regio's

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Verbeter- en aandachtspunten RET's	
<p>Preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geld om meer publiciteit te kunnen zoeken in diverse media met als resultaat: betere kennis en inzicht in de ziekte, een andere bejegening van de cliënt, minder stigmatisering, betere en snellere communicatie waardoor sneller geacteerd kan worden daar waar nodig, etc. • Dringend gewenst: meer voorlichting over de verslavingszorg, binnen de verslavingszorg over medicatieverslaving • In voorfase snelle ondersteuning nodig: • Outreachende zorg KJP (o.a. in onderwijs) • Aandacht voor kinderen van ouders met psychiatrische problemen • Cursussen, zoals bijv. 'In de put uit de put'. • Bij alles wat voor en na de behandeling gebeurt ervarings-deskundigen betrekken bij de "evidence based" ontwikkeling ervan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maakt u gebruik van betaalde en daartoe geschoolde ervaringsdeskundigen?
<p>Het eerste contact met de hulpverlening:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisissituatie • Manier van aanpak en houding/bejegening in crisissituatie (politie); Hulpverleners moeten meer beseffen dat cliënten een eigen leefwereld hebben (zowel in de praktijk als in het hoofd) en dat het raadzaam en wenselijk is daar zo veel mogelijk op aan te sluiten. • In crisissituatie: assessment op locatie. • Betere en snellere en deskundige opvang (nu: slechte communicatie en traagheid) bij acute crisis van cliënt ('s nachts). • Er aan bijdragen (door bijvoorbeeld het verstrekken van financiële middelen) dat er crisiskaarten opgesteld kunnen worden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biedt u spreekuur buiten kantooruren? • Biedt u standaard aan om samen met uw cliënt een signaleringslijst en/of crisiskaart op te stellen en vast te leggen om terugval te voorkomen? • Besteedt u minimaal een bedrag van 10.000 € uit uw overhead in 2011 als bijdrage voor de onafhankelijke crisiskaart?

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Verbeter- en aandachtspunten RET's	
<ul style="list-style-type: none"> • Eerste lijn <ul style="list-style-type: none"> - Betere voorlichting en communicatie tussen huisarts(en)/huisartsenposten en ggz. - De aanstelling van extra ggz-ondersteuning binnen huisartsenpraktijken lijkt zeer noodzakelijk zodat er meer tijd en aandacht kan zijn voor ggz-problematiek c.q. zodat wachttijden verkort kunnen worden. - Hulpverleners moeten meer beseffen dat cliënten een eigen leefwereld hebben (zowel in de praktijk als in het hoofd) en dat het raadzaam en wenselijk is daar zo veel mogelijk op aan te sluiten. - De hulpverlener moet zich moet verdiepen in de ziektebeelden, die met bepaalde psychische stoornissen gepaard gaan, om een meer juiste begeleiding en behandeling mogelijk te maken die aansluit bij de cliënt en, indien nodig, beter gemotiveerd door te kunnen verwijzen naar meer gespecialiseerde hulpinstellingen (inclusief aangepaste programma's, woonvormen, etc.). • De behandeling in de 2^e lijns ggz <ul style="list-style-type: none"> - Keuze vrijheid - Eenmaal in de zorg moet de cliënt kunnen kiezen. Echter door conglomeraatvorming valt voor de cliënt steeds minder te kiezen, terwijl deze juist gebaat is bij diversiteit (zorg op maat). - Wachtijd <ol style="list-style-type: none"> 1. Ondersteuning tijdens de wachtperiode (desgewenst door ervaringsdeskundigen). 2. Uitbreiden capaciteit voor zwaardere problematiek om wachtlijsten poliklinische zorg te verminderen. 3. Treeknorm bijstellen. Gaat om de reële tijd die je moet wachten. 4. Overbrugging regelen, jongeren erbij betrekken. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Voor hoeveel cliënten in zorg in de periode 1-1-2010 t/m 30-6-2010 waarvoor het trajectplan is ingevuld, zijn alle leefgebieden ingevuld op 30-6-2010?

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Verbeter- en aandachtspunten RET's	
<p>- Behandeling</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Een aandachtspunt is ook de interactie tussen cliënt en hulpverlener. Hulpverleners moeten meer beseffen dat cliënten een eigen leefwereld hebben (zowel in de praktijk als in het hoofd) en dat het raadzaam en wenselijk is daar zo veel mogelijk op aan te sluiten. Meer en/of betere (zowel theoretisch als praktisch) scholing kan hierbij oplossing bieden. Volgens RET Utrecht moet ook meer aandacht uitgaan en geïnvesteerd worden in psycho-educatie (bijv. Liebermann-trainingen, e.d.). 2. Gastvrije ontvangst. 3. Ambulante hulp zo mogelijk. 4. Ruimte voor flexibiliteit in DBC's, zorgprogramma's, zorgpaden, etc. 5. Sociaal netwerk vanaf het begin bij de behandeling betrekken, zoveel mogelijk in samenspraak met de cliënt. 6. Medicatieverstrekking vanuit de cliënt; meer invloed van de cliënt op het soort medicatie. 7. Medicatie: Stimuleren bij hulpverlening om bij de opstart van antipsychotica Velotab te geven(deze is duurdere maar er is zekerheid van inname). (speelt in Justitiële inrichtingen, FOBA). 8. Bekendheid met/handelen vanuit richtlijn schizofrenie. 9. Ook de verslavingsproblematiek binnen de ggz niet vergeten 10. men kan aan medicijnen verslaafd raken en/of last hebben van bijwerkingen - het is goed als hier meer aandacht aan wordt gegeven. Meer voorlichting is dringend gewenst. 11. 'Rehabilitatie' is belangrijk en moet naadloos aansluiten op de behandeling, of waar mogelijk al tijdens de behandeling zijn gestart. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij welk percentage van alle in behandeling zijnde 16-jaar of ouder cliënten tussen 1 januari 2011 tot 30 juni 2011 staat in het dossier vermeld wat er met de cliënt is afgesproken hoe omgegaan wordt met familie, (gezins)voogd en of naastbetrokkenen?

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Verbeter- en aandachtspunten RET's	
<p>12. Gedragsproblemen worden (te) vaak gepsychiatriseerd en gemedicaliseerd; belangrijker kan het zijn te kijken naar de eventuele oorzaak dan naar de gevolgen (gedrag) die het daaruit voortvloeien. Tijd, ruimte, deskundigheid en geld moeten worden ingezet waar mogelijk om tot de kern te komen.</p> <p>13. Voor allochtonen: lotgenoten groepen (mannen en vrouwen apart).</p> <p>14. Ander belangrijk item is het vergroten van het inzicht van cliënt in zijn/haar eigen problematiek; herkenning en erkenning van psychische stoornissen, eigen valkuilen en zwakheden, voorbodes, enz. kunnen ernstige opkomende en/of aanwezige (al dan niet structurele) problemen en eventuele terugval beperken. Mooi zou het zijn dat zo ver mogelijk uitgegaan wordt van de 'eigen' kracht van cliënt: m.a.w. aansluit op de wensen (motivatie), meer kansen op vergroten van eigenwaarde, zelfvertrouwen, zelfbewustzijn en levensvreugde (kwaliteit), inzicht betere leefmogelijkheden ((vrijwilligers-)werk, dagbesteding, ontspanning, ontdekken en ontwikkelen van hobby's, etc.).</p> <p>15. Inzet van ervaringsdeskundigen in de zorg levert een belangrijke bijdrage om de zorg beter de doen aansluiten op de behoefte en wensen van de cliënt.</p> <p>16. Vanaf begin psycho-educatie voor naasten.</p> <p>17. Mantelzorg: Niet alleen ondersteuning en training voor ervaringsdeskundigen maar ook voor mantelzorgers.</p> <p>18. (Meer) contact tussen ervaringsdeskundigen en mantelzorgers.</p> <p>19. Inzet ('getrainde') mantelzorgers voor 'nieuwkomers' in de mantelzorg.</p> <p>20. Taxivervoer beter en efficiënter regelen (en de financiering daarop afstemmen) vanuit perspectief cliënt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welke lotgenotengroepen faciliteert u? • Levert u zorg aan allochtone doelgroepen en/of heeft u specifiek zorgaanbod gericht op geloofsovertuigingen? • Welk percentage van de cliënten geeft aan een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren ten aanzien van de behandeling? Informatie op basis van onderzoek uit 2009 of 2010. • Bij welk percentage van alle in behandeling zijnde (jeugdige) cliënten tussen 1 januari en 30 juni 2010 is besproken en vastgelegd hoe een zinvolle daginvulling eruit ziet? (Zowel ambulant als intramuraal).

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Verbeter- en aandachtspunten RET's	
<p>21. Toetsen op wat cliënten nodig hebben. Bij deze toetsing de Cliëntenraad en familieraad betrekken.</p> <p>22. Vermindering crisisinterventie.</p> <p>23. Vanaf moment van opname: aandacht voor 'transfer'; tegen het eind transferverpleegkundige inzetten.</p>	
<p>Vervolg zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met name goede nazorg/vervolgzorg is van groot belang, zowel in het belang van de cliënt (onder meer zingeving en betere kwaliteit van leven) als voor alle zorginstanties (al was het maar financieel op lange termijn en motivatie van zorgmedewerkers). Met als gevolg: betere afstemming nazorg, denk aan dagbesteding, casemanager. Laagdrempelige opvang voor ex-clieënten is belangrijk voor, tijdens en na de behandeling: zelfs na jaren. Als dit goed wordt uitgevoerd, kan dit veel ellende voorkomen en dan werkt het preventief. • Voor mensen die al behandeld zijn in de ggz en met terugval te maken krijgen is een belangrijke signaleerrol weggelegd voor maatschappelijk werkers, steunpunten, bemoeizorgteams, FACT-teams, enz. • Goede zorg houdt tevens in dat meer diversiteit in bijvoorbeeld woonvormen, en dus ook in begeleiding, meerdere voordelen kan opleveren op veel gebieden (welzijn, financiën, hulp op maat, actievere cliënten, minder opnames, eigen levenssfeer). 	<ul style="list-style-type: none"> • Welk percentage van uw ACT- en FACT-teams voldoen aan de in de toelichting genoemde kenmerken (gericht op HET Amerikaanse organisatiemodel van ACT) per 30-6-2010?

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Verbeter- en aandachtspunten RET's	
<ul style="list-style-type: none"> • Meer aandacht moet worden besteed aan wijkgerichte zorg. Wenselijk is dat de ggz daarin actief gaat deelnemen: psychische zorgproblemen hebben (vaak) een directe dimensie naar de samenleving. Integratie van beide kanten is noodzakelijk; erkenning en herkenning van (zelf)stigmatisering maakt daar ook onderdeel van uit. • 'Rehabilitatie' is belangrijk en moet naadloos aansluiten op de behandeling, of waar mogelijk al tijdens de behandeling zijn gestart. Bij rehabilitatie moet, meer dan nu, goed gekeken worden naar de mogelijkheden van de cliënt. Belangrijk is dat hiervoor (en ontwikkelen plus uitvoeren van cliënteninitiatieven en projecten) gelden worden gereserveerd vanuit de zorgverzekeraar en overheden (AWBZ, WMO en andere financieringen). • Benadrukt wordt dat meer aandacht van de hulpverleners uit moet gaan naar rehabilitatie van de cliënt; nog te veel moet de cliënt het doen met de zgn. 'kantoortjesverpleegkunde' / begeleiding. RET Utrecht beseft dat registratie en verantwoording een essentieel onderdeel zal en moet zijn binnen de ggz, maar vindt dat de verhouding directe tijd (cliëntencontacten) en indirecte tijd beter moeten worden gewogen. Daar valt nog veelwinst te behalen, o.a. door slimmer gebruik te maken van technische hulpmiddelen in de verslaglegging. Het moet bijvoorbeeld niet nodig zijn dat drie verpleegkundigen zich gezamenlijk buigen over eenzelfde formulier op de computer. 	

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
<p>Verbeter- en aandachtspunten RET's</p> <ul style="list-style-type: none"> • RET Utrecht vindt dat op de punten van herstel en rehabilitatie meer en beter moet worden gekeken naar de praktische mogelijkheden van de cliënt. Dit kan worden afgezet tegen bijvoorbeeld het HEE-project van het Trimbos-instituut, waarbij voornamelijk de nadruk wordt gelegd en aandacht wordt besteed aan de cliënt in de vorm van praatgroepen, lotgenotencontacten, verhalen schrijven, etc., dat slechts weggelegd is voor een beperkte groep cliënten/patiënten binnen de ggz. RET Utrecht is van mening dat meer aandacht uit moet gaan naar meer praktisch herstel (dingen doen met lijf en leden in combinatie met de geest), aan praktische begeleiding (DAC's, cliënten initiatieven en projecten, etc.), waarbij uitgegaan wordt van meerdere mogelijkheden van de cliënt om hem/haar verder op weg te helpen en meer kansen te geven om aan te sluiten bij de praktische samenleving en leefomgeving (tevredenheid, waardering en erkenning van omgeving, zelfvertrouwen, verbeterd zelfbeeld, etc.). • Ervaringsdeskundigen alles wat na de behandeling gebeurt evidence based mee laten ontwikkelen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hanteert u in uw organisatie een van de bekende herstelbenaderingen waarbij deze benadering integraal onderdeel uitmaakt van de begeleiding aan uw cliënten voor de LZA OGGZ doelgroep?
<p>Overige punten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zelfsturing op individueel en organisatorisch niveau - Inspraak bij bouw voor en/of aanpassing van nieuwe, cliëntgerichte verblijfsarrangementen voor chronische patiënten/cliënten. - Steun voor herstelgroepen. - Het vormen van ondersteuning met ervaringsdeskundigen (Steunpunten ggz, cliëntenbelangenorganisaties, herstelbureaus en cliëntgestuurde initiatieven en projecten.) 	

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
<p>Verbeter- en aandachtspunten RET's</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontschotting, vraagsturing, behandeling op maat, ketenzorg. - Voor maatwerk (zowel met betrekking tot de psychische problematiek als ook andere daarmee samenhangende terreinen) moet de ggz nauw contact met de betrokken instanties onderhouden (maatschappelijk zorg, politie en justitie, verslavingszorg, opvang (kort- en langdurig), familie en sociale omgeving, zorgverzekeraars, etc.) om een totaalpakket aan te kunnen bieden. - Starten samenstellen Maatschappelijk Steun Systeem. - Dat moet vervolgens gestroomlijnd aansluiten (o.a. minder lange wachtlijsten, goede overdracht, contactpersonen) op de (eventuele) begeleiding, nabehandeling, herstel en rehabilitatie om de kansen op dezelfde problemen in de toekomst tot een minimum te beperken (minder kans op terugval, minder 'draaideur'-cliënten). • Financiering innovatie, in instellingen: <ul style="list-style-type: none"> - 'Proeftuinen' voor nieuwe vormen van zorg. Gekoppeld aan onderzoek. - Financiering kleinschalige initiatieven, zo mogelijk gekoppeld aan onderzoek. - Agis: financiering ontwikkeling instrumenten voor het betrekken van cliënten bij zorginnovatie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bij welk percentage van alle in behandeling zijnde cliënten tussen 1 januari en 30 juni 2010, die zowel behandeling als begeleiding ontvangen (de begeleiding kan geleverd worden door een andere zorgaanbieder), zijn deze beide zorgplannen op elkaar afgestemd?
<p>Wmo-voorzieningen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer aandacht voor Wmo-voorzieningen. • Meer duidelijkheid en beter inzicht moet er komen over welke onderdelen uit de ggz-zorg zijn (en worden) overgeheveld naar de lokale overheid; welke overheid daar dan ook op aangesproken kan worden (wettelijke verplichtingen, oormerken van bepaalde gelden, eenvormigheid, gelijke plichten en rechten t.o.v. andere gemeenten, etc.). 	

Agis/Achmea	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Verbeter- en aandachtspunten RET's	
<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraar gaat in gesprek met de (lokale) overheden, om geen eventuele hiaten/lacunes te laten ontstaan. • Wmo meer wijkgericht structureren? Proactief zoeken naar mensen die hulp nodig hebben. <p>Informele zorg en mantelzorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betaalbaarheid van de zorg op een reële manier ter discussie maar goedkoop wordt duurkoop: veel cliënten gaan in de toekomst psychisch, sociaal-maatschappelijk en financieel in de knoop raken of tussen wal en schip vallen. Voorbeelden: <ul style="list-style-type: none"> - Strengere beoordelingen van CIZ-indicaties - Het meer en veelvuldiger een beroep moeten doen op informele zorg, zoals mantelzorg. - Het invoeren van eigen bijdrage, de eigen risicobijdrage. - Het beperken van vergoedingen voor medicijnen. - Minder of geen onkostenvergoedingen bij noodzakelijk vervoer - Het wegsnijden of beperken van de mogelijkheden voor alternatieve behandeling, etc. In het gros van genoemde voorbeelden • Ook de ggz mantelzorg hoort tot het spectrum van de zorginkoop (buiten nog de verantwoordelijkheid van de lokale overheden). Bijvoorbeeld door: <ul style="list-style-type: none"> - Het aanbieden van interactietrainingen. - Het verzorgen van informatiemateriaal en/of voorlichtingsbijeenkomsten. - De ondersteuning en het ontlasten van mantelzorgers hierbij, bijv. door het realiseren van respijtzorg, logeerhuizen en/of zorghotels. 	

Uitkomsten Uvit regio's

Uvit	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Thema's / vragen ZOG Midden Holland	
Voldoende steun en zorgaanbod <ul style="list-style-type: none"> • Is er voldoende aanbod? Is het aanbod afgestemd op wat cliënten nodig hebben? • Is het aanbod afgestemd op wat cliënten nodig hebben? • Ervaren cliënten keuzevrijheid in het zorgaanbod en keuze hulpverlener/behandelaar? 	<ul style="list-style-type: none"> • (B)⁹ De klant heeft toegang tot zorg die beschikbaar en bereikbaar is en die voldoet aan zijn/haar specifieke eisen. • (Beleid Ld GGZ) Projecten die scheiden van wonen en zorg stimuleren. Met name ondersteuningsmethodieken die gericht zijn op herstel en re-integratie van cliënten binnen hun maatschappelijke omgeving, zoals ACT.
Zorgplan <ul style="list-style-type: none"> • Worden cliënten/vertegenwoordigers actief betrokken bij het opstellen en evalueren van het plan (dit kan zijn een zorg(leef) plan, behandelplan, begeleidingsplan, ondersteuningsplan)? • Hebben zij inspraak en wordt er met vertegenwoordigers overlegd? • Wordt het plan overeenkomstig de afspraken uitgevoerd? 	<ul style="list-style-type: none"> • De keuzes van de cliënt komen uiteindelijk tot hun recht in het zorg(leef)plan dat op basis van gelijkwaardigheid met de zorgaanbieder wordt afgesproken. • (G) De cliënt heeft voordeel van een correcte informatie-uitwisseling en dossiervorming en kan zijn eigen privacy bewaken. (O.a. een correcte toestemmingsprocedure)
Communicatie en informatie <ul style="list-style-type: none"> • Worden cliënten/vertegenwoordigers geïnformeerd over voor hen belangrijke zaken zoals Verzorging/behandeling, medicatie, klachtenregeling, huisregels, inspraakmogelijkheden? • Hoe is de bejegening: wordt er naar de cliënt geluisterd? 	<ul style="list-style-type: none"> • (A) De cliënt heeft begrijpelijke en toegankelijke informatie die hem/haar de mogelijkheid geeft een bewuste keuze te maken uit het zorgaanbod. • (E) De cliënt kan gebruik maken van een laagdrempelige effectieve klacht- en geschillenbehandeling (klachtenprocedure is geschiktheid eis voor AWBZ-overeenkomst)

⁹ Het zorginkoopbeleid van Uvit zoals hieronder beschreven betreft het beleid van de zorgkantoren en gaat dus over de AWBZ gefinancierde zorg. Het is gebaseerd op twee documenten: *De klant aan het roer 2011* en *Beleid langdurige GGZ(Beleid Ld GGZ)*. In het eerste document zijn zeven thema's (A-G) beschreven die gebaseerd zijn op het overheidsprogramma "Zeven rechten voor de klant in de zorg: investeren in de zorgrelatie". Deze thema's, die voor de hele zorg gelden, heeft Uvit op de AWBZ toegespitst.

Uvit	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Thema's / vragen ZOG Midden Holland	
Lichamelijk welbevinden <ul style="list-style-type: none"> • Is er voldoende aandacht voor het lichamelijk welbevinden en wordt er adequaat gehandeld? • Is er voldoende tijd en aandacht bij de persoonlijke verzorging? • Hoe waarderen de cliënten de maaltijden? 	
Woon en leefomstandigheden <ul style="list-style-type: none"> • Zijn cliënten tevreden over hun woon- en leefruimte? • Is er voldoende privacy? • Is de sfeer in de algemene ruimten prettig? • Wordt het goed schoongehouden? 	
Veiligheid wonen en verblijf <ul style="list-style-type: none"> • Voelen cliënten zich veilig in hun woonruimte? • Is de woonomgeving (bijvoorbeeld in algemene ruimte) veilig? • Is er voldoende toezicht • Voelen cliënten zich veilig bij de zorgverleners en op de afdeling? 	<ul style="list-style-type: none"> • (F) De cliënt krijgt zorg die goed en veilig is
Participatie en autonomie <ul style="list-style-type: none"> • Zijn er voldoende mogelijkheden voor activiteiten en dagbesteding • Sluiten die aan bij wat cliënten willen zinvol vinden • Kunnen cliënten hun leven naar eigen inzicht invullen? • Is er voldoende ondersteuning bij het realiseren van keuzes? 	<ul style="list-style-type: none"> • (Beleid Ld GGZ) De verdere vormgeving van zinvolle dagbesteding, waarbij een ketenbenadering wordt gehanteerd en aansluiting wordt gezocht bij andere voorzieningen en reguliere arbeid.
Psychisch welbevinden <ul style="list-style-type: none"> • Is er voldoende aandacht voor het psychisch welzijn van de cliënten? • Voelen zij zich serieus en met respect behandeld? 	
Personeel <ul style="list-style-type: none"> • Is er voldoende gekwalificeerd personeel aanwezig • Worden cliënten tijdig en met aandacht geholpen? 	

Uvit	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Thema's / vragen ZOG Midden Holland	
<p>Samenhang in de zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hebben cliënten een vaste medewerker als aanspreekpunt en is deze ook beschikbaar? • Hoe is de overdracht tussen hulpverleners? • Is er een goede samenwerking en afstemming met ketenpartners? • Zicht krijgen op de bijdrage van cliëntenraden (CR) aan de kwaliteitscyclus van zorginstellingen, en de ondersteuningsbehoefte van deze CR daarbij. • Het beantwoorden van de vraag of en zo ja hoe, CR waarde kunnen toevoegen aan het proces van zorginkoop door het zorgkantoor. <p>R. Onderzoek uitgevoerd door onderzoeksbureau. R. Doorvertaling van de resultaten naar het zorgkantoorbeleid (inkoop en klantondersteuning).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (C) De cliënt merkt de voordelen van ketenzorg • Afstemming van de verschillende disciplines dient de basis te zijn om gezamenlijk geformuleerde resultaten te halen.
Doelen en resultaten regio Nijmegen (2010)	
<ul style="list-style-type: none"> • De CR beschikken over voldoende kennis om een positieve bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteitscyclus van een instelling <p>R. Eén informatiebijeenkomst/conferentie. Thema te baseren op onderzoeksresultaten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (D) De cliënt kan meedenken met de organisatie • De Zorgkantoren vinden het erg belangrijk dat iedere instelling een functionerende cliëntenraad (of verwantenraad) heeft die vanuit cliëntenperspectief inbreng en terugkoppeling geeft over de zorg. In het zorginkoopbeleid krijgt dit uitwerking.
<ul style="list-style-type: none"> • Per doelgroep zicht krijgen op de zorgbehoeften, leemten i/h zorgaanbod, tekortkomingen in de handelwijze van het zorgkantoor e.d. <p>R. Minimaal één klantmeeting organiseren met een vooraf bepaalde doelgroep.</p>	

Uvit	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Doelen en resultaten regio Noord-, en Midden Limburg (2010)	
<ul style="list-style-type: none"> • Mondige en professionele klantvertegenwoordiging in de Raad van Advies van Zorgkantoor Nijmegen <p>R. Doorlopende activiteit van Zorgbelang Gelderland. Blijft hieronder buiten beschouwing.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het Zorgkantoor vindt het ook van belang de cliënt te betrekken bij de verschillende processen binnen het Zorgkantoor. Een eerste stap hierin is gezet met de ondertekening van het Kader klanteninbreng 2009 door het Zorgkantoor en de collectieve cliëntvertegenwoordigers in de regio.
<ul style="list-style-type: none"> • Meer zicht krijgen op wensen, behoeften en mogelijkheden van LVG cliënten ten aanzien van diverse levensdomeinen (wonen, werken/ school, vrij tijd). R. Onderzoek uitgevoerd door onderzoeksbureau. <p>R. Er is een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd per 1-7-2010 vanuit cliëntperspectief. Dit onderzoek mondt uit in een rapportage welke input vormt om de hulp/dienst/zorgverlening aan deze mensen te verbeteren.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Meer zicht krijgen op behoeften van CR om hun rol als vertegenwoordigende partij nog beter inhoud te geven. Mogelijkheden verkennen om elkaars functioneren beter op elkaar af te stemmen en verkennen hoe je elkaars functioneren kunt versterken. <p>R. Er is een eerste bijeenkomst gehouden op 1-4-2010. De uitkomst van deze bijeenkomst bepaalt in hoge mate de vervolgacties met CR.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Voortvloeiend uit de themabijeenkomst concreet inhoud geven aan te ondernemen acties om de wederzijdse doelen te realiseren. <p>R. Een herkenbare set afspraken om de verbondenheid met CR vorm en inhoud te geven.</p>	

Uvit	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Doelen en resultaten regio Noord-, en Midden Brabant (2010)	
<ul style="list-style-type: none"> De resultaten van het gesprek over het rapport “gezien en gehoord” tussen de RvB en de cliëntenraad monitoren en mogelijk items daaruit opnemen in het regionaal inkoopbeleid 2011. <p>R. Probleem inventariseren (inhoud rapport herkenbaar op bepaalde onderdelen?!) Partijen met elkaar in contact brengen op dit onderwerp.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Inzicht in ervaringen van CR met dagbesteding in hun instelling <p>R. Vragenlijst uitgezet naar lokale CR. Themabijeenkomst voor verdere verdieping. Resultaten van enquête bespreken en waar nodig verdieping zoeken in themabijeenkomst. Deze input gebruiken in overleggen met RvB en waar nodig verbeterafspraken maken. Input voor regionaal inkoopbeleidsplan</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Versterking van positie CR. <p>R. Informatieoverdracht via themabijeenkomst.</p>	

Uitkomsten CZ regio's

CZ	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Advies RET Brabant:	
Inzet ervaringsdeskundigen: Maak het mogelijk dat verzekerden gebruik kunnen maken van vormen van herstelondersteunende zorg door ervaringsdeskundigen	(3) ¹⁰ Geen verzekerde zorg, wenselijkheid bespreken in overleg over oplossingen m.b.t. kwaliteit dienstverlening. Evaluatie nodig op koepelniveau: Verzekeraar (VZ), zorgaanbieder (ZB) en cliëntvertegenwoordiger (CV).
Positie cliëntenraad: Voer de wijze van het betrekken van CR bij de zorginkoop AWBZ ook in voor de Zvw	
Crisiskaart: Zorg bij instellingen voor erkenning van de crisiskaart en houdt toezicht op het gebruik van de crisiskaart in crisissituaties	(2) Project wordt momenteel gefinancierd uit Innovatiefonds verzekeraars. Ton per jaar, landelijk? Resultaten worden afgewacht.
Familiebeleid: Ga na hoe uitvoering wordt gegeven aan het familiebeleid van de zorginstelling	
Voorlichting: Ga na hoe de zorginstelling inhoud geeft aan het beleid rond voorlichting	(2) Primair een taak ZA
Wachttijden en overbruggingszorg Faciliteer alternatieve vormen van behandeling/begeleiding zoals zelfhulpgroepen en kortdurende opvang door lotgenoten	(1) Wachttijden: Aandacht hiervoor in inkoopplan

¹⁰ Bij CZ wordt een tweedeling gemaakt van de thema's die daadwerkelijk opgenomen zijn in het inkoopbeleid (bovenste vak) en de reactie van CZ (onderste licht grijze vak). CZ heeft namelijk de afzonderlijke thema's van de RET's samengevoegd en per thema een cijfer en een reactie aan toegevoegd: (1) Wat CZ al doet, (2) Wat CZ niet (kan) doen en (3) Wat CZ oppakt (intern). Niet alle thema's van de cliëntvertegenwoordigers zijn opgenomen in deze lijst.

CZ	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Advies RET Limburg:	
Ketenzorg, zorg op elkaar afstemmen: Neem in inkoopcontract op dat zorgverlener deel uit maakt van keten(s) in de regio voor samenwerking en afstemming. 'Dwing' met bonus-malussysteem	Prestatie-indicator: Goede samenwerking met ketenpartners
	(1 & 3) CZ vraagt het uit, nieuwe ZA moeten zich op dit gebied onderscheiden. Er is regionaal overleg tussen verschillende partijen (niet overall intensief, zonder CV). ZB kan gaan participeren.
Ketenzorg, zorg op elkaar afstemmen: Er dient goed leesbare en toegankelijke informatie te zijn over zorgaanbod en zorgketen. Idem één duidelijk aanspreekpunt/zorgcoördinator en heldere klachten procedure	
	(3) Afhankelijk van de uitwerking, heeft CZ hier al dan niet een rol in
Ketenzorg, zorg op elkaar afstemmen: Neem op dat zelfhulpgroepen en lotgenotencontact deel uit maken van ketenzorg	
Ervaringsdeskundigheid, zelfhulp en lotgenoten contact: Stel als voorwaarde dat een bepaald percentage werknemers bestaat ervaringsdeskundigen. Deze kunnen op breed terrein ingezet worden, bv. in (F)ACT-teams.	
Ervaringsdeskundigheid, zelfhulp en lotgenoten contact: Zorg dat zorgverleners in een vroeg stadium cliënten informeren over mogelijkheden zelfhulp- en lotgenotencontact (aanbod).	
Ervaringsdeskundigheid, zelfhulp en lotgenoten contact: Bied als zorgverzekeraar verzekeren de mogelijkheid om deel te nemen aan zelfhulpgroepen en lotgenotencontact. Conform cursussen 'stoppen met roken' en 'meer bewegen' ook deelname aan een zelfhulpgroep of een lotgenotencontact vergoeden (zowel deelname kosten als reiskosten).	
	(3) Alternatieve zorg: de vraag is of dit opgenomen moet worden in de aanvullende verzekering. Hierover overleg met CR en ZB

CZ	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Limburg	
Ervaringsdeskundigheid, zelfhulp en lotgenoten contact: Laat zorgverleners zichtbaar maken in hun beleidsplannen hoe ze de inzet van ervaringsdeskundigen bewerkstelligen, hoe ze samenwerken met zelfhulp en lotgenotencontact en hoe ze herstelondersteunende zorg vorm geven	(2) Zelfhulp is primair de verantwoordelijkheid van patiënten(groepen) zelf
Voorlichting en informatie: Zorgverlener moet beleid formuleren over hoe zij cliënten informeren over onderwerpen (o.a. zorgaanbod en wachtlijsten: lijst opgenomen) op papier en website.	(2) Zoek op website CZ, geeft overzicht gecontracteerde en niet gecontracteerde aanbieders
Voorlichting en informatie: Zorgverzekeraar kan keuzeondersteunende informatie verstrekken en zich sterk maken voor ondersteuning bij vraagverheldering.	(1) Zoek op website CZ, geeft overzicht gecontracteerde en niet gecontracteerde aanbieders
Voorlichting en informatie: Analoog aan de AWBZ Zorgatlas van de zorgkantoren dient de zorgverzekeraar op zijn website een actueel overzicht te hebben van alle gecontracteerde zorgverleners en hun aanbod. Daarbij hoort ook een lijst van alle cliëntenverenigingen, zelfhulpgroepen en lotgenotencontact in de regio.	(1) Zoek op website CZ, geeft overzicht gecontracteerde en niet gecontracteerde aanbieders M.b.t. lijst: voorstel wordt voorgelegd aan afdeling bij VZ.
POH-GGZ: Stimuleer de aanwezigheid van een POH-GGZ bij huisartsen (koop dit in), vooral in wijken waar veel ggz-problematiek voorkomt.	POH: Ondersteuning van de huisarts vindt niet plaats door bekostiging op basis van 2e lijns GGZ prestaties. (1 &3) Huisartsen worden gestimuleerd maar staan niet te trappelen. Niet overal snel van de grond.
Nazorg: Bouw in de DBC's een nazorgtraject in, waarbij de hulpverlener gedurende enkele maanden nog enkele keren contact opneemt om te informeren hoe de cliënt zijn dagelijkse leven weer oppakt en zo nodig adviezen te kunnen geven	(1) Als het bij individuele behandeling hoort, kan geschreven worden. Kan geen 1 ^e lijnszorg betreffen.

CZ	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Limburg	
Nazorg: Koop volgende nazorg in: “Terugval preventie groepen”, begeleidt door ervaringsdeskundigen en/of hulpverleners en zelfhulpgroepen/lotgenotencontact.	(2) Preventie maakt deel uit van DBC, maar terugvalpreventie zal 1 ^e lijn betreffen: geen onderdeel DBC. Ketenafspraken
Effectiviteit zorginkoop: Beschrijf in het inkoopcontract op welke wijze de zorgaanbieder moet kunnen aantonen dat de zorg die wordt ingekocht ook daadwerkelijk effectief en naar tevredenheid van de cliënt uitgevoerd wordt. De zorgaanbieder dient aan te tonen dat bij de monitoring van de tevredenheid de cliëntenraad actief betrokken is.	Voor de inkoop 2011 zullen, in overleg met de regionale cliëntvertegenwoordiging, regionale speerpunten worden meegenomen in de inkoopgesprekken met de instellingen.
Effectiviteit zorginkoop: De zorgverzekeraar ontwikkelt samen met de patiëntenbeweging een methodiek/plan om cliënten een rol te laten spelen bij de monitoring in de eerstelijnszorg en voert het vervolgens ook samen met cliënten uit.	(1) Er vindt monitoring plaats op doorverwijzen en gesprekken met ZA.
Algeheel punt van aandacht: Veel ggz-clënten beschikken over beperkte financiële middelen, waardoor de zoektocht naar de best passende hulp vaak beperkt is tot de gemeente waarin ze wonen. Deelname aan zelfhulpgroepen of lotgenotencontact is niet altijd haalbaar door de afstand (reiskosten). Financiële tegemoetkomingen voor ggz zijn is niet helder en deelname aan zelfhulpgroepen en/of lotgenotencontact wordt meestal helemaal niet vergoed. Zorgverzekeraar, bekijk de vergoedingsmogelijkheden in de polis.	
Advies RET Zeeland	
Doelmatigheid Herstelondersteunende zorg: Binnen het huidige aanbod, moet het aanbod van zorg en ondersteuning gericht zijn op herstel. Dit aanbod moet worden uitgebreid en prioriteit krijgen bij de inkoop van CZ.	

CZ	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Zeeland	
Doelmatigheid Complementaire zorg: Binnen het huidige aanbod, moet complementaire zorg een plaats krijgen.	(2) Geen verzekerde zorg, kan niet ingekocht worden. Mogelijkheden voor opname in aanvullende verzekering moeten verkend worden met Zorgbelang en LPGGz.
Doelmatigheid Ketenzorg: Verzekeraar moet een betrokken actieve rol op zich nemen, als initiatiefnemer voor overleg, verzekeraar, gemeenten, zorgkantoor en cliënten- en familie organisatie. Onderwerp van dit overleg is om zorg en welzijn zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.	
Doelmatigheid Verkorten van wachtlijst: Verkleinen van wachttijden, genoemd zijn: ambulante behandeling, crisisinterventie en opname bij crisis. Toegankelijke informatie over alternatieve mogelijkheden van behandeling, vrijgevestigde psychologen en psychiaters.	(1) Er is aandacht voor crisisopnamen
Doelmatigheid Uitbreiden van PGB binnen ZVW: Binnen het huidige aanbod van de ZVW, het aanbod van de PGB uitbreiden. Dit geldt zeker voor aanbod binnen de jeugd ggz.	(2) Bestaat niet meer
Transparantie Meer alternatieve inkopen voor de zorg: 1. Met meer aanbieders contracten afsluiten, met name m.b.t. klinische zorg. 2. Meer keuzevrijheid creëren door inkoop zorg van vrijgevestigde psychiaters. 3. Stimuleren van concurrentie in het aanbod. 4. POH versterken	POH: Ondersteuning van de huisarts vindt niet plaats door bekostiging op basis van 2e lijns GGZ prestaties. 1. (2) Er is een overmaat aan bedden, er gaan bedden af (ondersteunt door GGZ NL en LPGGz). Vervangen onnodige klinische zorg door betere ambulante zorg. 2. (3) Open instroombeleid als ze aan de minimale kwaliteitseisen voldoen. Moeten zich wel vestigen in regio. 3. (1) Marktwerking op laag pitje, CZ terughoudend beleid t.o.v. nieuwe aanbieders. 4. (1 & 3) Huisartsen worden gestimuleerd maar staan niet te trappelen. Niet overal snel van de grond.

CZ	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Zeeland	
Transparantie Meten van de effectiviteit van de zorg in de ggz. 1. RET en CR structureel betrekken bij de inkoop. Medezeggenschap regelen door gesprekken onafhankelijk van de aanbieder plaats te laten vinden. Cliëntenraad heeft adviserende rol naar verzekeraar. 2. Meten van cliënten- en familietevredenheid vanuit klantperspectief. Dit gezamenlijk ontwikkelen met verzekeraar. 3. Verzekeraar stelt informatie beschikbaar van CQ-Index en ROM aan RET en CR.	Voor de inkoop 2011 zullen, in overleg met de regionale cliëntvertegenwoordiging, regionale speerpunten worden meegenomen in de inkoopgesprekken met de instellingen. 1. (1) Gebeurt maar niet overal het zelfde, frequentie 2. (2) CQ-Index gaat verder dan tevredenheid, verzekeraars stimuleren afname CQ-Index 3. (1&3) Terughoudendheid bij zorgaanbieders, duurt nog lang.
Kwaliteit en effectiviteit in de zorg Familiebeleid verankeren: 1. De modelregeling 'Betrokken omgeving' moet worden geïmplementeerd. 2. Het familiebeleid van de instellingen moet verankerd worden in het zorg- en behandelaanbod. 3. De Triade kaart moet worden ingevoerd en geïmplementeerd binnen de instellingen. 4. Er moet een duidelijk aanspreekpunt beschikbaar zijn voor naastbetrokkene tijdens de behandeling. 5. Er moet ondersteuning zijn voor een familieraad en een onafhankelijke familievertouwenspersoon. 6. Psycho-educatie moet onderdeel zijn van de behandeling.	1. (3) Is taak ZA, CZ gaat het noemen. Vragen CR signalen door te geven, nemen het dan mee in lokaal overleg. 2 (3) Taak aanbieder 3 (3) Taak aanbieder 4 (3) Taak aanbieder 5. (3) Onafhankelijk betekent niet afhankelijkheid van bekostiging door AB of ZV 6 (3) Taak aanbieder
Kwaliteit en effectiviteit in de zorg Dagbesteding: 1. Ook aanbod voor (nog) niet geïndiceerde mensen en mensen die eenzaam zijn. 2. Reiskostenvergoeding voor dagbehandeling en ambulante dagbesteding.	1. (2) Geen verzekerde zorg

CZ	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies RET Zeeland	
Kwaliteit en effectiviteit in de zorg Ervaringsdeskundigheid:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Onafhankelijke crisiskaart moet worden ingevoerd en geïmplementeerd binnen de instelling. 2. Instellingen moeten zelfhulpgroepen aanbieden, begeleid door ervaringsdeskundigen. Verder inventariseren en verder ontwikkelen van zelfhulpmogelijkheden. 3. Verruimen van vergoeding van het aantal zelfhulpsessies. 4. Ervaringsdeskundigheid moet worden ingezet voor, tijdens en na de behandeling. 5. Aandacht voor het uitbreiden van het aanbod voor cliëntgestuurde projecten (bijvoorbeeld en onafhankelijk informatiepunt). Binnen Zeeland is dit een witte vlek, er is nauwelijks aanbod. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. (2) Project wordt momenteel gefinancierd uit Innovatiefonds verzekeraars. Ton per jaar, landelijk? Resultaten worden afgewacht. 2. (2) Zelfhulp is primair de verantwoordelijkheid van patiënten(groepen) zelf 3 (3) Iets voor aanvullende verzekering, overleg met CR en ZB 4. (3) Geen verzekerde zorg, wenselijkheid bespreken in overleg over oplossingen m.b.t. kwaliteit dienstverlening. Evaluatie nodig op koepelniveau: VZ, AB en CV 5. (3) Overleg, deel van de projecten zal niet vallen onder de verzekerde zorg.
Kwaliteit en effectiviteit in de zorg Dwang en drang	Prestatie-indicator: Insluiting en dwangmedicatie
<ol style="list-style-type: none"> 1. Terug dringen van dwang en drang. 2. Verzekeraar zou informatie hierover beschikbaar moeten stellen aan de cliënten- en familieorganisatie. Tevens zou dit een belangrijk onderwerp moeten zijn bij de inkoop van zorg. 3. Aanbieders moeten comfort rooms inrichten als alternatief voor de separeer. 4. Evaluatie van separeer bij dwang zou standaard onderdeel moeten zijn van de behandeling. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. (1) Instellingen ontvangen subsidies hiervoor onder condities (projectplannen) Hier wordt aan gewerkt. Door ZV gevraagde zorgextensivering stimuleert terugdringen. 2. (2) Zorgaanbieder moet terugkoppelen aan cliëntenraad 3 (2) Taak zorgaanbieder, is belangstelling voor. Wordt gestimuleerd door extensiveringsbeleid drang en dwang is duurste zorg. 4. (2) Geen taak voor ZV
Kwaliteit en effectiviteit in de zorg Somatische zorg	
In algemene zin verdient somatische zorg de aandacht te krijgen binnen het kwaliteitsbeleid van de instellingen. Specifiek zijn genoemd tandheelkundige zorg en lichamelijke screening.	(2) Geen zelfstandige prestatie in curatieve zorg.

Uitkomsten De Friesland regio

De Friesland	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Advies/ punten bijeenkomst Friesland:	
<ul style="list-style-type: none"> • Veel mensen uit de doelgroep van AanZet hebben niet het financiële vermogen een internetabonnement te bekostigen, veel mensen hebben geen email. Dit onderwerp is ook al aanhangig gemaakt bij de gemeente Leeuwarden. • Respectvolle bejegening, vraagsturing, maatwerk, serieus nemen van de cliënt. • De nazorg moet beter worden geregeld, mensen vallen vaak in een gat na opname. • Hiermee hangt samen het gebrek aan ketenzorg. • Inzet van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg. Biedt minimaal aan dat een cliënt met een ervaringsdeskundige kan praten. • Wijs cliënten (verplicht, als onderdeel van een DBC) op het bestaan van zelfhulp- en bondgenotengroepen. • Betrek de familie bij de behandeling (mits de cliënt het toe staat) volgens het principe triade. • Behoefte aan psycho-educatie. • Keuzevrijheid behandelaar. Wisselen van behandelaar binnen een ggz-organisatie gaat moeilijk. • Heb niet alleen aandacht voor rehabilitatie, maar ook voor re-integratie. Dus meer aandacht voor werk tijdens en na herstel. • Herstel ondersteunende zorg bieden. Juist ook kijken naar wat mensen <i>wel</i> kunnen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nee, de verzekeraar heeft daar kennis van genomen tijdens de startbijeenkomst. In <i>De klant als Kompas</i> staat wel dat De Friesland verschillende online toepassingen en ontwikkelingen wil stimuleren. • De Friesland benadrukt het belang van ketenzorg maar benoemd daarin niet expliciet de nazorg. • In ggz-paragraaf is het thema ketenzorg niet uitgewerkt of toegespitst • Nee, in ggz-paragraaf staat in het kader van zelfmanagement alleen dat aanbieders in voorkomend geval klanten kunnen verwijzen naar (online) zelfhulpgroepen. • Zie vorig punt

De Friesland	Opgenomen in zorginkoopbeleid
Vervolg Advies/ punten bijeenkomst Friesland:	
<ul style="list-style-type: none"> • Het gemis van een crisiskaart in Friesland. De directeur van Zorgbelang opperde om wellicht gezamenlijk (AanZet en Zorgbelang) een aanvraag in te dienen bij het innovatiefonds van de Friesland. Wordt vervolgd. • Signaal: een behandeling wordt gestopt, omdat naar zeggen van de hulpverlener De Friesland niet meer betaald. • De aanwezigen geven aan dat zij geen feedback kunnen geven tijdens de behandeling/opname. Men voelt zich niet veilig genoeg om feedback te durven geven aan bijvoorbeeld de behandelaar! 	