

> Consultatie en Marketing door Wilmar van Dop

1. Inleiding

Bijna alle zaken rondom de inzet van GGZ medewerkers in de 1^e lijn worden nu in algemene en meer gedetailleerde kaders beschreven.

Een belangrijk onderdeel daarvan is echter nog niet beschreven, namelijk: hoe kom je bij de huisartspraktijk naar binnen?

Het zou te gemakkelijk zijn om te veronderstellen dat de landelijke bekendheid die aan het project gegeven is voldoende te achten om bij de huisarts binnen te zijn.

Hoewel er natuurlijk per GGZ organisatie verschillen bestaan in de contacten en samenwerking met de daar gevestigde huisartsen, blijkt in de praktijk dat het daadwerkelijk komen tot bijvoorbeeld een target als: "75% van de in onze regio gevestigde huisartsen maken structureel gebruik van SPV-en in hun praktijk" tot op heden niet haalbaar. De tijd dat GGZ instellingen (die nog veelal non-profit-organisaties zijn)minder belang of druk uitoefenden op de markt om financiële redenen, ligt achter ons. De overheid en zorgverzekeraars laten er geen twijfel meer over bestaan dat bestaansrechten tegenwoordig bewezen moeten worden met onderbouwde productiecijfers, transparantie, bewezen kwaliteit en effectiviteit. Geen wonder dat vele non-profitorganisaties in de GGZ dan ook anders tegen de markt aan zijn gaan kijken en veel slagvaardiger tewerk gaan om bovenstaande eisen tegemoet te treden.

Wanneer het als GGZ organisatie er om te doen is samenwerking, kwaliteit, vroegdiagnostiek, betere, snellere verwijzing en behandeling te bewerkstelligen en je hebt hiervoor een deskundig, hoog kwalitatieve dienst (de ggz-medewerker)in de aanbieding, dan moet de "markt" (de huisarts)hiervoor warm gemaakt worden. Dan hoeft het ook helemaal niet meer gek te klinken wanneer je daar procedures voor zou gebruiken die binnen de commerciële marketing allang gemeengoed zijn. Per slot praten we hier ook over een dienst en een markt.

2. Marketingplan

In het hierna volgende komt er een voorbeeld van een algemeen uitgeschreven marketing plan richting de inzet van SPV-en in de huisartspraktijk.

2.1 Algemene wetmatigheden van marketing:

Een ding hebben alle visies met elkaar gemeen: alles draait om een tevreden klant.

De mate waarin de klant tevreden is, is variabel en hangt af van de verwachtingen die hij had en de inspanningen die de aanbieder zich wil getroosten.

Deze beide kanten: aanbieder-ontvanger komen steeds weer terug en zijn de wezenlijke bouwstenen waartussen uitwisseling plaatsvindt.

Een tweede wetmatigheid van marketing is dat de uitwisselingen plaatsvinden op een markt en er daarom sprake is of kan zijn van concurrentie.Hoe het ook is, de doelstelling blijft altijd: een tevreden klant!

Succes betekent echter meer dan financieel dekkend (zoals in non-profit nagestreefd wordt)alleen. Succes is ook respect opbouwen, voldoening schenken, klanten terug zien komen, mond-op-mond-reclame. In de praktijk is het dan ook sterk aan te bevelen samen te werken met mensen die eenzelfde principe huldigen. De mensen van de acquisitie (diegene die de boodschap kan en aan de "man" moet gaan brengen, zullen moeten beschikken over uitstekende sociale en uitdrukkingsvaardigheden. Ze zijn ras netwerkers en hebben een hoge frustratietolerantiedrempel. Zij zullen het product met de juiste hoeveelheid aan kennis en aan de markt aangepaste enthousiasme moeten kunnen brengen. Zij zijn het visitekaartje van je organisatie. Zodra de GGZ medewerker echt in de praktijk zit bij de huisarts, zal hij of zij meer die rol gaan vervullen.

De eerste vragen die van belang zijn bij het opstellen van een marketingplan zijn bijvoorbeeld:

- Hoe ziet onze markt eruit
- Wie zijn de (potentiële)klanten?
- Hoe groot is de reikwijdte?
- Wie zijn potentiële concurrenten.

2.2 Marktanalyse:

2.2.1 Klanten: Wie? Welk soort? Welke eigenschappen?

Huisartsen, in solopraktijken, maatschap, HOED, gezondheidscentra. Zij zijn als klant moeilijk bereikbaar door een veelal hoge werkdruk/last die hun cliënten met zich meebrengen. Huisartsen kennen in zijn algemeenheid praktijken van rond de 2350 cliënten, die gemiddeld 2,5 maal per jaar een beroep op hun doen. Dat zijn 16,3 patiënten per dag als je uitgaat van 365 werkbare dagen! (inclusief telefonische consulten). De gemiddelde tijd die een huisarts heeft voor een consult ligt rond de 11 minuten en in grote steden zelfs op 8 minuten. In achterstandwijken, of wijken met een hoog allochtonengehalte liggen deze cijfers wat lager, maar maken door de cultuur of taalverschillende de praktijk er niet minder druk om. Vooral op Rotterdam-Zuid kent men een aantal wijken waarin er rekening gehouden moet worden met deze variabele. Daarnaast worden zij door talloze andere partijen benaderd voor andere activiteiten; de farmaceutische industrie, instellingen die bestuursfuncties aanbieden, als spreker, een verplicht nascholingsbeleid van 40 uur per jaar, verplichtingen in de eigen HAGRO, of als lid van de District Huisartsen Vereniging.

Ook zijn vele huisartsen voor de belasting ondernemers,wat vaardigheden vraagt op een ander niveau dan hun eigenlijke werk. De wijze waarop huisartsen met deze variëteit aan activiteiten omgaan, ligt ook heel divers. De één wil bijna alles in eigen hand houden, de ander besteed zoveel mogelijk uit.Een eenduidige beleidsvoering van "de huisartspraktijk" lijkt dan ook niet aanwezig. Ook zijn in de afgelopen jaren de huisartspraktijken aan nogal wat veranderingen onderhevig geweest. Vooral wanneer het gaat over de mate waarin zij nog invloed kunnen uitoefenen op verwijzingen en de kortingen op vergoedingen voor hun arbeid. Vooral de wat

oudere garde voelt zich vaak behoorlijk reglementair aan banden gelegd door de nieuwe werkwijzen. Deze diversiteit aan variabelen maken het "reguliere huisarts profiel" moeizaam te maken. Een profiel per solopraktijk, gezondheidscentra, hoed, etc is dan ook aan te bevelen. In zijn algemeenheid kan je wel stellen dat de overvloed aan activiteiten die elke huisarts – vooral in de grotere gemeenten – zal kennen en hebben, hem of haar erg gevoelig maken voor elk ontlastend instrument als het; tijd en geld zal besparen c.q opleveren en kennis zal toevoegen.

2.2.2 Produkt / dienst:

GGZ medewerkers (met de nadruk op SPVen) in de huisartsenpraktijk

2.2.3 Wat wordt er al gedaan?

In de huisartspraktijk wordt al op veel plaatsen ondersteuning geboden door praktijkondersteuners, veelal verpleegkundigen met een somatische achtergrond, of maatschappelijk werkers, die zich veelal richten op ondersteuning op financieel gebied en / of lichte sociaal-psychologische problematiek.

2.2.4 Waarvoor is er interesse?

Huisartsen blijken over het aanbod van SPVen nogal uiteenlopende verwachtingen te koesteren; vaak wordt er verder gegaan dan consultatie in de strikte zin van het woord. Behandeling en begeleiding in de praktijk tot en met het geven van of controle op medicatie is geen uitzondering. Als organisatie dient je goed te communiceren wat je aanbod precies is en met de desbetreffende huisarts tot overeenstemming zien te komen.

2.2.5 Plaats: Waar? Waarom daar?

Er is een voorkeur voor het aanbieden van de diensten in de praktijk van de huisarts om daarmee de lijnen kort te houden, drempelverlagend zowel naar de huisarts als de huisartscliënt. Dit heeft zijn effecten voor vroegsignalering, preventie, kortere wachttijden, snellere behandeling en verwijzingen.

2.2.6 Promotie: Hoe wordt dit gedaan? Is het nodig? Waarvoor?

Promotie blijkt ondanks landelijk veronderstelde aandacht noodzakelijk, wanneer het je als organisatie erom te doen is een zo groot mogelijke spreiding binnen het huisartsenbestand te halen. Dit kan je bijvoorbeeld doen, d.m.v. een mailing waarin wordt aangegeven dat de betrokkene binnen twee weken telefonisch benaderd gaat worden om zijn interesse kenbaar te maken. De praktijk echter leert dat huisartsen heel kieskeurig zijn in wat ze lezen en veel ongelezen in de prullenbak verdwijnt. Promotie kan echter ook via hun eigen kanalen. Nieuwsbrieven van de regionale DHV worden vaak wel gelezen, eenzelfde soort mailing daarin maakt de kans op lezen niet alleen groter maar ook de bereidheid om te luisteren naar je aanbod wanneer de telefonische ronde wordt ingezet. Het aanbieden van je aanbod in de regionale Hagro's is ook een manier en zelfs heel persoonlijk, immers de huisartsen zien direct het "gezicht" erbij. In de praktijk lijkt dit het beste te werken wat ook door de huisartsen zelf iedere keer weer wordt aangegeven. Wat onontbeerlijk is dat er van elk gemaakt face-to-face contact met een Hagro een bezoekrapport gemaakt wordt, waarin afspraken, indrukken en beleid wordt beschreven. Een afgeleide hiervan moet aan de Hagro toegestuurd worden om de ingezette communicatie tot en in stand te houden. Hierin gemaakte afspraken zijn hierdoor voor iedereen inzichtelijk en onderling overdraagbaar. Afspraken maken of toezeggingen krijgen van huisartsen is in de praktijk veelal wel te doen. Enthousiasme voor iets verkrijgen ook. Bezoeken aan de Hagro's in Rotterdam bijvoorbeeld leverde een hoop enthousiaste reacties op de voorgenomen plannen t.a.v de inzet van SPV in de 1^e-lijn, maar vrijwel niemand van de huisartsen greep in de daarop volgende weken zelf naar de telefoon om dit ook te regelen. De praktijk leerde dus wel dat de aanbiedende organisatie – zeker in het begin van zijn acquisitie – zelf hier achteraan zal moeten gaan. Een reden temeer waarvoor bezoekrapporten kunnen dienen. Als er een afspraak of toezegging is: geef deze in schrift, e-mail terug, of bel ter bevestiging. Als er enthousiasme is, bel binnen een week terug en kom tot duidelijke afspraken.

3. Concurrentie: Wie? Wat? Waar? Hoeveel?

Het aanbod van SPVen zal landelijk niet zoveel concurrentie kennen daar vele RIAGG's al zijn gefuseerd met een APZ. Binnen onze regio ligt dat anders, het APZ in onze regio heeft nog steeds een plan in de kast liggen waarbij ook zij SPVen willen aanbieden aan de huisarts.

Vooralsnog zijn er echter nog geen tekenen die erop wijzen dat zij die plannen ook daadwerkelijk aan het uitvoeren zijn. Als mogelijke concurrent moet deze echter altijd in het achterhoofd gehouden worden. Tijdens Hagro bezoeken werd het aanbod van het APZ ook wel eens naar voren gebracht, en wat onze meerwaarde t.o.v hun dan zou zijn.....

Ons antwoord was juist de ambulante expertise die wij zouden hebben. Desalniettemin, op dit soort vragen – evenals het feit dat eerder meegemaakte vervelende ervaringen met jou organisatie als huisarts zijnde – moet je als acquisitievoerder beducht zijn. Als organisatie weet jijzelf als de beste hoe de verstandhouding is geweest, waar je deze wilt houden of waar je hem naartoe wilt brengen. Wanneer de verstandhouding matig is geweest, is de beste tactiek dit ruimschoots toe te geven, maar dat koersen en wensen zijn veranderd en onze komst met ons aanbod daarvan een voorbeeld is. Wensen ter verbetering van, gepasseerd, of nog lopende negatieve zaken moeten altijd worden meegenomen (genoteerd in bezoekrapport) en snel en efficiënt beantwoord worden door de betreffende managers uit de organisatie. Wanneer de verstandhouding goed is, willen we hem zeker zo houden en verder verdiepen door ons aanbod.

4. Prijs: Hoeveel? Hoe weinig? Waarom?

Vooralsnog worden er geen rekeningen aangeboden aan de huisarts. Instellingen maken met hun zorgverzekeraar afspraken over geleverde diensten die zij veelal wegschrijven onder dienst en preventie uren, binnen consultatieprojecten, of als reguliere contacten zodra cliënten daadwerkelijk worden ingeschreven. Hierbinnen vallen ook eventuele afspraken van kleine vergoedingen die aan de huisarts aangeboden kan worden voor het gebruik van de ruimte in zijn praktijk.

5. Leverancier: Wie? Wat?? Hoeveel?

De organisatie zelf is verantwoordelijk voor de levering, continuïteit en kwaliteitsbewaking van de geleverde diensten. Evenals welke en hoeveel disciplines ingezet zal gaan worden, waarbij landelijk de voorkeur uitgaat naar SPVen.

6. Het personeel

Is voor hun taak opgeleid personeel, zijn in loondienst, zijn betrokken geweest bij de voorbereiding en kunnen tijdens hun werkzaamheden in de huisartspraktijk gebruik maken van dezelfde multidisciplinaire ondersteuning die zij ook hebben binnen hun GGZ-organisatie. Zij worden aangestuurd door teamleiders en hebben naast hun werkzaamheden in de huisartspraktijk, ook hun eigen case-load. De registratie, werkplanning gebeurd in overleg met de teamleiders die de contactpersoon zijn voor de betrokken huisarts.

Het welslagen van het aanbod hangt in hoge mate af van het personeel waarvoor kennisvergroting, methodiek ontwikkeling, intervisie, ondersteunende activiteiten en overlegmomenten voor moet worden aangeboden.

7. De evaluatie:

- Deelname aan landelijk onderzoek Trimbos en NIVEL, om methodiek ontwikkeling, statistische gegevens en beleidskoerswijzigingen op te kunnen baseren.
- Binnen de halfjaarlijkse structurele contacten met de Hagro's en , vertegenwoordigers van de in de regio aanwezige DHV's wordt er geëvalueerd
- Binnen de organisatie zelf evalueren de projectleider en de managers halfjaarlijks de stand van zaken.

Zoals gezegd: dit is een "algemeen" uitgeschreven marketingplan.

Wanneer je deze opzet volgt ga je zaken als: " hoe, wat, wanneer" verder uitwerken in detail. Je doelstellingen duidelijk en meetbaar formuleren.

Je sterkte en zwaktes, mogelijkheden en bedreigingen beschrijven met de strategie voor een begrensde periode, met een actieplan van bijvoorbeeld 1 jaar;

Bijvoorbeeld:

" Via hagro....x huisartsen bereiken voor datum y , waarvan x% binnen dit jaar start met onze dienst etc, doorgroei van y % naar volgend jaar etc.

Kosten baten training van acquireurs en hagro...vs geprognoseerde opbrengst".

Een investering in een plan als deze heeft al voor menige organisatie garant gestaan voor een succesvol wegzetten van een product en levert weer stof op voor de continuïteit of overdraagbaarheid.

