

# Bijlage 3



GEZONDHEIDSZORG

## Monitor Basis GGZ Quickscan

In opdracht van het Ministerie van VWS

Juni 2014

## **Juni 2014**

Dit rapport is uitsluitend bestemd voor het Ministerie van VWS. Het is niet bedoeld voor andere partijen, buiten deze doelgroep, en het gebruik van dit rapport door andere partijen is dan ook voor eigen risico. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijkheid jegens andere partijen dan het Ministerie van VWS.

De aard van de werkzaamheden houdt in dat wij geen accountantscontrole, beoordelingsopdracht of andere assuranceopdracht hebben uitgevoerd. Daarom kan aan onze rapportage geen zekerheid met betrekking tot de getrouwheid van financiële of andere informatie worden ontleend.

## Management samenvatting

*\* In opdracht van het Ministerie van VWS worden de effecten van de Basis GGZ de komende 2,5 jaar gemonitord door KPMG Plexus. De quickscan geeft een beeld van de eerste ervaringen.*

Per 1 januari 2014 is de Basis GGZ ingevoerd\*. Dit betreft een grote verandering in de inrichting van de GGZ-zorgverlening. In deze quickscan geven we een eerste kwalitatief beeld van de ervaringen uit het veld (huisartsen, GB-GGZ en S-GGZ aanbieders, zorgverzekeraars en patiënten) op basis van de eerste maanden. De verwachting is dat dit beeld zich in de loop van de monitor verder ontwikkelt.

In het algemeen geven de verschillende partijen aan dat zij positief staan tegenover de ontwikkeling van de Basis GGZ. Er zijn al veel ontwikkelingen gaande, maar de invoering staat nog in de kinderschoenen. Mede hierdoor worden verschillende knelpunten ervaren in de uitvoering.

Op basis van inschrijfgegevens van instellingen wordt duidelijk dat patiënten sinds 2014 instromen in de GB-GGZ. Bij instellingen die zich richten op GB-GGZ loopt de instroom echter vaak aanzienlijk achter ten opzichte van de verwachting. Bij kleine aanbieders van GB-GGZ, waaronder vrijevestigden, verloopt de instroom in de GB-GGZ naar verwachting of soms zelfs boven verwachting.

Uit interviews blijkt dat het aantal huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, sinds de introductie van de Basis GGZ is gestegen. Ook het aantal uren van de POH-GGZ in huisartsenpraktijken neemt toe. De POH-GGZ is veelal gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (31%) en de functie wordt door verschillende beroepsgroepen ingevuld, waarbij de SPV de grootste beroepsgroep is. Hierin zijn regionale verschillen zichtbaar. Ondersteunende instrumenten, zoals consultatie, E-mental health (EMH) en evidence based preventie, worden in huisartsenpraktijken nog beperkt ingezet.

Voor de achterblijvende instroom in de GB-GGZ wordt een aantal redenen genoemd. Deze hebben betrekking op de verwijsstromen, zoals het later verwijzen van patiënten vanuit de huisartsenpraktijken (onder andere door de opkomst van de POH-GGZ), het moeizaam op gang komen van de substitutie van S-GGZ naar de GB-GGZ, het eigen risico wordt door sommige patiënten als knelpunt ervaren in de doorverwijzing en de eis dat voor behandeling in de GB-GGZ sprake moet zijn van een DSM stoornis.

Verwijsinstrumenten worden door huisartsen als ontoereikend ervaren en hierdoor slechts beperkt gebruikt. Binnen de GB-GGZ wordt het verwijsmodel, zoals beschreven door HHM, wel vertaald in praktische instrumenten. Hierin ontbreekt het echter aan eenduidigheid. In het algemeen geven verwijzers en aanbieders naar wie verwezen wordt verschillende knelpunten aan in de verwijzing. Deze knelpunten hebben betrekking op de juistheid van verwijzing naar een bepaald echelon en de juistheid en volledigheid van verwijsgegevens. Er bestaat in het veld nog onduidelijkheid welke zorg in welk echelon geleverd dient te worden.

Het product Kort wordt slechts beperkt ingezet GB-GGZ – mede door de inzet van de POH-GGZ aan de voorkant – en het product Intensief wordt als onvoldoende toereikend ervaren om de zwaardere doelgroep te kunnen behandelen. Een product met een grotere bandbreedte, bijvoorbeeld 1200 minuten, maakt het mogelijk om geprotocolleerde zorg te kunnen bieden. Voor instellingen die GB-GGZ aanbieden, kunnen groepsbehandelingen en EMH mogelijkheid bieden de beschikbare minuten efficiënt in te zetten. Ook consultatie wordt als nuttige functie binnen de Basis GGZ beschouwd; in de praktijk wordt hier echter nog maar weinig gebruik van gemaakt.

Veranderingen voor vrijevestigde praktijken lijken groter dan voor instellingen. In reactie hierop organiseren vrijevestigde behandelaren zich in zorggroepen en zoeken samenwerking op met andere partijen.

## Management samenvatting

Zorgverzekeraars maken afspraken rondom de Basis GGZ en stellen eisen aan zorgaanbieders. Zorgaanbieders ervaren echter knelpunten in de zorginkoop door zorgverzekeraars. Voorbeeld van knelpunten zijn de verschillende eisen die door de afzonderlijke zorgverzekeraars worden gesteld en de afspraken die gemaakt worden over de productmix. Zorgverzekeraars ontvangen komende perioden declaratiegegevens op basis waarvan zij beleid aan kunnen passen. Ook verwachten verzekeraars dat tools aangepast worden en producten binnen de GB-GGZ aangepast worden.

Eerste ervaringen met de POH-GGZ worden als positief ervaren. Uit de interviews blijkt dat veel patiënten niet bekend zijn met de Basis GGZ en de bijkomende veranderingen.

# Inhoudsopgave

**De contactpersonen vanuit KPMG Plexus voor deze rapportage zijn:**

**Joost Kruytzer**  
*Partner KPMG Plexus*

Tel: + 31 (0)6 4156 2479  
kruytzer.joost@kpmgplexus.nl

**Karin Lemmens**  
*Manager KPMG Plexus*

Tel: + 31 (0)6 12513683  
lemmens.karin@kpmgplexus.nl

**Gwendy Bos**  
*Adviseur KPMG Plexus*

Tel: + 31 (0)6 10955819  
bos.gwendy@kpmgplexus.nl

## 1. Inleiding

- Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer
- Beknopte beschrijving nieuwe systeem

## 2. Aanpak

- Globale beschrijving van de aanpak

## 3. Bevindingen

- Resultaten op totaalniveau
- Resultaten Doelen behaald
- Resultaten Werkzaamheid

## Bijlagen

1. Vragen VWS
2. Aanbieders in regio's

Pag.

5

6

7

9

11

12

23

24

# 1. Inleiding

## Aanleiding, vraagstelling & leeswijzer

### 1.1 Aanleiding

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland levert een belangrijke bijdrage aan de samenleving. Om mensen met psychische aandoeningen zo goed mogelijk te kunnen behandelen is een samenhangend en gevarieerd zorgaanbod nodig. De kosten van GGZ zijn in het afgelopen decennium relatief meer toegenomen dan in andere zorgsectoren. Dit komt mede doordat mensen met lichte psychische problematiek vaak onnodig in de gespecialiseerde (tweedelijns) GGZ terechtkomen. Daarnaast keren mensen na behandeling te langzaam terug naar de eerstelijns (huisarts, POH of eerstelijns psycholoog). Hierdoor is de vraag naar gespecialiseerde GGZ zorg relatief hoog, waardoor de toegankelijkheid (onvoldoende gepaste zorg, waardoor wachtlijsten ontstaan), de kwaliteit (door onvoldoende gepaste zorg en zorg ver weg in plaats van dichtbij) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichte problematiek) van de GGZ in gevaar komt.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in juni 2012 een akkoord gesloten met zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties in de GGZ. Dit akkoord heeft drie hoofddoelen: 1) de zorg dicht bij de patiënt brengen; 2) de zorg beter en effectiever maken en 3) de zorg betaalbaar houden. Dit akkoord is op 16 juli 2013 verlengd en verder ingevuld.

Per 2014 is de nieuwe werkwijze in de curatieve GGZ ingevoerd (in vervolg: *Basis GGZ*). De introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) en de versterking van de huisartsenzorg (incl. Praktijkondersteuner Huisarts (POH-GGZ)) heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Onderdeel daarvan is meer zelfmanagement en preventie en ondersteuning via e-health. Met de invoering van deze maatregelen verwacht VWS dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dicht bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.

### 1.2 Vraagstelling

Het ministerie van VWS wil graag een monitor ontwikkelen om de invoering en de verdere ontwikkeling van de Basis GGZ goed te volgen. De opdracht kan worden samengevat als:

Het opzetten van de 'Monitoring effecten Basis GGZ' (verder: monitor) die zich richt op de volgende elementen:

- Een inventarisatie of de beoogde doelen van invoering van de Basis GGZ worden behaald;
- Het toetsen van de werkzaamheid van de POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ in de praktijk;
- Overige vragen.

Deze elementen vallen uiteen in een groot aantal subvragen. Ten behoeve van de beknoptheid nemen we deze subvragen hier niet op. Deze staan beschreven in Bijlage I.

### 1.3 Leeswijzer

In dit document rapporteren we de bevindingen uit de quickscan. In de quickscan halen we een *eerste beeld* op sinds de introductie van de Basis GGZ op 1 januari 2014. Op de volgende pagina beschrijven we beknopt het nieuwe systeem. Hoofdstuk 2 gaat in op de aanpak die we hebben gevolgd. Hoofdstuk 3 beschrijft de eerste resultaten van de monitor (quickscan).

# 1. Inleiding

## Beknopte beschrijving nieuwe systeem

### Beknopte beschrijving nieuwe systeem

Het nieuwe systeem bestaat uit de volgende drie echelons, zie figuur hieronder:

1. Huisartsenzorg, waaronder POH-GGZ
2. GB-GGZ
3. S-GGZ

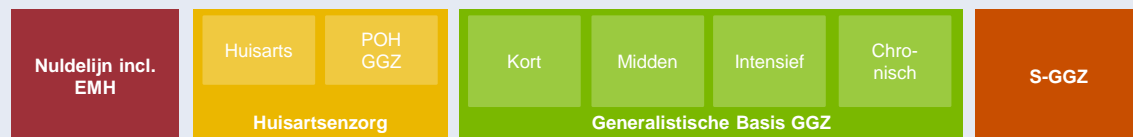
Hieronder staat een beknopte beschrijving van het nieuwe systeem wanneer deze optimaal functioneert:

- De nuldelijn is versterkt, d.w.z. er worden verschillende e-Mental Health (EMH) modules aangeboden, voor iedereen toegankelijk via internet. Hierdoor wordt zelfhulp gestimuleerd.
- Via de module POH-GGZ wordt huisartsen op dit moment al de mogelijkheden geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, door het aanbieden van EMH-behandelingen, de screeningsfunctie te verbeteren, consultatie van een specialist aan te vragen of de patiënt (met ondersteuning van een andere hulpverlener) zelf te behandelen. De functie van de POH-GGZ is in het nieuwe systeem op volle kracht.
- In de GB-GGZ komt een deel van de patiënten die tot nu toe door een eerstelijns psycholoog (ELP) werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de S-GGZ. De populatie van de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort, Middel, Intensief en Chronisch)\*, waar de NZa tarieven voor heeft vastgesteld.
- Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, gaan van de tweedelijns over naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).



Systeem 2011

Nieuwe systeem



\* Voor meer details, zie het rapport van HHM: Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen, januari 2013.

## 2. Aanpak

### Globale beschrijving van de aanpak

#### Werkzaamheid

We toetsen de toepassing van de zorgproducten, het verwijfmodel, de POH-GGZ, zorginkoop en brengen we processen rondom patiëntbetrokkenheid en de overige procesvragen in kaart.

#### Doelen behaald

We toetsen de effecten van de Basis GGZ. Concreet zijn dat de verschuiving patiënten- (behandel)stromen per echelon (betaalbaarheid en toegankelijkheid); uitgaven in de gehele keten van de GGZ, macroverschuivingen (betaalbaarheid); verandering in medicatiegebruik (betaalbaarheid en kwaliteit); gerichte verwijzingen (toegankelijkheid en kwaliteit).

#### 2.1 Opzet monitor

De monitor geeft inzicht in de mate waarin de beoogde doelen van invoering van de Basis GGZ worden behaald en in de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ in de praktijk. De vormgeving van de POH-GGZ en de GB-GGZ moet er voor zorgen dat patiënten op de goede plek in de keten terechtkomen en daarmee zorgen voor verbeterde toegankelijkheid van zorg en tevens dat patiënten kwalitatief goede zorg ontvangen die betaalbaar is. We gaan bij het ontwerp van de monitor uit van het conceptuele model, zoals geïllustreerd in figuur 2.1.

Om een antwoord te geven op deze twee pijlers maken we gebruik van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. Waarbij het kwalitatieve onderzoek zich vooral richt op de werkzaamheid en het kwantitatieve onderzoek vooral het behalen van de doelen betreft. De quickscan richt zich voornamelijk op de werkzaamheid.

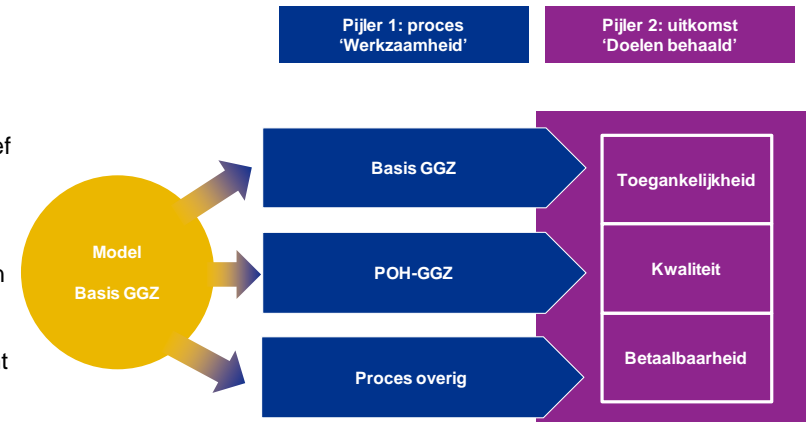
Idealiter geeft de monitor een landelijk beeld van de effecten en werkzaamheid van de Basis GGZ. Kwantitatieve gegevens over geleverde zorg (declaraties) zijn echter pas met veel vertraging beschikbaar. De monitor presenteert gegevens van drie regio's om al eerder iets te kunnen zeggen over de Basis GGZ. Deze zijn zo gekozen dat ze naar verwachting representatief zijn voor het hele land (op basis van onder andere grootte, regionale spreiding, stedelijkheid, zorgverzekeraarregio en verschillen in implementatie van de Basis GGZ en samenwerkingsverbanden tussen en binnen de drie echelons):

- Zuid-Limburg
- Utrecht en omstreken
- Friesland

In het kader van het kwalitatieve onderzoek vinden interviews plaats met diverse partijen werkzaam in de drie regio's. Voor het kwantitatieve onderzoek vragen we data uit bij de GGZ instellingen in de regio's en maken we gebruik van Vektis registratiedata uit de drie regio's. De uitgebreide kwantitatieve analyse (doelen behaald) wordt meegenomen in de nul- en eerste vervolgmeting (zie 2.2). Deze informatie wordt gekoppeld met de kwalitatieve bevindingen. In de tussenrapportage in september 2014 beschrijven we de verschillende onderzoeksmethoden uitgebreid.

Vanaf de rapportage die verschijnt in juni 2016 is het mogelijk om landelijke declaratiedata te analyseren en hiermee een uitspraak te doen over heel Nederland. In die rapportage vindt een landelijke validatie plaats van de conclusies reeds eerder getrokken op basis van gegevens van de drie regio's.

Figuur 2.1 Inhoudelijk model monitor





## 2. Aanpak

### Globale beschrijving van de aanpak

#### 2.2 Planning

In de quickscan beschrijven we de eerste vooral kwalitatieve bevindingen. In september 2014 leveren we de eerste volledige rapportage op, inclusief nulmeting. Vanaf december 2014 volgen halfjaarlijkse tussenrapportages. Deze bevatten *foto's* van de situatie op dat moment en trendanalyses ten opzichte van eerdere rapportages en de nulmeting (per halfjaar). Hierdoor ontstaat er door "ingroei" effecten in de loop der tijd een steeds duidelijker beeld van de effecten van de Basis GGZ.

	2014				2015				2016				2017				2018	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
Quickscan		1/7																
Nulmeting			15/9															
Vervolgmeting			15/9	1/12	1/6		1/12		1/6		1/12		1/6		1/12		1/6	

Bij 1<sup>e</sup> verlenging      Bij 2<sup>e</sup> verlenging

#### 2.3 Quickscan

In deze quickscan geven we een inzicht in de eerste ervaringen van huisartsen, GB-GGZ aanbieders, S-GGZ aanbieders en patiënten met de Basis GGZ. We verzamelen daartoe voornamelijk kwalitatieve gegevens. We willen benadrukken dat het een eerste beeld is wat naar voren komt. In de loop van de monitor zal dit beeld zich naar alle waarschijnlijkheid verder ontwikkelen. De quickscan geeft inzicht in:

- Eerste indicaties ten aanzien van matched care en betaalbaarheid, door een beschrijving te geven van de verwijzingen (inschrijvingen eerste kwartaal 2014).
- Eerste indicaties ten aanzien van werkzaamheid, op basis van 32 (telefonische) interviews met huisartsen, GB-GGZ aanbieders, S-GGZ aanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers, om zo inzicht te geven in ervaringen van:
  - Huisartsen: hoe werkbaar is verwijsmodel, screeningstool, vormgeving van POH GGZ, consultaties van specialisten en verwijzingen;
  - GB-GGZ aanbieders: hoe lopen verwijzingen vanuit huisarts/ POH-GGZ, wat zijn ervaringen met de zorgproducten (criteria, toereikendheid, aansluiting bij protocollen) en verloop van inkoopafspraken;
  - S-GGZ aanbieders: hoe lopen verwijzingen vanuit huisarts/ POH-GGZ en uitstroom naar GB-GGZ;
  - Zorgverzekeraars: hoe werkbaar is de beschikbare informatie bij het maken van inkoopafspraken;
  - Patiënten: wat merkt de patiënt van de invoering en wordt hij/zij betrokken bij verwijzing.

## 3. Bevindingen

### Resultaten op totaalniveau

De verschillende partijen geven aan dat zij positief staan tegenover de ontwikkeling van de Basis GGZ. De invoering staat echter nog in de kinderschoenen, al zijn er veel ontwikkelingen gaande. Mede hierdoor worden verschillende knelpunten ervaren in de uitvoering. De verwachting is dat dit beeld zich in de loop van de monitor verder ontwikkelt.

#### 3.1 Doelen behaald

Op basis van inschrijfgegevens van instellingen wordt duidelijk dat patiënten sinds 2014 instromen in de GB-GGZ. Bij instellingen die zich richten op GB-GGZ loopt de instroom echter vaak aanzienlijk achter ten opzichte van de verwachting. Bij kleine aanbieders van GB-GGZ, waaronder vrijgevestigden, verloopt de instroom in de GB-GGZ naar verwachting of soms zelfs boven verwachting.

#### 3.2 Werkzaamheid

- **POH GGZ:** Het aantal huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, is sinds de introductie van de Basis GGZ gestegen. Ook het aantal uren van de POH-GGZ in huisartsenpraktijken neemt toe. De POH-GGZ is veelal gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (31%) en de functie wordt door verschillende beroepsgroepen ingevuld, waarbij de SPV de grootste beroepsgroep is. Hierin zijn regionale verschillen zichtbaar. Ondersteunende instrumenten, zoals consultatie, E-mental health (EMH) en evidence based preventie, worden in huisartsenpraktijken nog beperkt ingezet.
- **Instroom in GB-GGZ:** Voor de achterblijvende instroom in de GB-GGZ wordt een aantal redenen genoemd. Deze hebben betrekking op de verwijsstromen, zoals het later verwijzen van patiënten vanuit de huisartsenpraktijken (onder andere door de opkomst van de POH-GGZ), het moeizaam op gang komen van de substitutie van S-GGZ naar de GB-GGZ, het eigen risico wordt door sommige patiënten als knelpunt ervaren in de doorverwijzing en de eis dat voor behandeling in de GB-GGZ sprake moet zijn van een DSM stoornis.
- **Verwijsinstrumenten:** Verwijsinstrumenten worden door huisartsen als ontoereikend ervaren en hierdoor slechts beperkt gebruikt. Binnen de GB-GGZ wordt het verwijsmodel, zoals beschreven door HHM, wel vertaald in praktische instrumenten. Hierin ontbreekt het echter aan eenduidigheid. In het algemeen geven verwijzers en aanbieders naar wie verwezen wordt verschillende knelpunten aan in de verwijzing. Deze knelpunten hebben betrekking op de juistheid van verwijzing naar een bepaald echelon en de juistheid en volledigheid van verwijsgegevens. Er bestaat in het veld nog onduidelijkheid welke zorg in welk echelon geleverd dient te worden.
- **Producten GB-GGZ:** Het product Kort wordt slechts beperkt ingezet GB-GGZ – mede door de inzet van de POH-GGZ aan de voorkant – en het product Intensief wordt als onvoldoende toereikend ervaren om de zwaardere doelgroep te kunnen behandelen. Een product met een grotere bandbreedte, bijvoorbeeld 1200 minuten, maakt het mogelijk om geprotocolleerde zorg te kunnen bieden. Voor instellingen die GB-GGZ aanbieden, kunnen groepsbehandelingen en EMH mogelijkheid bieden de beschikbare minuten efficiënt in te zetten. Ook consultatie wordt als nuttige functie binnen de Basis GGZ beschouwd; in de praktijk wordt hier echter nog maar weinig gebruik van gemaakt.

### 3. Bevindingen

#### Resultaten op totaalniveau

- **Vrijgevestigden:** Veranderingen voor vrijgevestigde praktijken lijken groter dan voor instellingen. In reactie hierop organiseren vrijgevestigde behandelaren zich in zorggroepen en zoeken samenwerking op met andere partijen. Zorgverzekeraars geven aan dat instellingen beter voorbereid lijken op de Basis GGZ dan vrijgevestigde behandelaren.
- **Zorginkoop:** Zorgverzekeraars maken afspraken rondom de Basis GGZ en stellen eisen aan zorgaanbieders. Zorgaanbieders ervaren echter knelpunten in de zorginkoop door zorgverzekeraars. Voorbeeld van knelpunten zijn de verschillende eisen die door de afzonderlijke zorgverzekeraars worden gesteld en de afspraken die gemaakt worden over de productmix. Zorgverzekeraars ontvangen komende perioden declaratiegegevens op basis waarvan zij beleid aan kunnen passen. Ook verwachten verzekeraars dat tools aangepast worden en producten binnen de GB-GGZ aangepast worden.
- **Evaringen patiënten:** Eerste ervaringen met de POH-GGZ worden als positief ervaren. Uit de interviews blijkt dat veel patiënten niet bekend zijn met de Basis GGZ en de bijkomende veranderingen.

In de volgende paragrafen wordt dit uitgebreider toegelicht.

## 3. Bevindingen

### Resultaten Doelen behaald

Ten behoeve van deze quickscan hebben we gekeken naar het aantal verwijzingen als eerste indicatie ten aanzien van matched care en betaalbaarheid. Als proxy voor verwijzingen hebben we hiervoor het aantal inschrijvingen in de betrokken instellingen gebruikt. We hebben de eerste drie maanden van 2014 in kaart gebracht. Aangezien deze gegevens nog prematuur zijn, hebben we besloten een kwalitatieve beschrijving te maken van het beeld dat ontstaat.

#### *3.1.1 Instroom in GB-GGZ krijgt vorm, maar loopt achter bij verwachting*

Patiënten stromen sinds januari 2014 in in de GB-GGZ. Dit betekent dat een deel van de patiënten die voorheen in de tweedelijns terecht kwamen instromen in de GB-GGZ. Net als een deel van de patiënten die voorheen verwezen zouden zijn naar de eerstelijns. De mate waarin patiënten instromen in de GB-GGZ loopt echter achter bij de verwachtingen van de instellingen en daarmee ook de afspraken die gemaakt zijn met de zorgverzekeraars. Hierin zijn verschillen zichtbaar per regio. Opvallend is dat er een duidelijk verschil lijkt te zijn tussen grotere instellingen die GB-GGZ aanbieden en kleine aanbieders, zoals vrijgevestigden.

##### *3.1.1.1 Bij grotere instellingen loopt de instroom in GB-GGZ vaak aanzienlijk achter*

Instellingen die GB-GGZ leveren ervaren een lagere instroom van patiënten dan zij aanvankelijk hadden geraamd. Bij een aantal instellingen blijft de instroom aanzienlijk achter. De verwachting was dat minder complexe zorg die voorheen naar de tweedelijns verwezen werd, vanaf 2014 zou instromen in de GB-GGZ. Dit blijkt echter in mindere mate het geval. Daarnaast blijft in veel gevallen de uitstroom uit de S-GGZ naar de GB-GGZ achter (zie ook 3.2.2).

##### *3.1.1.2 Bij kleine aanbieders van GB-GGZ, waaronder vrijgevestigden, is de instroom in de GB-GGZ naar verwachting*

De achterlopende instroom in de GB-GGZ is bij kleine aanbieders niet of minder zichtbaar. Een aantal aanbieders ervaart zelfs meer instroom dan aanvankelijk verwacht. Hierbij gaat het vooral om gespecialiseerde aanbieders, bijvoorbeeld op het gebied van Kind en Jeugd. Onderliggende reden hiervoor lijkt te liggen in het feit dat deze aanbieders van oudsher ook meer eerstelijns zorg (ELP) leverden.

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

#### 3.2.1 Vormgeving POH-GGZ krijgt gestalte; variatie nog groot

Het aantal huisartsen met een POH-GGZ neemt toe. De invulling van de functie qua dienstverband en beroep varieert sterk.

##### 3.2.1.1 Toename van (uren voor) POH-ers in de huisartsenpraktijken

Het aandeel van de huisartsen dat met een POH-GGZ werkt, is sinds 1 januari 2014 behoorlijk gestegen. De mate waarin verschilt per regio en is ook afhankelijk van de mate waarin al met POH-GGZ gewerkt werd. Bij huisartsen die al met een POH-GGZ werkten, is sprake van een uitbreiding van het aantal uren. Uit een peiling uitgevoerd door de LHV<sup>1</sup> blijkt dat 72% van de 1050 ondervraagde huisartsen samenwerkt met een POH-GGZ. Dat is 10% meer dan in 2013. Ook zijn huisartsen nog op zoek naar een POH-GGZ en geven aan dat zij soms moeite hebben met het vinden van een POH-GGZ<sup>2</sup>. Uit onderzoek van de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSHF) blijkt dat 20% van de openstaande vacatures voor een POH GGZ niet wordt opgevuld<sup>3</sup>. Ook hierin zijn regionale verschillen zichtbaar.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij huisartsen in voorgaande jaren nog moesten stimuleren met een POH GGZ te werken. Nu merken zij dat huisartsen in 2014 meer POH-GGZ uren aanvragen. Zij zien hiervoor verschillende oorzaken:

- Het is een gewenst effect van de invoering van de Basis GGZ;
- Huisartsen sturen makkelijk door naar de POH-GGZ als deze in de praktijk werkzaam is;
- De POH-GGZ kan deels zelf behandelen en heeft hier kwalificaties voor;
- Voor zorg geleverd door de POH-GGZ geldt geen eigen risico;
- Huisartsen hebben een financieel belang bij het werken met een POH-GGZ als zij zelfstandig zijn.

De beschikbaarheid van meer (uren voor de) POH-GGZ maakt ook dat er in de praktijk meer gebruik van wordt gemaakt. Verschillende aanbieders in de GB-GGZ geven aan dat patiënten langer bij de huisarts blijven en pas met ernstigere problematiek worden verwezen (zie 3.2.2).

##### 3.2.1.2 Invulling POH-GGZ gevarieerd in termen van dienstverband en beroep

De POH-GGZ is veelal gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (31%). Daarnaast is 28% in dienst van de huisarts, 26% vanuit een zorggroep en 15% in een ander dienstverband<sup>1</sup>. De dienstverbanden verschillen sterk regionaal en er lijkt een onderscheid te zijn tussen grotere huisartsenpraktijken en -centra die vaker een POH-GGZ in dienst hebben en solo- of duopraktijken die vaker een POH-GGZ gedetacheerd hebben vanuit een instelling. Daarnaast zijn ontwikkelingen gaande waarbij de POH-GGZ meer onder de zorggroepen komen te vallen.

De POH-GGZ is aan een duidelijke opmars bezig

#### Bronnen

<sup>1</sup> Landelijke Huisartsenvereniging (mei 2014). Tweede LHV-peiling over GGZ-nieuwe stijl - Huisartsen pakken GGZ voortvarend op.

<sup>2</sup> LHV (10 april 2014). Groot tekort aan POH's-GGZ.

<sup>3</sup>Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (februari 2014). Vacaturemonitor Doktersassistenten en Praktijkondersteuners (POH) 2014-1

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

De functie POH-GGZ wordt door verschillende beroepsgroepen ingevuld, zoals Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV), (basis)psychologen en maatschappelijk werkers. V&VN geeft aan dat 60% van de POH-GGZ in Nederland SPV is. Het beeld dat de POH-GGZ functie vooral wordt ingevuld door een SPV zien we terug in de interviews.

In de invulling van de functie POH-GGZ bestaat nog veel variatie. Het lijkt erop dat mede de kennis en ervaring van de oorspronkelijke beroepsgroep van de POH ook maakt dat er meer of minder zelf behandeld wordt door de POH-GGZ. Hierbij speelt met name de ervaring mee. Daar waar SPV-ers eerder behandel-elementen inbrengen in de POH-consulten, lijken andere disciplines voor behandeling eerder door te verwijzen. Dit is echter een eerste beeld en moet nog nader onderzocht worden. Verschillende partijen geven wel aan dat de variatie mede komt door het ontbreken van een duidelijke afbakening van de invulling van de functie van de POH-GGZ. Momenteel werkt een landelijke werkgroep aan een uniform competentieprofiel van de POH-GGZ<sup>4</sup>. Ook zijn er regionaal initiatieven om hier meer eenduidigheid in te krijgen, zoals de ontwikkeling van een kwaliteitskader POH-GGZ.

Hoewel huisartsen in voorgaande jaren sceptisch waren over samenwerking met een POH-GGZ, zijn de geluiden nu positief. Veel huisartsen geven aan tevreden te zijn over de POH-GGZ. Hierbij wordt wel opgemerkt dat er huisartsen zijn die al gewend zijn aan het samenwerken met een POH-GGZ en huisartsen die voor het eerst met een POH-GGZ werken. De laatste groep is soms nog zoekend in hoe de samenwerking goed in te richten. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Cliëntenbelang Amsterdam dat patiënten erg tevreden zijn over de POH-GGZ<sup>5</sup>. Het onderzoek laat zien dat patiënten de werkwijze van de POH-GGZ enorm waarderen: snel handelen, klachtgericht werken en geen diagnose. Zeker door mensen die eerder binnen de GGZ zijn behandeld. Positieve ervaringen zijn: geen eindeloze bureaucratie, onderzoeken en (stigmatiserende) diagnose, maar praktische hulp, meer tijd en geen druk om medicatie in te nemen. Deze werkwijze is ook effectief: bij veel mensen leidt de begeleiding tot klachtvermindering of inzicht in de problemen. Aandachtspunten die worden genoemd zijn: meer duidelijkheid voor patiënten welke zorgprofessional ze voor zich hebben, de inspraak in de aanpak, de patiënt informeren over informatieverstrekking aan de huisarts, follow-up en/of nazorgmogelijkheden.

#### *3.2.1.3 Consultatie, EMH en evidence based preventie nog beperkt opgepakt in de huisartsenpraktijk*

Verschillende ondersteunende instrumenten, zoals consultatie (zie 3.2.4), EMH en evidence based preventie, krijgen nog maar (zeer) beperkt vorm. Er valt daarom nog weinig over te zeggen. EMH wordt in huisartsenpraktijken nog niet of nauwelijks gebruikt. Sommige respondenten geven aan dat het de vraag is hoe dit toegankelijk kan worden aangeboden, omdat er betrokkenheid vanuit een behandelaar nodig is en de investering in EMH vaak groot is. Anderen geven aan dat ze zich aan het oriënteren zijn op de mogelijkheden. Vaak in samenwerking met andere huisartsenpraktijken in de regio.

Huisartsen geven specifiek aan dat veel preventieprogramma's verdwenen zijn, omdat dit niet meer past in de GB-GGZ, bijvoorbeeld burn-out preventie of assertiviteitstrainingen. Deze doelgroep valt in het nieuwe systeem onder de geïndiceerde preventieprogramma's, de huisartsen zijn echter nog niet klaar om dit over te nemen.

Een verzekeraar geeft aan dat de brede groep van huisartsen zich onvoldoende betrokken voelt bij de ontwikkeling van de Basis GGZ, waardoor bij huisartsen het gevoel ontstaat dat zij de Basis GGZ 'opgelegd krijgen'.

#### **Bronnen**

<sup>4</sup> *Praktijkondersteuner GGZ. Functie krijgt duidelijk profiel. De Dokter. LHV. September 2013*

<sup>5</sup> *Onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de POH GGZ in Amsterdam. Cliëntenbelang Amsterdam. 2013*

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

#### 3.2.2 Instroom in GB-GGZ loopt achter op verwachting

Aanbieders van GB-GGZ geven aan dat de instroom in de GB-GGZ achterloopt op de verwachting en ook de afspraken die hierover zijn gemaakt met de zorgverzekeraars. Ook hierbij is variatie zichtbaar. Vooral partijen die zich specifiek op de doelgroep van de GB-GGZ richten, hebben deze ervaring. Bij de praktijken van vrijevestigden en gespecialiseerde praktijken (bijvoorbeeld Kind & Jeugd) lijkt dit niet te spelen. Hier wordt in sommige gevallen zelfs een toename ervaren. Zorgverzekeraars geven ook aan dat de instroom in de GB-GGZ lager is dan verwacht. Hiervoor worden verschillende redenen aangedragen. Deze hebben met name betrekking op het (nog) niet goed op gang komen van verwijsstromen/ substitutie.

##### 3.2.2.1 Patiënten worden later verwezen door opkomst POH-GGZ

De beschikbaarheid van meer (uren voor de) POH-GGZ maakt ook dat hier in de praktijk meer gebruik van wordt gemaakt (zie 3.2.1). Verschillende aanbieders in de GB-GGZ geven aan dat patiënten hierdoor langer bij de huisarts blijven en pas later worden verwezen. Ook zorgverzekeraars benoemen het later doorverwijzen als een van de twee belangrijkste oorzaken voor de beperkte instroom in de GB-GGZ. Behandelaren in de GB-GGZ en enkele verzekeraars denken dat de achterlopende instroom tijdelijk is, omdat huisartsen eerst aan de slag willen met hun POH-GGZ. De stroom aan patiënten is echter zo groot dat een deel van de patiënten uiteindelijk toch doorstroomt naar de GB-GGZ. Vrijgevestigden merken het verschil in instroom minder, omdat zij van oudsher vaak meer eerstelijns behandelingen deden dan de instellingen. Instellingen die zich nu specifiek op de GB-GGZ richten, deden van oudsher nog veel 'eenvoudige' tweedelijns behandelingen.

##### 3.2.2.2 Eigen risico lijkt in sommige gevallen een knelpunt in doorverwijzing

Voor zorg die patiënten consumeren in de GB- en S-GGZ geldt het eigen risico. Voor huisartsenzorg en daarmee de POH-GGZ geldt geen eigen risico. Het minimale eigen risico is sinds 1 januari verhoogd naar 360 EUR, deze ontwikkeling staat los van de Basis GGZ. Verschillende bronnen geven aan dat dit voor sommige patiënten een obstakel is in de doorverwijzing. Hierdoor komen bepaalde patiënten eerder bij de POH-GGZ uit dan bij de GB-GGZ of S-GGZ. In het kader van matched care is een dergelijke ontwikkeling onwenselijk.

##### 3.2.2.3 De substitutie van de S-GGZ naar de GB-GGZ is op veel plekken nog niet goed op gang gekomen

De substitutie van de S-GGZ naar de GB-GGZ is nog niet overal goed op gang gekomen. Patiënten die al in behandeling waren, blijven veelal nog bij hun bekende hulpverlener. Behandelaren in de GB-GGZ geven aan dat zij meer instroom vanuit de S-GGZ verwachten op basis van de typen zorg die op basis van de Basis GGZ naar de GB-GGZ gesubstitueerd zouden kunnen worden. Door een aantal respondenten wordt aangegeven dat nog niet alle GB-GGZ aanbieders klaar zijn voor het behandelen van patiënten vanuit de S-GGZ. Als reden worden onder andere de eisen die aan het hoofdbehandelaarschap worden gesteld genoemd. Daarnaast lijken de producten in de GB-GGZ niet altijd toereikend om patiënten uit de S-GGZ op te vangen (zie 3.2.4). Ook zorgverzekeraars benoemen als een van de twee belangrijkste oorzaken voor de beperkte instroom in de GB-GGZ, dat de GB-GGZ nog niet voldoende is ingericht om patiënten op te vangen die voorheen in de tweedelijns behandeld werden.

*Instroom in GB-GGZ loopt achter op verwachting. Het nog niet goed op gang komen van verwijsstromen is hierbij een belangrijke oorzaak*

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

#### 3.2.2.4 Criteria voor contractering van GB-GGZ scherper gehanteerd

Een andere reden voor het achterblijven van aanmeldingen in de GB-GGZ is dat aanbieders in de GB-GGZ voor bepaalde typen zorg niet meer gecontracteerd worden door zorgverzekeraars, omdat er sprake moet zijn van een DSM IV stoornis. Zorg zonder DSM diagnose wordt niet vergoed, waardoor aanbieders van GB-GGZ 'strenger zijn aan de poort' en patiënten eerder terug verwijzen naar de huisarts of POH-GGZ.

#### 3.2.3 Verwijsinstrumenten worden (nog) beperkt gebruikt of als ontoereikend ervaren

Er zijn verschillende screenings- en verwijsmoedellen beschikbaar. Het gebruik hiervan varieert. Met name de verwijsinstrumenten worden als ontoereikend ervaren. In de praktijk ligt hier mede een oorzaak voor de knelpunten in de verwijzing.

##### 3.2.3.1 Huisartsen staan niet achter de screenings- en triageinstrumenten

De beschikbare screenings- en triageinstrumenten hebben zeer beperkt draagvlak onder huisartsen en worden maar beperkt gebruikt. Voornaamste punt hierbij is dat ze onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn. Huisartsen geven aan vooral te hechten aan een goede verwijsbrief<sup>6</sup>. Instrumenten die wel gebruikt worden, zijn veelal instrumenten waarmee in het verleden al ervaring is opgedaan, zoals de 4DKL. Uit de interviews blijkt dat vooral de POH-GGZ gebruik maken van deze instrumenten.

In een aantal regio's wordt al gewerkt met een beslissingsondersteuner die behulpzaam kan zijn in het maken van de juiste keuzes. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een verwijshulp door vertegenwoordigers uit de huisartsenzorg, de GB-GGZ en de S-GGZ voor de regio Friesland. Op een website is een model geplaatst, waar op basis van onderliggende beslisbomen en aan de hand van het beantwoorden van vragen een advies gegeven wordt over naar welk echelon een patiënt het best verwezen kan worden: [www.ggzverwijshulp.nl](http://www.ggzverwijshulp.nl). Dit instrument wordt voornamelijk gebruikt door huisartsen en de POH-GGZ.

##### 3.2.3.2 Juistheid van verwijzing en juiste verwijsgegevens knelpunten bij doorverwijzing

Zowel de verwijzers (huisartsen) als de verwezen aanbieders ervaren knelpunten in de verwijzing. Deze hebben te maken met de *juistheid van de verwijzing*. Lukt het bijvoorbeeld om gericht naar de GB-GGZ of S-GGZ door te verwijzen. Vanuit huisartsen wordt duidelijk dat zij het lastig vinden om de juiste verwijsroutes te vinden, omdat deze anders zijn dan zij voorheen gewend waren. Het is voor huisartsen nog niet altijd duidelijk welke patiënten naar welke zorgaanbieder verwezen kunnen worden voor optimale zorg. Huisartsen lijken nog onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden om naar de GB-GGZ te verwijzen.

Verwijssystemen zijn nog in ontwikkeling, het vergt echter nog tijd ze breed te implementeren en valideren. Hierdoor wordt er bijvoorbeeld snel naar de S-GGZ verwezen. Uit de peiling van de LHV<sup>1</sup> blijkt dat 68% van de respondenten minder verwijsmogelijkheden ervaart naar de GB-GGZ. Tenslotte ervaart 65% van de respondenten minder mogelijkheden om naar de S-GGZ te verwijzen ten opzichte van de oude systematiek.

Correcte verwijzing nog vaak een uitdaging

#### Bronnen

<sup>6</sup> LHV en NHG in overleg met zorgverzekeraars over verwijzing naar GGZ, 26 februari 2014



## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

Een ander knelpunt in de verwijzing is dat de *juiste verwijsgegevens* regelmatig ontbreken in de verwijsbrief. De vermoedelijke DSM stoornis ontbreekt bijvoorbeeld vaak. Bij veel huisartsen bestaat er onduidelijkheid over wat er op de verwijsbrief moet komen. Het ontbreken van de juiste verwijsgegevens resulteert erin dat de huisarts gevraagd wordt deze alsnog aan te leveren. Dit zorgt voor veel administratieve last bij zowel de aanbieder van GB/S-GGZ als de verwijzer. Beide knelpunten komen ook naar voren in het onderzoek van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)<sup>7</sup>. Hieruit blijkt dat de verwijsbrieven van huisartsen veelal niet voldoen aan de eisen van zorgverzekeraars en dat huisartsen het lastig vinden om naar het juiste echelon te verwijzen.

Ook zorgverzekeraars geven aan dat het regelmatig voorkomt dat verwijzingen door huisartsen die niet kloppen op inhoud en/of vorm, bijvoorbeeld incomplete verwijzingen. Het verschilt per verzekeraar hoe wordt omgegaan met foutieve verwijzingen; sommige verzekeraars laten verwijzingen terug sturen naar de huisarts en andere verzekeraars leggen de verantwoordelijkheid bij de partij naar wie is doorverwezen.

De gebrekkige verwijzing leidt ertoe dat aanbieders van GB-GGZ meerwerk ervaren bij de triage en dat zij huisartsen moeten nabellen om de verwijzingen compleet te krijgen. Dit wordt door huisartsen en aanbieders van GB-GGZ als belastend ervaren. Tevens wordt het als bureaucratisch ervaren dat alle verwijzingen via de huisarts moeten verlopen, bijvoorbeeld ook doorverwijzingen van GB-GGZ naar S-GGZ en andersom. Huisartsen geven specifiek aan dat zij momenteel veel last hebben van de overgang, omdat er veel verwijzingen geschreven moeten worden voor bestaande patiënten in de GB- en S-GGZ ten behoeve van de verzekering.

#### *3.2.3.3 Er bestaat onduidelijkheid in het veld over welke zorg waar het beste geleverd kan worden*

De verschillende partijen in het veld (huisartsen, POH-GGZ, behandelaren in GB-GGZ en S-GGZ) geven aan dat het nog zoeken is welke zorg precies in welk echelon geleverd moet worden. De producten in de GB-GGZ zijn bijvoorbeeld maar algemeen beschreven. Er wordt aangegeven dat er behoefte bestaat aan heldere afspraken over welke zorg waar geleverd wordt.

Ook bestaat onduidelijkheid over wanneer een patiënt overgedragen kan worden naar een lager echelon in de keten. Wanneer is een patiënt bijvoorbeeld stabiel genoeg om vanuit de S-GGZ of een product Chronisch overgedragen te worden aan een POH-GGZ?

#### *3.2.3.4 Het verwijsmodel wordt binnen de GB-GGZ gebruikt en vertaald in praktische instrumenten, zoals verwijskaarten, maar eenduidigheid ontbreekt*

Het verwijsmodel, zoals beschreven door HHM, wordt in het veld vertaald in praktische instrumenten. Behandelaren binnen de GB-GGZ gebruiken verschillende methoden om te bepalen in welke echelon een patiënt behandeld moet worden en welk product het meest passend is. Veel behandelaren redeneren hierbij vanuit de behandeling die zij het meest passend achten voor de patiënt. Vervolgens wordt gekeken binnen welk product deze behandeling wordt geleverd. Behandelaren waarschuwen dat de minuten niet mogen gaan bepalen welke zorg een patiënt ontvangt.

#### **Bronnen**

<sup>7</sup> Nederlands Instituut van Psychologen (mei 2014). *Tussenrapportage Meldpunt Zorgstelsel GGZ 2014*.

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

#### 3.2.4 Het zorgproduct Kort komt maar beperkt voor; het product Intensief is ontoereikend

De patiëntenpopulatie van de GB-GGZ is zwaarder dan die van de voormalige eerstelijns. Een deel van de patiënten die voorheen in de tweedelijns behandeld werd, wordt nu in de GB-GGZ behandeld. Daarnaast vangt de POH-GGZ de lichtere patiënten op die voorheen in de eerstelijns werden behandeld. Behandelaren in de GB-GGZ geven aan dat het lastig is de zwaardere doelgroep te behandelen binnen het beperkte aantal minuten van het product intensief.

##### 3.2.4.1 Inzet van POH-GGZ maakt dat product Kort maar beperkt kan worden ingezet

De zwaarte van de doelgroep die naar de GB-GGZ komt, maakt dat het product Kort als zeer beperkt wordt ervaren (bandbreedte van 300 minuten). Een belangrijke reden die hiervoor wordt aangedragen, is dat het product Kort overlap vertoont met zorg geleverd door de POH-GGZ. Dit heeft onder meer te maken met de verschillende invulling van de rol van POH-GGZ; deze is onvoldoende gedefinieerd (zie 3.1.2). Daarnaast wordt aangegeven dat in de GB-GGZ alleen patiënten binnenkomen bij wie een DSM diagnose wordt verwacht. Hierdoor moet ook tijd besteed worden aan het stellen van de juiste diagnose. De korte tijd binnen het product Kort is niet toereikend om naast diagnosticeren ook nog te behandelen. Dit in tegenstelling tot de beschrijving van het product in het HHM rapport. Dit argument wordt overigens ook voor de andere producten gegeven. De verwachting van het veld is dan ook dat het product Kort minder vaak ingezet zal worden dan bij invoering van de Basis GGZ werd verwacht.

##### 3.2.4.2 Huidige producten lijken te beperkt om protocollair te werken

Er is behoefte aan een product met een grotere bandbreedte, bijvoorbeeld van 1200 minuten, om het gat tussen GB-GGZ en S-GGZ te vullen. Dit product kan worden ingezet voor patiënten die niet complex genoeg zijn voor de S-GGZ, maar te kort komen in minuten in de GB-GGZ. Hierbij wordt onder andere het argument aangedragen dat diagnostiek en behandeling beide tijd vragen. Een andere belangrijke argument is volgens behandelaren dat de bandbreedte van het product Intensief ontoereikend is om geprotocolleerd te werken. Het is daardoor niet mogelijk om protocollen voor bijvoorbeeld angst- of depressieve stoornissen te doorlopen. Deze doelgroep kan qua problematiek prima in de GB-GGZ behandeld worden, maar de bandbreedte is te beperkt. In de praktijk kan dat leiden tot verschillende onwenselijke situaties. Bijvoorbeeld, dat deze 'te lichte' doelgroep naar de S-GGZ verwezen wordt, omdat daar wel het protocol doorlopen kan worden of dat de doelgroep start met een behandeling in de GB-GGZ en dan alsnog verwezen wordt naar de S-GGZ. In beide gevallen is de zorg duurder uit en is er geen sprake van matched care.

Een ander voorbeeld is dat het protocol niet wordt afgemaakt en de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts. De verwachting is dat hier grotere kans is op terugval en daarmee uiteindelijk duurdere zorg.

Uit onderzoek van het NIP<sup>7</sup> blijkt dat psychologen de nieuwe productmix in de GGZ moeilijk werkbaar vinden in de praktijk. Gerapporteerd wordt dat veel patiënten die vanuit de S-GGZ worden doorverwezen naar de GB-GGZ zwaarder zijn en niet binnen het weinig aantal beschikbare minuten passen. Ook wordt als bezwaar genoemd dat een diagnose gesteld moet worden bij een kind, voordat het kind behandeld kan worden in de GB-GGZ. Bij kinderen ligt dit complexer dan bij volwassenen, waardoor vaak relatief veel tijd opgaat aan diagnostiek. De afspraken over de productmix zijn hierdoor in de praktijk moeilijk waar te maken.

*Het zorgproduct Kort wordt als te beperkt ervaren; dit geldt ook voor Intensief voor bepaalde doelgroepen*

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

#### *3.2.4.3 Groepsbehandeling en EMH bieden mogelijk uitkomst voor bepaalde doelgroepen*

Om de beschikbare minuten binnen de producten efficiënt in te zetten bieden groepsbehandelingen en EMH mogelijk uitkomst. In de praktijk wordt hier nog maar in beperkte mate mee gewerkt. Vooral de instellingen die GB-GGZ bieden, zien hier mogelijkheden, al is het maar een deel van de oplossing. Patiënten en behandelaren moeten nog goed met EMH leren werken en groepsbehandeling is niet voor alle patiënten geschikt. Vrijgevestigden geven aan dat het moeilijk is om aan de voorwaarden voor EMH te voldoen, gezien de middelen en tijd om een beveiligde online portal op te zetten. Ook het aanbieden van groepsbehandelingen is voor vrijgevestigden vaak niet haalbaar. Hiervoor is namelijk vaak een bepaald volume nodig om groepsbehandeling frequent genoeg te kunnen aanbieden.

#### *3.2.4.4 Consultatie wordt nog zeer beperkt gebruikt, echter eerste afspraken zijn gemaakt tussen zorggroepen en aanbieders van GB/S-GGZ*

Uit interviews blijkt dat veel partijen consultatie een nuttige functie vinden binnen de Basis GGZ, maar dat er in de praktijk nog nauwelijks gebruik van wordt gemaakt. Sommige huisartsen staan er sceptisch tegenover, anderen zijn zich niet altijd bewust van de mogelijkheid tot consultatie. Toch ontstaan de eerste afspraken hierover tussen huisartsen en aanbieders van GB-GGZ. Ook ontstaan initiatieven van aanbieders om consultatie onder de aandacht te brengen bij huisartsen. Aangegeven wordt dat consultatie de huisarts kan ondersteunen in het stellen van een diagnose of het voorschrijven van medicijnen. Aan de andere kant leeft de vraag wat het effect van consultatie is op de administratieve last: *“is het niet te veel rompslomp voor de vergoeding die er tegenover staat”*. Afspraken over consultatie worden zowel met de instellingen die GB/S-GGZ bieden, als met vrijgevestigden gemaakt.

Ook zorgverzekeraars geven aan dat huisartsen meer samenwerken met zorggroepen om specialistische consulten op orde te krijgen. Echter, consultatie wordt volgens zorgverzekeraars nog te weinig toegepast door huisartsen. Consultatie van specialisten zou meer ingezet moeten worden, om bijvoorbeeld de kwaliteit van doorverwijzingen en het voorschrijven van medicijnen te verbeteren.

### **2.3.5 Veranderingen voor vrijgevestigde praktijken groter dan voor instellingen**

#### *3.2.5.1 Vrijgevestigde behandelaren organiseren zich in zorggroepen en zoeken samenwerking op met andere partijen*

Een trend is zichtbaar waarbij vrijgevestigde psychologen zich organiseren in zorggroepen. Dit om makkelijker te kunnen voldoen aan de voorwaarden die de Basis GGZ stelt. De zorggroepen zoeken bijvoorbeeld gezamenlijk contact met huisartsen om verwijzlijnen tot stand te brengen, om zich beter te profileren bij huisartsen en om huisartsen duidelijk te maken welke patiënten wel en welke niet naar hen verwezen kunnen worden. Ook wordt contact gelegd met instellingen om scherp te stellen wie welk type zorg levert en wordt samenwerking gezocht met de POH-GGZ om te bespreken wie welke zorg kan leveren. Vooral vrijgevestigde aanbieders ervaren veel (administratieve) lasten van de Basis GGZ. Het kost hen bijvoorbeeld veel tijd om de modules en praktijkprogramma's aan te passen.

*Verwachte productmix GB-GGZ valt in de praktijk anders uit*

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

*Zorgverzekeraars werken beleid uit in inkoopafspraken; aanbieders ervaren hier veel knelpunten*

#### *3.2.5.2 Instellingen lijken volgens zorgverzekeraars beter voorbereid op Basis GGZ dan vrijgevestigde behandelaren*

Zorgverzekeraars merken op dat er verschillen zijn in hoe vrijgevestigde behandelaren en instellingen omgaan met de invoering van de Basis GGZ. Vrijgevestigde psychologen lijken moeite te hebben zich aan te passen aan de nieuwe eisen in de Basis GGZ, zowel qua inhoud als qua proces. Vrijgevestigde psychologen organiseren zich om deze reden steeds meer in zorggroepen om tegenwicht te kunnen bieden aan instellingen, die over het algemeen beter voorbereid lijken te zijn op de Basis GGZ en minder problemen ervaren. Tevens werken zorggroepen van psychologen samen aan het versterken van verwijslijnen vanuit de huisarts. Ook de eisen die verzekeraars stellen aan vrijgevestigde behandelaren en instellingen verschillen. Zo koopt een verzekeraar voor GB-GGZ alleen de producten Kort, Middel en Intensief in bij vrijgevestigde behandelaren en het product Chronisch alleen bij instellingen.

#### **3.2.6 Zorginkoop kent nog diverse knelpunten**

Zorgverzekeraars werken beleid uit in inkoopafspraken; aanbieders ervaren hier nog veel knelpunten.

##### *3.2.6.1 Aanbieders ervaren verschillende knelpunten rondom (eisen omtrent) zorginkoop*

De afschaffing van het representatiemodel en de 'nieuwheid' van de Basis GGZ zorgen ervoor dat aanbieders te maken krijgen met veel verschillende eisen en eisen waarvan de toegevoegde waarde discutabel lijkt. Een voorbeeld dat genoemd wordt, is dat een zorgverzekeraar niet toestaat dat voor een patiënt in één jaar zowel een GB- als S-GGZ product wordt gedeclareerd. Uit de interviews met zorgaanbieders wordt duidelijk dat er ook grote variatie is hoe zorgverzekeraars omgaan met de afspraken die er zijn gemaakt: van rigide tot flexibel. Dit betekent dat sommige verzekeraars strak vasthouden aan de afspraken, ongeacht de ontwikkelingen. Anderen zijn flexibeler en kijken ook naar hoe het nu loopt en zijn hierover in gesprek met de aanbieders. Ook uit onderzoek van het NIP blijkt dat psychologen de kwaliteitseisen van zorgverzekeraars onredelijk vinden en worden de verschillen tussen zorgverzekeraars onwerkbaar genoemd<sup>7</sup>.

Knelpunten in de inkoopafspraken die naar voren komen, zijn de afspraken over de productmix. Dit hangt samen met de punten ten aanzien van product Kort en Intensief die onder 3.2.4 zijn benoemd. Een ander knelpunt zijn de eisen rondom het hoofdbehandelaarschap, vooral binnen het product Kort is dit moeilijk in te richten. Ook zijn er afspraken gemaakt over het verschuiven van budgetten van de S-GGZ naar de GB-GGZ. Door het achterlopen van de substitutie en het achterblijven van de instroom in de GB-GGZ ontstaat hierdoor veel onzekerheid bij aanbieders van GB/S-GGZ.

Bovendien is een knip zichtbaar tussen de eisen en de afspraken voor de aanbieders van GB-GGZ en S-GGZ ten opzichte van de huisartsenzorg. De eisen die bijvoorbeeld aan kwaliteit worden gesteld lopen erg uiteen. Dit is ook zichtbaar in de knip die er soms intern is bij zorgverzekeraars qua aandachtsgebied: huisarts of GGZ.

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

#### 3.2.6.2 Zorgverzekeraars werken aan afspraken rondom de Basis GGZ

Zorgverzekeraars proberen op hun beurt goede afspraken te maken rondom de Basis GGZ. Zo proberen ze de nieuwe werkwijze te stimuleren door bijvoorbeeld budgetten van de tweedelijndig over te zetten naar de GB-GGZ en door in het zorginkoopproces de gezamenlijkheid op te zoeken tussen huisartsenzorg en GB-GGZ. Uit de Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg van de Nza<sup>8</sup> blijkt dat zorgverzekeraars voorwaarden hanteren voor substitutie van GGZ zorg naar de GB-GGZ of huisartsenzorg. Deze voorwaarden verschillen per verzekeraar en omvatten bijvoorbeeld substitutie van 4% tot 16% van het budget, substitutie van 15% tot 50% van in het verleden behandelde patiënten of daling van 4% van de gemiddelde kosten per patiënt. Andere sturingsmechanismen die verzekeraars inzetten is het stimuleren van correct verwijzen door enkele door foutieve verwijzingen (zowel qua vorm als inhoud) terug te sturen naar de huisarts of het stellen van eisen aan de geleverde zorg. Dit alles met wisselend succes, zoals blijkt uit de vorige pagina. In de Marktscan wordt gewaarschuwd voor conflicten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders door invoering van de Basis GGZ. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben discussies over de verhouding tussen GB-GGZ en S-GGZ en de vraag wie hoofdbehandelaar mag zijn.

#### Enkele voorbeelden van eisen

- Instellingen die uitsluitend ambulante zorg leveren moeten 16% tot 20% van hun zorg in de GB-GGZ leveren en integrale instellingen (totaal aanbod van ambulant tot klinisch) 10%. Als de transitie van zorg niet bereikt wordt, worden instellingen gekort op hun budget.
- Een opleidingseis en taakomschrijving voor de POH GGZ.
- Eisen aan de productmix van aanbieders: hoeveel zorg wordt in elke echelon vergoed? En hoeveel kan een aanbieder van elk product in de GB-GGZ aanbieden? Zorgaanbieders geven aan dat zij nog geen zicht hebben op de vraag of zij dit jaar aan deze eis voldoen. Zorgaanbieders geven ook aan deze eis lastig te vinden en dat de eis problemen op kan leveren, doordat het risico bestaat dat patiënten niet de best passende behandeling krijgen. Dit komt doordat de instelling of de behandelaar het maximum voor het betreffende echelon al heeft bereikt.
- Ook geven aanbieders aan de eisen met betrekking tot hoofdbehandelaarschap lastig te vinden. In de praktijk lijkt het niet altijd mogelijk dat een patiënt bijvoorbeeld 20% of 30% van de behandeling door een hoofdbehandelaar wordt gezien. Ook wordt aangegeven dat deze eis de zorg onnodig duurder maakt.
- Het meten en opleveren van ROM-scores.

#### 3.2.6.3 Zorgverzekeraars verwachten komende tijd ontwikkelingen in de Basis GGZ

Zorgverzekeraars ontvangen komende perioden declaratiegegevens vanuit de GGZ. Op basis van deze data verwachten zorgverzekeraars inzicht in patiëntstromen. Ook verwachten verzekeraars bij het beschikbaar komen van data meer te kunnen sturen, bijvoorbeeld op kwaliteit en praktijkvariatie. Ten slotte kunnen verzekeraars met data bepalen of, en zo ja hoe, het beleid aangepast moet worden.

#### Bronnen

<sup>8</sup> Nza (april 2014). Marktscan Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) - Weergave van de markt 2009-2013.

## 3. Bevindingen

### Resultaten Werkzaamheid

Zorgverzekeraars verwachten dat tools aangepast worden, bijvoorbeeld aanpassing van de verwijstool, zodat meer mensen naar de GB-GGZ doorverwezen worden in plaats van naar de S-GGZ en het valideren van tools. Zorgverzekeraars zijn voornemens het gebruik van tools te stimuleren, bijvoorbeeld door het gebruik van een screeningstool door de POH-GGZ te belonen met een hoger tarief. Belangrijk is om dat in afstemming te doen met de aanbieders<sup>6</sup>.

#### 3.2.6.4 Zorgverzekeraars verwachten wijzigingen in producten GB-GGZ:

- Een aantal verzekeraars verwacht dat gestopt wordt met het aanbieden van het product Kort. Enkele verzekeraars zijn hier echter op tegen. Zij geloven dat er wel een doelgroep is voor het GB-GGZ product Kort en dat zorgaanbieders hun eigen werk nog onvoldoende beschouwen en kijken of een patiënt in minder minuten geholpen kan worden.
- Enkele verzekeraars verwachten dat het aantal minuten voor het product Chronisch uitgebreid zal worden. Verzekeraars geven hierbij echter aan dat het risico op aanbod geïnduceerde vraag bestaat.
- Enkele verzekeraars opperden de suggestie van het toevoegen van EMH als product, zodat inzichtelijk wordt of en waar het ingezet wordt.
- Enkele zorgverzekeraars verwachten veranderingen in hoofdbehandelaarschap, bijvoorbeeld een psychiater toestaan als behandelaar voor het product Chronisch in de GB-GGZ.

Zorgverzekeraars verwachten meer en duidelijker patiëntstromen in komende perioden. Zorgverzekeraars willen daarnaast in de toekomst ook hardere eisen stellen aan substitutie van zorg.

#### 2.3.7 Ervaringen van de patiënt nog maar beperkt in beeld

Er is in de quickscan nog weinig te zeggen over de ervaringen van de patiënten. Eerste ervaringen met de POH-GGZ worden als positief ervaren (zie 2.3.1). Uit de interviews blijkt dat veel patiënten niet bekend zijn met de Basis GGZ en de bijkomende veranderingen. Wel wordt opgemerkt dat patiënten actiever betrokken worden, bijvoorbeeld bij de verdeling van het aantal beschikbare minuten over de tijd (sessies in een korte tijd of juist uitgesmeerd over de tijd) en dat patiënten op het behandel aanbod worden gewezen.

Een duidelijk signaal komt van het Landelijk Platform GGZ<sup>9</sup>. Zij geeft aan alarmerende meldingen te krijgen van patiënten en familieleden over lange wachtlijsten in de S-GGZ. Het gaat om wachtlijsten voor bijvoorbeeld een psychiater of GGZ-instelling, waarbij de wachttijden oplopen tot meer dan een half jaar. Het is echter nog onduidelijk of de invoering van de basis GGZ daar de directe/ enige aanleiding voor is.

*Ervaringen patiënt nog maar beperkt in beeld*

#### Bronnen

<sup>9</sup> GGZnieuws (2014). *Patiënten melden lange wachttijden bij psychiaters en instellingen.*

# Bijlagen

1. Vragen VWS
2. Aanbieders in regio's

## Bijlage 1 – Vragen VWS

### *Worden de beoogde doelen van invoering van de basis GGZ behaald?*

- Inzicht geven in de verschuiving patiënten- (behandel-) stromen per echelon.
- Inzicht geven in de uitgaven in de gehele keten van de GGZ; een overzicht geven van de macro-verschuivingen.
- Inzicht geven of er verandering is in medicatiegebruik (in gehele keten, inclusief huisarts).
- Inzicht geven of er gerichte verwijzingen zijn (patiënt op juiste plek, sneller terugverwijzen).

### *Vormgeving POH-GGZ en Basis-GGZ*

#### *POH-GGZ*

- Inzicht geven of de flexibilisering en functionalisering van de POH-GGZ voldoende mogelijkheden biedt om zelfmanagement te stimuleren, e-health toe te passen en evidence based preventie binnen de huisartsenpraktijk te beleggen.
- Inzicht geven in welk percentage van de huisartsenpraktijken een POH-GGZ in dienst hebben (loondienst, gedetacheerd via instelling of een andere arbeidsovereenkomst).
- Inzicht geven of de huisartsenpraktijk gebruik maakt van consultatie van een aanbieder van de basis-GGZ en/of specialistische GGZ. Wat voor invloed heeft dit op (het aantal) verwijzingen? Kan hierbij onderscheid worden gemaakt tussen het wel en niet aanwezig zijn van een ondersteuningsfunctie in de huisartsenpraktijk en het type ondersteuning? Hierbij een vergelijking maken tussen het aantal doorverwijzingen van huisartsen met een POH-GGZ in loondienst en een POH-GGZ met een detacheringsovereenkomst en bij laatstgenoemde onderscheid te maken in doorverwijzing naar de eigen instelling of een andere instelling. M.a.w: Wordt er meer verwezen naar de instelling waar de POH'er bij in dienst is?
- Inzicht geven of de patiënt actief betrokken wordt bij een verwijzing en of deze keuzevrijheid heeft naar welke aanbieder van de Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ wordt verwezen. Hoe vaak komt het voor dat patiënt toch kiest voor dezelfde aanbieder(s) als waar de POH'er in dienst is?
- Inzicht geven of de huisarts of diens ondersteuner gebruik maakt van een screeningstool en het verwijfsmodel. En hebben die tools effect op het verwijfsgedrag?



## Bijlage 1 – Vragen VWS

### *Basis-GGZ*

- Inzicht geven of de objectieve criteria goed hanteerbaar zijn voor de aanbieder van de generalistische Basis GGZ, wordt het juiste product bepaald? Wordt het product vaak gewijzigd? Hoe vaak worden meerdere producten per patiënt geopend (zowel binnen basis GGZ als ook DBC's in specialistische GGZ of achtereenvolgens tussen de echelons)?
- Inzicht geven of de vier producten in de Basis-GGZ toereikend zijn om een adequate behandeling te geven. (voor diverse patiëntengroepen, inclusief jeugd)
- Inzicht geven welke tarieven worden gehanteerd en hoe is de verdeling van het aantal producten tussen de verschillende aanbieders van Basis-GGZ.
- Inzicht geven of gebruik wordt gemaakt van medisch specialistische consultatie. Leidt dit tot minder verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ?
- Inzicht geven of de producten Basis-GGZ aansluiten bij de protocollen en richtlijnen die door het veld worden gehanteerd.
- Inzicht geven of de producten voldoende mogelijkheden bieden om e-health, consultatie van een medisch specialist en groepsbehandelingen toe te passen.
- Inzicht in welke aanbieders (onderscheid naar verschillende organisatievormen) welke producten declareren.

### *Overige vragen*

- Inzicht geven in wat de patiënt merkt van invoering van de Basis-GGZ. In hoeverre wordt de cliënt/ patiënt door de huisarts actief betrokken bij de beoordeling van de besluitvorming over de verwijzing.
- Inzicht geven of de invoering van de basis-GGZ bijdraagt aan kwaliteit van zorg in de keten van GGZ.
- Inzicht geven in het type (inkoop) afspraken die verzekeraars en aanbieders maken over de invoering van de basis GGZ. Is er voor verzekeraars voldoende informatie om de inkoopfunctie goed te kunnen vormgeven?

## Bijlage 2 – Aanbieders in regio's

Per regio nemen de volgende instellingen deel aan de monitor:

Regio	GB-GGZ	S-GGZ
Friesland	<ul style="list-style-type: none"><li>• Denk</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• GGZ Friesland</li></ul>
Utrecht e.o.	<ul style="list-style-type: none"><li>• AZmn Indigo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Altrecht</li></ul>
Zuid-Limburg	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lionarons</li><li>• Virenze</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mondriaan</li><li>• Virenze</li><li>• Riagg Maastricht</li></ul>



*cutting through complexity™*



© 2014 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is een dochtermaatschappij van KPMG Europe LLP en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden. Gedrukt in Nederland.

De naam KPMG, het logo en 'cutting through complexity' zijn geregistreerde merken van KPMG International.