

Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk

Terugblik, stand van zaken en vooruitblik



Tendrapportage GGZ
Themaraapport

Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk

Terugblik, stand van zaken en vooruitblik

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2014

 **Trimbos
instituut**
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS

Financiering

Ministerie van VWS

Projectleiding en eindredactie

Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering (alfabetische volgorde)

Drs. I. Boerema

Dr. M. Hermens

Dr. J. Nuijen

Drs. H. Sinnema

Drs. M. Veerbeek

Dr. B. van Wijngaarden

Review

Dr. M. van Bon-Martens

Dr. B. Boon

Dr. G. Franx

Dr. M. Ruiter

Drs. P. van Splunteren

Prof. Dr. P. Verhaak (NIVEL; Rijksuniversiteit Groningen)

Productiebegeleiding

Dhr. M. Fraterman

Opmaak en druk

Canon Nederland N.V.

ISBN 978-90-5253-753-5

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF1313**

U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2014 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
Deel A: Een terugblik	13
2 Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk in de afgelopen 15 jaar: wat is er gedaan en wat heeft het opgeleverd?	15
3 Ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ: wat zijn de bevindingen van onderzoek uitgevoerd tussen 2008 en 2013?	33
Deel B: Stand van zaken (najaar 2013)	51
4 Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: initiatieven van de huisartsenzorg zelf	53
5 Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: initiatieven van GGZ-aanbieders	69
6 Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: initiatieven van niet-zorgaanbieders	85
Deel C Een vooruitblik	97
7 Slotbeschouwing	99
Referenties	113
Bijlage 1 Geraadpleegde databanken en websites	121
Bijlage 2 Tabellen Hoofdstuk 3	123
Bijlage 3 Initiatieven ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: methoden voor identificatie, beschrijving en categorisatie	127
Bijlage 4 Uitgebreide beschrijvingen van initiatieven die gebruik maakten van de NZa beleidsregel Innovatie (situatie najaar 2013)	135
Bijlage 5 Overzicht genoemde instrumenten	171

Samenvatting

Aanleiding: een cruciale rol voor de huisartsenzorg in het nieuwe GGZ-stelsel

Met de invoering van de nieuwe indeling van de GGZ per 1 januari 2014 wordt ingezet op een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ) naar de huisartsenzorg en de generalistische Basis-GGZ. Belangrijk doel van de operatie is de kosten te beheersen bij gelijkblijvende of betere kwaliteit van zorg.

In het nieuwe GGZ-stelsel krijgt de huisartsenzorg een nog belangrijkere rol dan voorheen. De huisarts moet optreden als onafhankelijk poortwachter, moet patiënten met psychische problemen stimuleren tot zelfzorg en voorkomen dat de problemen verergeren en zich ontwikkelen tot een stoornis. De huisarts moet verder begeleiding bieden aan patiënten met stabiele chronische problematiek die instromen vanuit de gespecialiseerde GGZ. Voor adequate uitvoering van deze taken is extra geld beschikbaar gesteld voor de inzet van een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), het aanbieden van e-health modules en het consulteren van GGZ-professionals. Ook is er een verwijs-model op hoofdlijnen ontwikkeld dat de huisarts ondersteunt bij het verwijzen naar het juiste behandelingsniveau.

Terugblik: patiëntenstromen beïnvloeden is lastig; ervaringen met de POH-GGZ zijn over het algemeen positief

Deze Trendrapportage laat zien dat eerdere maatregelen ter beïnvloeding van de patiëntenstromen niet altijd het gewenste effect sorteerden. Zo was niet beoogd dat het verwijzingspercentage vanuit de huisartsenzorg naar de 'oude' tweedelijns-GGZ bleef stijgen. Het nieuwe GGZ-stelsel werpt drempels op voor verwijzing naar de generalistische Basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ (er dient sprake te zijn van een stoornis, in deze echelons geldt een eigen risico).

Sinds de introductie van de functie in 2008, heeft de POH-GGZ zich een steeds belangrijkere plaats verworven in de huisartsenzorg. In april 2013 maakte bijna de helft van de huisartsen al gebruik van een POH-GGZ. Studies (uitgevoerd tussen 2008-2013) laten zien dat patiënten, huisartsen en POH's-GGZ over het algemeen tevreden zijn over de functie.

Stand van zaken: versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk is volop in gang

In deze Trendrapportage laat een inventarisatie van lopende initiatieven zien dat in aanloop naar de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel, het veld volop in beweging is gekomen, ook wat betreft het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk.

In de huisartsenzorg zijn zorggroepen en samenwerkende gezondheidscentra bezig met de ontwikkeling van zorgprogramma's op het gebied van de GGZ. Vier zorgprogramma's (van de zorggroepen/gezondheidscentra PoZoB, DOH, SGE en Zio) zijn nader bekeken en omvatten alle de inzet van praktijkondersteuners, het standaard gebruik van bestaande screeningsinstrumenten en de mogelijkheid van psychiatrische consultatie; drie zorgprogramma's bieden ook e-health modules. De zorgprogramma's geven niet

alleen invulling aan de huisartsenzorg, maar ook aan de generalistische Basis-GGZ.

Vanuit de GGZ bieden zelfstandige organisaties voor generalistische Basis-GGZ (zoals Indigo en Vicino NHN) een breed ondersteuningsaanbod voor huisartsen (POH-GGZ, screening, e-health en consultatie). Dit geldt ook voor apart opgerichte onderdelen voor generalistische Basis-GGZ van geïntegreerde GGZ-instellingen (zoals Prezens van GGZ inGeest). Verscheidene andere GGZ-aanbieders (zoals Transparant Next en Psygro) bieden consultatie en verbreden in 2014 hun ondersteuningsaanbod aan huisartsen.

Vanuit de kant van niet-zorgaanbieders zijn organisaties actief die de inzet en organisatie van POH-GGZ faciliteren (zoals SHOP, Linkkers en Pro Praktijksteun), aanbieders van nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten die aansluiten op de nieuwe echelonnering en verwijscriteria (zoals TelePsy en VitalHealth), en verscheidene aanbieders van e-health modules gericht op zelfmanagement en preventie (zoals Minddistrict, Mentalshare en Psy Health Direct). Stichting mirro vormt een andersoortig initiatief omdat het opgericht is door vier GGZ-instellingen en verzekeraar Achmea en omdat het een ondersteuningsaanbod heeft voor zowel de huisartsenzorg (via online zelfhulp modules en de mirro-screener) als de generalistische Basis-GGZ (via een behandelprotocol).

Vooruitblik: regionale en lokale variatie in het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk

Wat opvalt is dat er regionale en lokale variatie ontstaat in de organisatie en de rol van de POH-GGZ en in het gebruik van nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten, e-health modules en consultatievormen. Het is waarschijnlijk dat deze variatie samenhangt met wie regionaal of lokaal de voortrekkersrol neemt qua organisatie van de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: de huisartsenzorg zelf (zorggroepen/samenwerkende gezondheidscentra), een zelfstandige organisatie voor generalistische Basis-GGZ, een (apart onderdeel van) een geïntegreerde GGZ-instelling of een kleinschalige GGZ-aanbieder in samenwerking met alle ketenpartners. Ook lijkt sturing vanuit verzekeraars een rol te spelen bij de variatie die ontstaat, zoals in het voorbeeld van Stichting mirro.

Aanbeveling 1: werken aan een sterke GGZ in de huisartsenpraktijk door van elkaar te leren

Het bestaan van regionale en lokale variatie laat zien dat er op dit moment meerdere manieren lijken te zijn om een sterke GGZ in de huisartsenpraktijk te bereiken. Daarbij is het belangrijk dat de variatie goed wordt benut om te leren en elkaar te inspireren. Dat betekent een actieve inzet op het verzamelen en verspreiden van regionaal geleerde lessen. Het organiseren van uitwisseling tussen regio's waar nu volop wordt geëxperimenteerd is belangrijk voor de doorontwikkeling en verfijning van bestaande modellen en voor huisartsvoorzieningen die nog moeten starten met het versterken van hun GGZ-aanbod. Ook zijn de geleerde lessen bruikbaar voor de herziening en ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden die aansluiten bij het nieuwe GGZ-stelsel. Waarbij het van belang is dat de kwaliteitsinstrumenten variatie van zorg toelaten, binnen bepaalde kwaliteitsnormen.

Aanbeveling 2: Kwaliteitsbewaking met behulp van indicatoren

Op dit moment is het nog onbekend wat het bereik is van de initiatieven zoals hierboven beschreven en of ze daadwerkelijk bijdragen aan de gewenste substitutie van zorg. De 'Monitor Basis-GGZ' – uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS – zal hier antwoord op moeten geven. Daarbij is het essentieel om de kwaliteit van de psychische hulp gegeven door huisartsen en POH's-GGZ te monitoren, met speciale aandacht voor: preventie, zelfmanagement, consultatie van en verwijzingen naar de generalistische Basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ, en zorg aan patiënten met stabiele chronische problematiek. Echter, een set actuele kwaliteitsindicatoren waarmee bovenstaande gemonitord kan worden, ontbreekt vooralsnog. De bestaande indicatorenset voor de GGZ van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dateert uit 2010. Het verdient aanbeveling om, zodra de opzet van de Monitor Basis-GGZ beschikbaar is, te bekijken in hoeverre (aanvullende) kwaliteitsindicatoren nodig zijn, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten op de mogelijkheden van bestaande kwaliteitssystemen in de huisartsenzorg en GGZ. De indicatoren kunnen onderdeel worden van de richtlijnen en zorgstandaarden die ontwikkeld of herzien worden in het kader van het nieuwe GGZ-stelsel.

Aanbeveling 3: het tijdig signaleren van kennislacunes en knelpunten en het oplossen daarvan

Deze Trendrapportage signaleert verscheidene aandachtspunten en kennislacunes, waaronder:

- Hoewel POH's-GGZ een cruciale rol hebben in de ondersteuning van huisartsen, is er nauwelijks iets bekend over de effectiviteit van hun inzet. Onbekend is ook in hoeverre POH's-GGZ patiënten met stabiele chronische problematiek begeleiden en tegen welke (mogelijke) knelpunten ze daarbij aanlopen.
- Er zijn meerdere nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten in omloop, waarvan de bruikbaarheid voor huisartsen nog niet altijd duidelijk is. Ook is nog onbekend of deze instrumenten wel goede psychometrische eigenschappen hebben en huisartsen adequate ondersteuning bieden bij het bepalen van het juiste behandelplan.
- Als er een e-health aanbod en consultatiemogelijkheid beschikbaar is in de huisartsenzorg, lijkt het daadwerkelijk gebruik hiervan nog beperkt.
- Er bestaan verscheidene belemmerende factoren bij de implementatie van GGZ zorgprogramma's binnen de huisartsenzorg, zoals dat niet alle verzekeraars een zorgprogramma contracteren en dat de koppeling van verschillende registratiesystemen van de ketenpartners lastig is.
- In hoeverre krijgen huisartsvoorzieningen te maken met verschillende eisen vanuit zorgverzekeraars wat betreft de inrichting van de GGZ in de huisartsenpraktijk.

Het is wenselijk dat de kennislacunes zo snel mogelijk worden opgevuld en dat de betrokken veldpartijen – patiënten, beroepsgroepen en verzekeraars – oplossingen aandragen voor de knelpunten. De transitie naar een sterke GGZ in de huisartsenpraktijk

behoeft een goede infrastructuur waarin veldpartijen tijdig melding kunnen maken van aanvullende en toekomstige 'witte vlekken' en knelpunten, en waarin zij hun oplossingen hiervoor kunnen melden, zodat – indien nodig – de ingezette beleidsmaatregelen tijdig verfijnd kunnen worden.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Andere ordening van de GGZ per januari 2014

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 en het daaropvolgende Onderhandelarsresultaat GGZ 2014-2017 hebben de overheid en partijen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een agenda vastgelegd die eraan moet bijdragen dat de GGZ in de toekomst kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar blijft. Een cruciaal onderdeel van deze agenda is de nieuwe indeling van de GGZ, die met ingang van januari 2014 verwezenlijkt is. Beoogd wordt dat de huisartsenzorg en de generalistische Basis-GGZ een aanzienlijk deel van de patiënten overnemen die tot 2014 nog in de 'oude' tweedelijns-GGZ werden geholpen, zodat een gespecialiseerde GGZ ontstaat die uitsluitend gericht is op het herstel of de rehabilitatie van personen met ernstige en complexe psychische stoornissen. De generalistische Basis-GGZ is alleen toegankelijk via de huisarts of een andere hulpverlener (bv. jeugdarts, bedrijfsarts) en behandeling wordt alleen gestart als er sprake is van een psychische stoornis zoals gedefinieerd die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren. De verwachting is dat door de substitutie van zorg, van gespecialiseerde GGZ naar generalistische Basis-GGZ en huisartsenzorg, de kostenontwikkeling in de GGZ meer beheersbaar wordt bij gelijkblijvende of betere kwaliteit van zorg.

Een cruciale rol voor de huisartsenzorg

De rol voor de huisartsenzorg wordt in het nieuwe GGZ-stelsel nog belangrijker dan voorheen. De huisarts moet optreden als onafhankelijke poortwachter, moet patiënten met psychische problemen stimuleren tot zelfzorg en voorkomen dat de problemen zich verergeren tot een stoornis. Verder is het de bedoeling dat de huisarts begeleiding biedt aan patiënten met stabiele chronische problematiek die instromen vanuit de gespecialiseerde GGZ. Om huisartsen in staat te stellen deze taken adequaat te kunnen uitvoeren is er per januari 2014 extra geld beschikbaar gesteld voor de inzet van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), het aanbieden van e-health modules en het consulteren van GGZ-professionals (zoals een psycholoog of psychiater). Ook is er een verwijfsmodel op hoofdlijnen ontwikkeld. Op basis van de verwijfscriteria kan de huisarts, al dan niet ondersteund door de POH-GGZ, de zorgvraagzwaarte van een persoon met psychische problemen inschatten, zodat bepaald kan worden of de persoon in de huisartsenzorg behandeld kan worden, of dat verwijzing naar de generalistische Basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ meer passend is.

1.2 Doelstelling en opbouw van het rapport

2014 en verder zal een transitieperiode zijn, waarin door aanbieders en verzekeraars handen en voeten gegeven moet worden aan het nieuwe GGZ-stelsel, waaronder de maatregelen die gericht zijn op de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Een goed moment om in deze Trendrapportage GGZ terug te kijken op eerdere maatregelen en de opbrengsten daarvan, een stand van zaken te geven van de situatie in het najaar van 2013 wat betreft het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk, en op basis daarvan een blik vooruit te werpen op de nabije toekomst.

Deel A: Een terugblik

In het eerste deel van het rapport wordt op basis van de literatuur teruggeblikt. Dit gebeurt door in Hoofdstuk 2 een overzicht te geven van de maatregelen die de afgelopen 15 jaar ingezet zijn om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken, en van de opbrengsten daarvan. Aangezien de POH-GGZ een cruciale rol heeft in de ondersteuning van de huisarts, zoomt Hoofdstuk 3 specifiek in op de inzet van, de werkzaamheden van en de ervaringen met de POH-GGZ, door een overzicht te geven van het onderzoek dat hiernaar verricht is in de periode 2008-2013.

Deel B: Stand van zaken (najaar 2013)

Het tweede deel van het rapport geeft een overzicht van in najaar 2013 lopende initiatieven die gericht zijn op het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Hierbij wordt – overeenkomstig de maatregelen per januari 2014 – gefocust op de aandacht in de initiatieven voor: a) de POH-GGZ, b) screeningsinstrumenten, c) e-mental health modules en d) consultatie door GGZ-hulpverleners¹. Er is niet geprobeerd een uitputtend overzicht van alle lopende initiatieven te geven, maar om inzicht te geven in de varianten in de lopende initiatieven.

Omdat de inventarisatie op de drempel van de invoering van het nieuwe stelsel is uitgevoerd, geven de initiatieven een beeld van de mate waarin lopende initiatieven aansluiten bij de nieuwe maatregelen. Bijzondere aandacht wordt geschonken aan negen lopende initiatieven die gebruikmaken van de beleidsregel Innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze beleidsregel geeft verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid om maximaal drie jaar te experimenteren met nieuwe zorgprestaties waarvoor nog geen tarieven bestaan. Deze initiatieven kunnen beschouwd worden als 'voorlopers' op het gebied van GGZ-ondersteuning in de huisartsenpraktijk, waarvan geleerd kan worden.

Deel B omvat drie hoofdstukken. In Hoofdstuk 4 wordt ingegaan op initiatieven vanuit de huisartsenzorg zelf; in Hoofdstuk 5 op initiatieven van GGZ-aanbieders; en in Hoofdstuk 6 op initiatieven van niet-zorgaanbieders.

¹ Omdat pas in een laat stadium – september 2013 – bekend werd dat groepscursussen ook bekostigd kunnen worden uit de regeling POH-GGZ, is deze vorm van GGZ-ondersteuning van de huisartsenzorg niet meegenomen in de inventarisatie.

Deel C: Een vooruitblik

Het rapport sluit af met een slotbeschouwing (Hoofdstuk 7). Op basis van de bevindingen in de delen A en B wordt een schets gegeven van de wijze waarop de nieuwste maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk per januari 2014 in de praktijk worden vormgegeven of gaan worden, en wat daarbij aandachtspunten en kennislacunes zijn. Afgesloten wordt met algemene conclusies en aanbevelingen.

1.3 Leeswijzer

Hoofdstukken 2 tot en met 6 beginnen alle met een kader waarin de hoofdbevindingen puntsgewijs worden opgesomd. Elk hoofdstuk eindigt met een beschouwing en conclusie waarin deze hoofdbevindingen meer uitgebreid worden besproken. Alle hoofdstukken, inclusief Hoofdstuk 7 – de slotbeschouwing – kunnen goed op zichzelf staand gelezen worden. In de bijlagen is extra informatie te vinden, waaronder gedetailleerde beschrijvingen van de kenmerken van initiatieven die gebruik maken of hebben gemaakt van de NZa beleidsregel Innovatie.

Deel A: Een terugblik

In *Hoofdstuk 2* wordt op basis van de literatuur teruggeblikt op de maatregelen die de afgelopen 15 jaar genomen zijn om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken, en wat deze hebben opgeleverd. *Hoofdstuk 3* zoomt daarbij specifiek in op de POH-GGZ, een functie sinds de introductie in 2008 sterk gestimuleerd wordt.

2 Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk in de afgelopen 15 jaar: wat is er gedaan en wat heeft het opgeleverd?

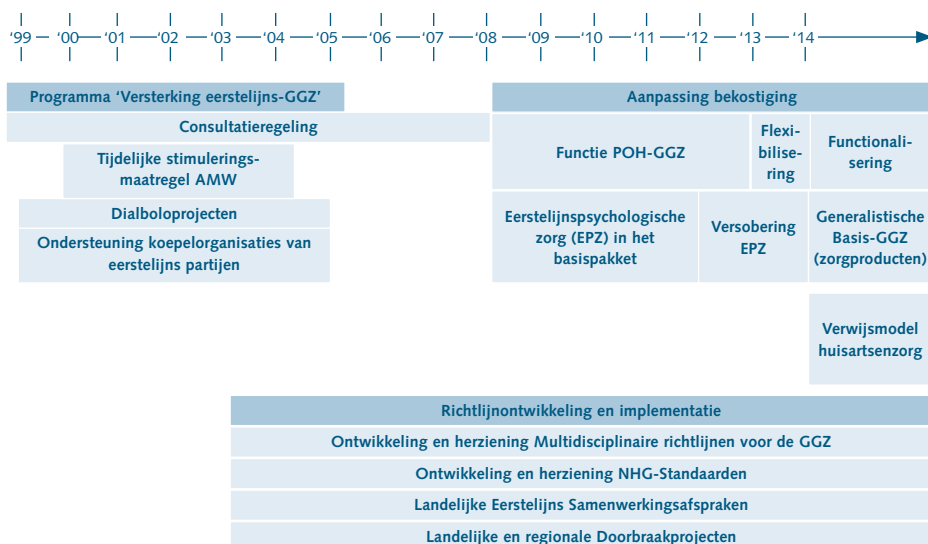
Hoofdbevindingen

- In de afgelopen 15 jaar zijn er verschillende maatregelen ingezet om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken, waaronder de consultatieregeling (1999-2007) en in het verlengde daarvan de introductie van de functie POH-GGZ (sinds 2008).
- Ook zijn er in deze periode diverse GGZ richtlijnen (NHG-Standaarden, Multidisciplinaire richtlijnen en samenwerkingsrichtlijnen) ontwikkeld en herzien, en zijn verbeterinitiatieven uitgevoerd om huisartsen meer te laten handelen volgens de richtlijnaanbevelingen.
- In de loop der tijd uitgevoerde evaluaties lieten zien dat de beleidsmaatregelen, richtlijnontwikkeling en -implementatie positieve effecten hadden, zoals een betere ondersteuning van de huisarts door de inzet van SPV-en in de huisartsenpraktijk en het minder vaak voorschrijven van antidepressiva door huisartsen.
- Echter, een niet beoogde trend was dat het verwijzingspercentage van de huisarts naar de tweedelijns-GGZ bleef stijgen. Een waarschijnlijke oorzaak hiervan was dat GGZ-instellingen en nieuwe aanbieders zich vanaf januari 2008 (met de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw) gingen richten op het bieden van kortdurende generalistische zorg.
- Met de invoering van het nieuwe stelsel per januari 2014 zijn diverse drempels opgeworpen voor verwijzing vanuit de huisartsenzorg naar de generalistische Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ (o.a. er dient sprake te zijn van een psychische stoornis, er geldt een eigen risico).
- Om huisartsen in staat te stellen meer patiënten met psychische problemen op te vangen, is de functie POH-GGZ per januari 2014 verder versterkt en is een verwijzingsmodel ontwikkeld waarmee bepaald kan worden of behandeling in de huisartsenzorg passend is.

In dit hoofdstuk wordt op basis van de literatuur een chronologisch overzicht gegeven van de maatregelen die sinds de eeuwwisseling tot heden uitgevoerd zijn om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn te versterken, en van de effecten hiervan (zie Schema 2.1). Gezien de focus van dit rapport, wordt hierbij zoveel mogelijk ingezoomd op de huisartsenzorg. Allereerst wordt in paragraaf 2.1 ingegaan op de aanleiding, de inhoud en de effecten van het programma 'Versterking eerstelijns-GGZ'

dat eind vorige eeuw van start ging en vijf jaar duurde. Paragraaf 2.2 biedt een overzicht van meer recente maatregelen gericht op versterking van de GGZ in de eerste lijn, en de effecten daarvan op de huisartsenzorg. Daarna worden in paragraaf 2.3 de maatregelen besproken die per januari 2014 ingevoerd zijn. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing van de belangrijkste bevindingen en een conclusie (paragraaf 2.4).

Schema 2.1 Overzicht van maatregelen en verbeterinitiatieven gericht op het versterken van de GGZ in de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsenpraktijk



2.1 Programma 'Versterking eerstelijns-GGZ' (1999-2005)

2.1.1 Aanleiding

In de jaren '90 van de vorige eeuw was er sprake van een toename van de vraag naar psychische hulpverlening, zowel in de eerste lijn als in de ambulante tweede lijn. De toename van het aantal hulpvragen in de ambulante tweedelijns-GGZ kon worden opgevangen door de groei van de beschikbare capaciteit in de periode 1989-1996. Deze capaciteitsgroei was vergelijkbaar met de groei van het aantal hulpvragen, zodat per saldo de druk op de tweedelijns-GGZ even groot bleef. In de eerste lijn (huisarts, eerstelijnspsycholoog en algemeen maatschappelijk werk) bleef de capaciteit om psychische problemen op te vangen in die periode in absolute termen echter redelijk constant. De groei van het aantal hulpvragen in de eerste lijn kon hierdoor niet worden opgevangen. Dit had tot gevolg dat patiënten die in de eerste lijn hadden kunnen worden behandeld nu alsnog bij de tweede lijn werden aangemeld, wat resulteerde in wachtlijsten bij de tweede lijn en een toename van de kosten (Meijer & Verhaak, 2004).

Een oplossing van dit probleem zou een versterking van de eerste lijn zijn en een vergroting van de capaciteit. In de eerste lijn worden de meeste hulpvragen van psychische aard, al dan niet in verholde vorm, het eerste gesteld en veel van deze hulpvragen zouden in principe ook op dat niveau behandeld kunnen worden, met een beroep op ondersteunende krachten als de praktijkverpleegkundige, of meer op GGZ georiënteerde generalistische hulpverleners als eerstelijnspsychologen, maatschappelijk werkers of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en). Alleen gecompliceerde psychische stoornissen zouden dan worden verwezen naar de tweedelijns-GGZ (Meijer & Verhaak, 2004).

In 1998 bracht de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het advies 'Geestelijke gezondheidszorg in de 21ste eeuw' uit (RVZ, 1998). Als kerntaak van de GGZ werd gezien, het voorkomen, behandelen en draagbaar maken van de gevolgen van psychische stoornissen. Hierbij werd gekozen voor een organisatie van de zorg via de bestaande echelons in de gezondheidszorg. Dit betekende dat de tweedelijns-GGZ alleen via het eerste echelon (de eerste lijn) toegankelijk zou zijn. De huisarts was hierbij de centrale figuur, die binnen de eerste lijn samenwerkte met het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog en consultatie kon vragen aan de tweedelijns-GGZ, zonder dat daarbij overdracht van de patiënt plaats zou vinden. Verder zou de huisarts de aanvullende mogelijkheid moeten hebben om een SPV in te schakelen, en zou de huisarts als poortwachter dienen voor verwijzingen naar de tweede lijn. In de Beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg (VWS, 1997) liep de toenmalige minister van VWS al vooruit op deze adviezen. Gezien de toename van het aantal hulpvragen op het gebied van psychische problematiek, in combinatie met de beperkte capaciteit van de tweede lijn en de groei en beheersbaarheid van de zorgkosten, werden maatregelen in het vooruitzicht gesteld, waarbij de huisarts poortwachter voor de GGZ zou worden en waarbij versterking van de eerstelijns-GGZ een centrale positie zou innemen.

In december 1998 presenteerde de minister van VWS haar Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg 1999. Hierin schreef zij de hoofdlijnen die waren gericht op de langere termijn: een samenhangend pakket van maatregelen voor het vergroten van de doelmatigheid en doeltreffendheid van de GGZ-sector (VWS, 1998). Eén van de voorgestelde maatregelen om aan de groeiende vraag naar psychische hulpverlening te kunnen voldoen, betrof het versterken van de eerste lijn. Als kerndisciplines in de eerste lijn werden de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog aangewezen. Het beleidsprogramma was erop gericht een sterkere, meer samenhangende eerstelijns-GGZ te realiseren, waarbij patiënten sneller de zorg krijgen die zij nodig hebben door middel van kortdurende geprotocolleerde monodisciplinaire behandelingen. Als voorwaarde hiervoor werd de gezondheidszorgpsycholoog in de toenmalige collectieve ziektekostenverzekering ondergebracht. De behandeling van patiënten diende niet in een hoger echelon dan nodig plaats te vinden: behandeling - indien mogelijk - kort en generalistisch in de eerste lijn en - indien nodig - intensief en specifiek in de tweede lijn (Meijer e.a., 2004, Meijer & Verhaak, 2004; Emmen e.a., 2007; Emmen e.a., 2008).

2.1.2 Het programma 'Versterking eerstelijns-GGZ'

De beleidsvisie van de minister werd in 1999 verder uitgewerkt en resulteerde rond de eeuwwisseling in het programma 'Versterking eerstelijns-GGZ'. Het programma was een mix van veelal tijdelijke subsidieregelingen en maatregelen, die zouden moeten leiden tot een grotere behandelcapaciteit van de eerstelijns-GGZ, een betere samenwerking tussen eerstelijns partijen en tussen de eerste lijn en tweedelijns-GGZ, en meer deskundigheid bij de verschillende eerstelijnszorgverleners ten aanzien van het herkennen en behandelen van psychische problematiek (Meijer e.a., 2004; Emmen e.a., 2007). Capaciteitsvergroting, betere samenwerking en meer deskundigheid zouden ertoe moeten leiden dat meer personen met psychische problemen die qua ernst in de eerste lijn behandeld kunnen worden, daar ook daadwerkelijk behandeling zouden ontvangen.

Het stimuleringsprogramma omvatte de volgende maatregelen:

1) *Tijdelijke Stimuleringsmaatregel voor het algemeen maatschappelijk werk*

De Tijdelijke Stimuleringsmaatregel was bedoeld voor het opheffen van de capaciteitstekorten bij het algemeen maatschappelijk werk over een periode van vier jaar (2000 t/m 2003) en bestond uit extra financiering voor gemeentes.

2) *Consultatieregeling*

De stimuleringsregeling consultatiegelden GGZ, of kortweg geheten consultatieregeling, startte in 1999 en liep door tot en met 2005. De Consultatieregeling had als hoofddoel om huisartsen, eerstelijnspsychologen, en maatschappelijk werkers de mogelijkheid te bieden advies te vragen aan de tweedelijns-GGZ en zo de deskundigheid op het gebied van de GGZ-problematiek binnen de eerste lijn te vergroten. De verwachting was dat op deze manier meer hulpvragen binnen de eerste lijn konden worden behandeld, de verwijzfunctie zou verbeteren en de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn toe zou nemen.

3) *Ondersteunende maatregelen voor de koepelorganisaties van de eerstelijns partijen, ten behoeve van kwaliteitsontwikkeling*

Vanaf 1999 werd budget beschikbaar gesteld aan de koepelorganisaties van huisartsen, eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers² voor de uitwerking van het door deze drie partijen gesloten samenwerkingsconvenant. Hierin waren activiteiten opgenomen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van GGZ-hulpverlening en deskundigheidsbevordering, een betere samenwerking en afstemming tussen hulpverleners in de eerste- en tweedelijns-GGZ, het opstellen van kwaliteitsnormen, en het verbeteren van de organisatiegraad. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een kaderopleiding GGZ voor huisartsen, die in 2002 van start ging. Een ander voorbeeld is het project 'Korte Lijnen' dat tot doel had om op landelijk niveau de samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ te verbeteren (looptijd t/m 2004).

4) *Ondersteuning van lokale projecten (Diaboloprojecten)*

De Diaboloprojecten (looptijd t/m 2005) werden met extra stimuleringsgelden

2 Resp. de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) en de MO-groep voor het algemeen maatschappelijk werk.

opgezet en hadden tot doel om op lokaal niveau de samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ disciplines en tussen de eerste en tweede lijn te vergroten, zodat er op lokaal niveau een samenhangend systeem van activiteiten zou ontstaan en 'best practices' gestimuleerd zouden worden. Hieronder vielen bijvoorbeeld ook scholingsactiviteiten ('Multidisciplinair methodisch werken in de GGZ') en onderzoek. In 2001 startten vier van dergelijke Diabolo-projecten, in 2002 waren er elf en in 2004 zestien (Scholten e.a., 2005).

Om het overleg tussen alle betrokken partijen te waarborgen, om draagvlak voor de ondersteunende maatregelen te creëren en om ook de regie over de uitvoering van die maatregelen bij de betrokken partijen te leggen, werd door het Ministerie van VWS de 'Stuurgroep tussen de Lijnen' ingesteld. Deze Stuurgroep bestond uit vertegenwoordigers van beroepsgroepen en koepels uit de eerste en tweede lijn en van zorgfinanciers (zorgverzekeraars, Vereniging Nederlandse Gemeenten), alsook uit patiënten.

2.1.3 Korte termijn effecten van het programma 'Versterking eerstelijns-GGZ'

De effecten van het programma 'Versterking eerstelijns-GGZ' zijn in verschillende deelstudies geëvalueerd door respectievelijk het NIVEL, het Trimbos-instituut, KPMG en SGBO (Meijer e.a., 2004; Scholten e.a., 2004; Kornalijslijper e.a., 2004; KPMG, 2002). Hierbij is het belangrijk om op te merken dat de voormetingen uitgevoerd werden in de periode 1999-2001, en de nametingen in de periode 2002-2003. Deze evaluatieperiode bleek te kort om een volledig beeld te kunnen krijgen van de effecten van het stimuleringsprogramma (Meijer & Verhaak, 2004).

In de integrale samenvatting van de uitgevoerde evaluatiestudies (Meijer & Verhaak, 2004) werd geconstateerd dat de Tijdelijke Stimuleringsmaatregel een positieve bijdrage had geleverd aan de uitbreiding van de capaciteit van het algemeen maatschappelijk werk. De onderzoekers betwijfelden echter wel of deze uitbreiding zonder meer zou leiden tot de behandeling van meer personen met psychische en sociale problematiek. Gezien de complexere problematiek en het nog bestaan van wachtlijsten leek een verdere capaciteitsuitbreiding noodzakelijk.

De behoefte aan de Consultatieregeling was groot, zoals bleek uit het feit dat er ongeveer 130 consultatieprojecten gingen lopen. Veel van deze projecten ontwikkelden zich in de loop der tijd tot gebruikelijke zorg, van subsidieregeling naar zorg gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)³. De Consultatieregeling had een positief effect op de samenwerking tussen huisartsen en ambulante tweedelijns-GGZ, maar droeg weinig bij aan de gewenste deskundigheidsbevordering van de huisartsen aanzien van het herkennen en behandelen van psychische problematiek. Dit was het gevolg van het feit dat SPV-en via de Consultatieregeling als extra behandelaar in de huisartsenpraktijk werden gepositioneerd. In de volgende paragraaf wordt hier uitgebreider op ingegaan.

3 Voor 2006 werd de curatieve GGZ nog uit de AWBZ gefinancierd.

Over de effecten van de diverse landelijke en lokale samenwerkingsprojecten kon nog weinig worden gemeld. De projecten waren op het moment van evaluatie nauwelijks afgerond, nog lopende en soms nog maar gedeeltelijk ingezet (Meijer & Verhaak, 2004).

Geconstateerd werd dat het einddoel van de versterkende maatregelen – het behandelen van zoveel mogelijk mensen met psychische problemen in de eerste lijn – slechts ten dele waargemaakt werd (Meijer & Verhaak, 2004). Dit werd onder andere afgeleid uit gegevens van het huisartsregistratiesysteem LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) waaruit bleek dat op landelijk niveau het aantal verwijzingen van huisartsen naar het algemeen maatschappelijk werk of de eerstelijnspsycholoog niet of nauwelijks toegenomen was tussen 2001 en 2003. Ook in de verwijzingsstroom van huisartsen naar tweedelijns-GGZ trad weinig verandering op in deze periode.

2.1.4 Langere termijn effecten van het programma ‘Versterking eerstelijns-GGZ’ op de huisartsenzorg

Na 2004 zijn verdere evaluaties gepubliceerd waarin gegevens van recentere jaren (tot en met 2005) zijn meegenomen (Emmen e.a., 2007; Emmen e.a., 2008; Verhaak e.a., 2006). De bevindingen geven een beeld van de effecten van de versterkende maatregelen over langere termijn op de huisartsenzorg. Hieronder wordt eerst ingegaan op de ‘overall’ effecten van alle maatregelen, en daarna specifiek op de effecten van de Consultatieregeling.

‘Overall’ effecten van alle maatregelen

In de periode 2001-2005 voerden het NIVEL, het RIVM en IQ healthcare (toen nog het WOK) drie studies uit naar de ervaringen van huisartsen met de maatregelen ter versterking van de eerstelijns-GGZ. De vraag was of deze maatregelen naar de mening van huisartsen tot verbeteringen hadden geleid en of eerder vastgestelde effecten van de maatregelen bevestigden (Emmen e.a., 2007; Heideman e.a. 2006; 2007). Hiervoor werden in 2001, 2003 en 2005 enquêtes uitgezet onder een steekproef van huisartsen, gestratificeerd naar district, praktijkvorm en urbanisatiegraad. De vragen betroffen onder meer ervaren werkbelasting en de samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog en de tweedelijns-GGZ.

In 2001 was de samenwerking tussen de huisarts en de eerstelijns- en tweedelijns-GGZ voor verbetering vatbaar (Heideman e.a., 2006, 2007). Uit de enquête bleek dat minder dan de helft van de huisartsen geïnformeerd was over de verschillende aspecten van het hulpverleningsaanbod. Het percentage huisartsen met een vaste contactpersoon varieerde van 8% (APZ/PAAZ)⁴ tot 35% (eerstelijnspsycholoog). Over het algemeen was de samenwerking binnen de eerste lijn beter dan de samenwerking met de tweedelijns- GGZ. Maar overal was de lange wachttijd het belangrijkste knelpunt, gevolgd door het gebrek aan mogelijkheden voor een gezamenlijke behandeling (Heideman e.a., 2006, 2007).

4 APZ: Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis; PAAZ: Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis.

Met de projecten voor de versterking van de GGZ in de eerste lijn werd verwacht dat de samenwerking van de huisarts met zowel andere eerstelijns hulpverleners als met de tweedelijns-GGZ door de jaren heen zou verbeteren. Dit bleek grotendeels het geval te zijn bij de drie opeenvolgende metingen (Emmen e.a., 2007). In de periode 2001-2005 zijn de huisartsen minder werkbelasting op het gebied van de GGZ gaan ervaren, door een sterkere ondersteuning vanuit de tweede lijn, met name door de inzet van SPV-en in de huisartsenpraktijk. Hierbij ervoeren zij ook steeds minder knelpunten in het verlenen van zorg aan mensen met psychische of sociale problematiek. De samenwerking met het algemeen maatschappelijk werk was door de tijd heen niet verbeterd, waarschijnlijk door indertijd doorgevoerde bezuinigingen en taakverschuivingen binnen het algemeen maatschappelijk werk. De samenwerking met de eerstelijnspsycholoog en de ambulante tweedelijns-GGZ verbeterde wel. Wat betreft de ambulante tweedelijns-GGZ was er sprake van een toename van de bekendheid met de werkwijze en van het aantal overleggen over individuele patiënten en een afname van het aantal gemelde knelpunten (zoals wachttijden, bereikbaarheid, informatievoorziening).

Er waren ook onverwachte uitkomsten. De resultaten van de enquêtes gaven aan dat de huisartsen tussen 2001 en 2005 steeds minder scholing over GGZ-onderwerpen volgden. Ze investeerden blijkbaar minder in het zelf behandelen van psychische problematiek, en meer in een goede samenwerking met GGZ-hulpverleners. In de enquête werd de huisartsen ook gevraagd een schatting te geven van het aantal verwijzingen binnen de eerste lijn en naar de tweedelijns-GGZ in de periode 2001-2005. Deze verwijsstromen veranderden niet significant, daar waar een toename van verwijzingen binnen de eerste lijn en een afname van verwijzingen naar de tweede lijn was verwacht⁵.

Effecten van de consultatieregeling: opkomst van de SPV in de huisartsenpraktijk

De effecten van de Consultatieregeling zijn gemonitord in de periode 2000-2005 (Verhaak e.a., 2006). Uit de evaluatie van de consultatiegegevens bleek dat de huisarts in de overgrote meerderheid van de gevallen (~90%) de consultatievragers was. De meest frequente redenen voor huisartsen om consultatie te vragen waren: de behoefte aan een advies met betrekking tot een mogelijke verwijzing (60%), de onduidelijkheid rond de diagnose (45%) en de omgang met de patiënt (25%). In bijna 8 op de 10 gevallen (78%) waarin een huisarts om consultatie vroeg, was een SPV de consultatiegever. Het kwam relatief weinig voor dat een psychiater (5%) of een psycholoog (8%) de consultatiegever was. De patiënten waarover consultatie gevraagd werd, waren in ongeveer tweederde van de gevallen vrouw, waren gemiddeld rond de 40 jaar oud, en hadden met name last van stemmingsproblemen, psychosociale problematiek en angst en spanning.

Uit de monitor bleek verder dat SPV-en in de periode 2000-2005 steeds vaker consultaties zijn gaan uitvoeren. Was in 2000 een SPV nog in 63% van de gevallen de

5 Per 1.000 ingeschreven patiënten verwezen huisartsen in 2001 naar eigen schatting 17,6 patiënten naar het algemeen maatschappelijk werk of de eerstelijnspsycholoog, in 2003 17,3 patiënten en in 2005 18,4 patiënten. Wat betreft de tweedelijns ambulante GGZ, ging het om respectievelijk 9,7, 9,5 en 10,6 patiënten per 1.000 ingeschrevenen (Emmen e.a., 2007).

consultatiegever (aan huisartsen of andere hulpverleners), in 2005 was dit percentage gestegen tot 81%. In dezelfde periode waren psychiaters (daling van 16% in 2000 naar 4% in 2005) en psychologen (daling van 12% naar 7%) juist steeds minder vaak de consultatiegever. Deze ontwikkeling werd ook weerspiegeld in het steeds minder vaak voorkomen van de 'klassieke' vorm van consultatie, waarbij een specialist met een consultatievrager problemen rond de behandeling van patiënten met psychische problemen bespreekt, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt. Het aandeel van deze consultatievorm in alle consultaties daalde van ruim 20% in 2000 tot 12% in 2005. De toenemende inzet van de SPV als consultatiegever ging gepaard met de groei van een andere consultatievorm, namelijk de variant waarin de consultatiegever de patiënt spreekt, zonder aanwezigheid van de consultatievrager. Het aandeel van deze consultatievorm in het totaal van de consultaties nam tussen 2000 en 2005 toe van bijna 60% naar meer dan 80%. Doorgaans leidde deze consultatievorm niet tot ondersteuning van de consultatievrager in zijn behandeling, maar tot vervolcontacten waarbij de consultatiegever de behandeling 'overnam' of de patiënt doorverwees binnen de eerste lijn of naar de tweedelijns-GGZ.

Doordat SPV-en via de Consultatieregeling in de huisartsenpraktijk vooral werden ingezet als extra behandelaar in het verlengde van de huisarts, heeft de regeling nauwelijks bijgedragen aan de beoogde deskundigheidsbevordering van huisartsen ten aanzien van het herkennen en behandelen van psychische problematiek. De positionering van de SPV-en in de huisartsenpraktijk heeft wel een gunstige invloed gehad op de samenwerking tussen huisartsen en de tweedelijns-GGZ. Huisartsen ervoeren ten aanzien van een aantal aspecten (wachtlijden, bereikbaarheid, informatievoorziening) duidelijk minder knelpunten. Een onvoorzien effect was dat een consultatief contact met de SPV in bijna een kwart van de gevallen resulteerde in een advies om naar de tweedelijns-GGZ te verwijzen, en dat het hierbij deels ging om patiënten met problematiek die qua ernst niet direct in de tweedelijns-GGZ thuishoorden (Verhaak e.a., 2003). De inzet van de SPV-en in de huisartsenpraktijk bood dus enerzijds de mogelijkheid om meer patiënten dichtbij huis in de eerste lijn zorg te verlenen, maar vergemakkelijkte anderzijds de verwijzing naar de tweedelijns-GGZ, ook wanneer dit niet geïndiceerd leek (Meijer & Verhaak, 2004).

2.2 Recenter maatregelen ter versterking van de eerstelijns-GGZ

2.2.1 Een mix van maatregelen en initiatieven

Veel van de maatregelen en stimuleringsprojecten in het kader van het programma 'Versterking eerstelijns GGZ' liepen tot en met 2004-2005. Sindsdien zijn er diverse andere maatregelen en initiatieven uitgevoerd die (mede) tot doel hadden om de GGZ in de eerste lijn te versterken, waarbij sommige specifiek gericht waren op de huisartsenzorg.

Introductie POH-GGZ (januari 2008)

De Consultatieregeling werd uiteindelijk verlengd tot en met 2007. Zoals hierboven beschreven, leidde deze regeling er met name toe dat er meer SPV-en in de huisartsenpraktijk werden ingezet, die de behandeling van psychische problematiek van de huisartsen overnamen. Om huisartsen ook na 2007 ondersteuning te kunnen blijven bieden bij de zorg aan mensen met psychische problemen, werden vanaf 2008 binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) structureel middelen beschikbaar gesteld voor de financiering van de zogeheten praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) (VWS, 2007). De uitrol van de POH-GGZ vordert gestaag. In oktober 2009 maakte 11% van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ, in april 2012 was dit percentage gestegen tot 47%⁶. In Hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de inzet van en de ervaringen met de POH-GGZ in de dagelijkse praktijk op basis van uitgevoerd onderzoek tussen 2008 en 2013.

Opname eerstelijns psychologische zorg in het basispakket (januari 2008)

Met de overheveling van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw in 2008, werden ook acht zittingen eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering opgenomen. Hierdoor werd deze vorm van zorg toegankelijker. Voorheen werd eerstelijns psychologische zorg alleen (deels) vergoed vanuit de aanvullende verzekering. De opname in het basispakket had tot gevolg dat eerstelijns psychologische zorg niet meer uitsluitend door de eerstelijnspsycholoog kon worden geleverd, maar ook door tweedelijns vrijgevestigden en GGZ-instellingen. Dit leidde onder andere tot de opkomst van ‘anderhalvelijnszorg’, initiatieven van de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen of nieuwe zorgaanbieders die gericht zijn op het bieden van kortdurende en generalistische zorg (Verhaak e.a., 2007; Ten Have, 2007; NZa, 2011). Een bekend voorbeeld hiervan is Indigo, een franchise-organisatie die in 2006 is opgericht.

Richtlijnen: stepped care aanpak

Verwacht kan worden dat de ontwikkeling en het updaten van richtlijnen de afgelopen jaren een positieve bijdrage hebben geleverd aan de kwaliteit van zorg die in de huisartsenpraktijk geboden wordt aan personen met psychische problemen. Het gaat hier om Multidisciplinaire richtlijnen, NHG-Standaarden en Landelijke Samenwerkingsafspraken.

- In 2003 werd de eerste Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de GGZ gepubliceerd, de MDR Angststoornissen. Inmiddels bestaan er 11 MDR-en. Een MDR is bedoeld voor alle disciplines – waaronder huisartsen – die betrokken zijn bij de zorg voor personen met een bepaalde psychische aandoening. Richtlijnen behoren op continue basis geactualiseerd te worden, het zijn ‘levende documenten’. Zo zijn de MDR-en voor depressie en angst – psychische problemen die vaak voorkomen in de huisartsenpraktijk – afgelopen jaren verschillende malen herzien (Spijker e.a., 2013; Van Balkom e.a., 2013). Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft meegewerkt aan de totstandkoming van deze herzieningen. Vergeleken met eerdere versies is in de huidige MDR-en het stepped care model expliciet het uitgangspunt

6 Bron: ROS-netwerk.

geworden. Hiermee wordt bedoeld dat de hulpverlener, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie kiest voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is. Het ziektebeloop en de behandeling worden regelmatig geëvalueerd door de hulpverlener en patiënt gezamenlijk, en bij onvoldoende effect wordt overgestapt op een meer intensieve interventie (Meeuwissen & Donker, 2004).

- Tussen 2003 en 2005 zijn de richtlijnen voor huisartsen – de zogeheten NHG-Standaarden – geactualiseerd die gericht zijn op de zorg voor mensen met depressie, angst of problematisch alcoholgebruik. In 2012 zijn de NHG-Standaarden Depressie en Angst voor een tweede maal herzien, waarbij aansluiting gezocht werd met de aanbevelingen in de corresponderende MDR-en. In de herziene NHG-Standaarden wordt onder meer een onderscheid gemaakt tussen klachten en stoornissen, en is er nadrukkelijk aandacht voor een stepped care aanpak waarin terughoudender omgegaan wordt met het starten met medicamenteuze behandeling en een grotere rol toegekend wordt aan het ondersteunen van zelfmanagement en de inzet van kortdurende psychologische interventies (Hassink-Franke e.a., 2012; Van Weel-Baumgarten e.a., 2012). In 2013 werd een eerste versie van de NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) gepubliceerd.
- Naast zorginhoudelijke richtlijnen, bestaan er sinds een aantal jaren ook richtlijnen voor de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen bij het verlenen van zorg aan personen met een depressieve stoornis (Romeijnders e.a., 2006), angststoornis (Vriezen e.a., 2007) of overspanning/burn-out (Bastiaanssen e.a., 2011). Deze zogeheten Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's) zijn opgesteld door het NHG en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). Het NHG heeft ook LESA's opgesteld rond psychosociale problematiek (i.s.m. de MOgroep⁷) en stoornissen in het gebruik van alcohol (i.s.m. de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde, VVGN).

Doorbraakprojecten

Er is de afgelopen jaren niet alleen aandacht besteed aan het ontwikkelen en actueel houden van richtlijnen die (mede) gericht zijn op de huisartsenzorg voor personen met psychische problemen. Vanaf 2004 zijn landelijke verbeterinitiatieven uitgevoerd – de zogeheten doorbraakprojecten – met het oogmerk om deelnemende eerstelijnssteams, bestaande uit huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners, meer te laten handelen volgens de aanbevelingen in de destijds geldende richtlijnen voor depressie en angst (Van Splunteren e.a., 2011). Er is vooral geprobeerd het stepped care model te implementeren om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Basiselementen van de doorbraakmethode zijn onder andere het toepassen van de PDCA-cyclus⁸, het formuleren van SMART-doelen (Specifiek, Meetbaar, Appellerend, Resultaatgericht en Tijdgebonden), het geven van feedback en advies aan professionals en het monitoren van kwaliteit van zorg met proces- en uitkomstindica-

7 Maatschappelijk Ondernemers Groep (MOgroep), brancheorganisatie voor welzijn, jeugd en kinderopvang.

8 PDCA staat voor Plan (plan maken), Do (testen van de verandering op kleine schaal), Check (bestuderen van resultaten) en Act (bijstellen en herhalen van verandering). De PDCA is ontworpen in het kader van kwaliteitsmanagement.

toren. Evaluatie van de doorbraakprojecten liet positieve resultaten zien wat betreft de toepassing van de stepped care werkwijze en het voorschrijven van antidepressiva op het juiste moment (Van Splunteren e.a., 2011). De aanpak in de doorbraakprojecten is daarna goed opgepakt in vele regio's in het land, vaak met ondersteuning van de ROS'en (Regionale Ondersteunings Structuren⁹). In dat kader is het belangrijk dat de budgetten van de ROS'en met ingang van 1 januari 2006 verruimd werden met een deel bestemd voor de GGZ. Alle ROS'en zijn overgegaan op het aanstellen van een regiocoördinator GGZ. Daarmee heeft de ondersteuning van initiatieven en vragen vanuit het veld een structurele plek gekregen binnen de ROS'en (Ten Have, 2007).

2.2.2 Recentere maatregelen ter versterking van de eerstelijns-GGZ: effecten op de huisartsenzorg

De effecten van de hierboven beschreven mix aan maatregelen en initiatieven op de psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk zijn niet systematisch gemonitord en geëvalueerd, zoals indertijd gebeurde rond de eerdere maatregelen in het kader van het programma 'Versterking eerstelijns-GGZ'. In de loop der tijd zijn er wel verschillende trendstudies uitgevoerd op basis van het landelijke huisartsregistratiesysteem LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg) (Nuijen e.a., 2010; Van Asch e.a., 2010; Verhaak e.a., 2012; Veerbeek e.a., 2012a). Op basis van deze studies kon nagegaan worden of verwachte veranderingen in de huisartsenzorg daadwerkelijk zijn opgetreden: zijn huisartsen vaker psychische problemen gaan diagnosticeren?; hebben ze vaker contact met patiënten met psychische problemen?; zijn ze minder vaak psychofarmaca voor gaan schrijven?; zijn ze vaker gaan doorverwijzen binnen de eerste lijn, en minder vaak naar de tweedelijns-GGZ?

Uit de meest recente trendstudie (Veerbeek e.a., 2012a) over de periode 2002-2010 bleek het volgende:

- Onverwacht was dat huisartsen tussen 2002 en 2010 veel voorkomende psychische problemen (depressie, angst en overspannenheid) niet vaker zijn gaan diagnosticeren, zowel bij volwassenen (18-64 jaar) als ouderen (65 jaar en ouder).
- Een verwachte ontwikkeling die zowel bij volwassenen als bij ouderen uitkwam, was dat – gemiddeld genomen – het aantal lange huisartsconsulten (>20 minuten) vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem toenam tussen 2006 en 2010, terwijl het aantal korte huisartsconsulten afnam. Dit kan erop wijzen dat huisartsen de afgelopen jaren uitgebreider de tijd zijn gaan nemen voor consulten vanwege een psychisch probleem.
- Huisartsen schreven tussen 2002 en 2010 steeds minder vaak antidepressiva voor bij volwassenen bij wie zij depressie of angst gediagnosticeerd hadden¹⁰. Onder ouderen was deze verwachte trend evenwel niet te zien.

9 ROS'en stimuleren integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Zij bieden advies en ondersteuning. De primaire doelgroep zijn de eerstelijnsprofessionals in de eigen regio. ROS'en vormen gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk.

10 Het voorschrijfpercentage antidepressiva bij volwassenen met een diagnose depressie daalde tussen 2002 en 2010 van 72% naar 60%; en bij volwassenen met een diagnose angst van 39% naar 31% (Veerbeek e.a., 2012).

- Conform verwachting werden volwassenen met een gediagnosticeerd psychisch probleem in de periode 2002-2010 steeds vaker door huisartsen doorverwezen binnen de eerste lijn, met name in 2008, het jaar dat eerstelijns psychologische zorg in het basispakket werd opgenomen. Ook deze trend werd niet gevonden onder ouderen; zij werden zo en zo opvallend weinig doorverwezen naar een eerstelijns-psycholoog.
- Een opvallende ontwikkeling die niet beoogd werd, was dat huisartsen in de periode 2002-2010 zowel volwassenen als ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem vaker zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns-GGZ. Deze stijgende verwijzpercentages sluiten aan bij het gestaag groeiende aantal personen dat bij tweedelijns GGZ-instellingen aanklopte in deze periode (GGZ Nederland, 2010).

Waarschijnlijke verklaringen voor het stijgende verwijzpercentage naar de tweedelijns-GGZ

De positionering van SPV-en vanuit tweedelijns GGZ-instellingen in de huisartsenpraktijk via de consultatieregeling (1999-2007) heeft hierbij waarschijnlijk een rol gespeeld. Zoals eerder beschreven, bleek dit een stimulerende werking te hebben op de verwijzing naar de tweedelijns-GGZ, ook wanneer dit niet geïndiceerd leek (Meijer & Verhaak, 2004). Daarnaast zette de overheveling van de curatieve GGZ naar Zvw per 1 januari 2008 een bredere 'voorwaarts gerichte' beweging vanuit de tweedelijns-GGZ in gang. De grote, geïntegreerde GGZ-instellingen en ook nieuwe aanbieders gingen zich richten op het creëren van een behandelaanbod voor lichte psychische problematiek. Het is waarschijnlijk dat het ontstane nieuwe aanbod van kortdurende generalistische zorg – naast het reeds bestaande 'traditionele' aanbod van eerstelijnspsychologen – voor een belangrijk deel heeft bijgedragen aan het stijgende verwijzpercentage vanuit de huisarts naar de tweedelijns-GGZ. Temeer omdat er tot 2012 nauwelijks drempels bestonden voor verwijzing naar de tweedelijns-GGZ.

2.2.3 Invoering financiële drempels naar GGZ

Om het groeiende gebruik van GGZ en de daarmee gepaard gaande stijgende kosten beheersbaar te houden, werd per januari 2012 een eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ ingevoerd. Ook werd de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg vanuit het basispakket versoerd, wat inhield dat het aantal vergoede consulten verlaagd werd van acht naar vijf per kalenderjaar en dat de eigen bijdrage verhoogd werd van €10 naar €20 per consult. De drempel om gebruik te maken van eerstelijns psychologische zorg werd ook verhoogd doordat per januari 2012 de behandeling van een aanpassingsstoornis uit het basispakket gehaald werd. In de jaren voorafgaand aan 2012 was een aanpassingsstoornis nog één van de meest gestelde diagnoses door een eerstelijnspsycholoog (Veerbeek e.a., 2012b). De eigen bijdrage voor de tweedelijns-GGZ werd in 2013 weer afgeschaft, terwijl de versoering van de vergoeding van eerstelijns psychologische zorg dat jaar gehandhaafd bleef. Dit kan een effect teweeg hebben gebracht dat tegengesteld is aan substitutie vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn.

2.3 Maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk per januari 2014

2.3.1 Bestuurlijk Akkoord en vervolgakkoord

Intussen werden door partijen in de GGZ¹¹ en het ministerie van VWS fundamentele plannen ontwikkeld om te komen tot een beheersbare groei van GGZ-gebruik en -uitgaven. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 en het daaropvolgende Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017 zijn hierover concrete afspraken gemaakt.

Een ingrijpende afspraak betrof de andere indeling van de GGZ, die per 1 januari 2014 verwezenlijkt is. In plaats van de 'oude' ordening waarin een onderscheid gemaakt werd tussen huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns-GGZ, wordt er nu een onderscheid gemaakt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Beoogd wordt dat de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en de generalistische Basis-GGZ een aanzienlijk deel van de patiënten overnemen die tot 2014 nog in de tweedelijns-GGZ werden geholpen, zodat een gespecialiseerde GGZ ontstaat die zich vooral richt op het herstel of de rehabilitatie van personen met ernstige en complexe psychische stoornissen. Eerstelijns psychologische zorg is onderdeel geworden van de generalistische Basis-GGZ, en voor dit echelon is per januari 2014 een nieuwe bekostigingssystematiek ingevoerd op basis van een viertal zorgvraagzwaarteproducten (NZa, 2013a, 2013b). Afgesproken is dat de generalistische Basis-GGZ alleen toegankelijk is via de huisarts of andere hulpverlener (bv. jeugdarts, bedrijfsarts), en dat behandeling in dit echelon alleen gestart wordt als er sprake is van een psychische stoornis die gepaard gaat met een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren. Behandeling van mildere psychische klachten is het domein van de huisarts en de POH-GGZ. Daarnaast is het streven dat de huisartsenzorg meer patiënten met psychische problemen stimuleert tot zelfzorg. De verwachting is dat door deze substitutie van zorg - van gespecialiseerde GGZ naar generalistische Basis-GGZ naar huisartsenzorg naar zelfzorg - de kostenontwikkeling in de GGZ meer beheersbaar wordt. Tegelijkertijd dient de invoering van de nieuwe echelonnering en de daarmee beoogde verschuivingen van patiëntstromen, geen nadelige gevolgen te hebben voor de kwaliteit van geleverde zorg.

De drempel voor de toegang tot de GGZ wordt ook verhoogd doordat voor behandeling in de huisartsenzorg geen eigen risico geldt, terwijl zowel de generalistische Basis-GGZ als de gespecialiseerde GGZ wel onder het eigen risico binnen de zorgverzekering vallen. Dit kan vanuit patiënten een prikkel zijn om binnen de huisartsenzorg hulp te willen ontvangen, en niet doorverwezen te willen worden naar de meer gespecialiseerde echelons. Daarnaast wordt vanuit zorgverzekeraars een sturende rol verwacht in het realiseren van de beoogde substitutie van zorg. In de contractering van 2014 hebben verzekeraars hierover eerste afspraken gemaakt (Q-Consult, 2014).

11 Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, patiënten- en familieorganisaties.

2.3.2 Maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk (januari 2014)

Om huisartsen in staat te stellen om een deel van de populatie uit de gespecialiseerde GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ) over te nemen en de gewenste sterke poortwachtersrol te vervullen, zijn per januari 2014 verdere ondersteunende maatregelen voor de huisartsenzorg ingevoerd. Hierdoor staat de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk misschien wel meer dan ooit in de belangstelling.

Verdere versterking functie POH-GGZ

Per 1 januari 2014 zijn wijzigingen in de regeling POH-GGZ ingevoerd met als oogmerk de ondersteuningsfunctie GGZ in de huisartsenpraktijk verder te versterken (NZa, 2013c, 2013d). Na de verruiming in 2013¹², is het inschrijftarief in 2014 nog verder verruimd, zodat het mogelijk is om maximaal 12 uur per week POH-GGZ per normpraktijk (2350 patiënten) te contracteren. Daarnaast kan het inschrijftarief niet alleen gebruikt worden voor de inzet van de functionaris POH-GGZ, maar ook voor e-mental health toepassingen en consultatieve raadpleging van GGZ-hulpverleners (psycholoog, psychiater, etc.). Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars overgelaten welk deel van het inschrijftarief POH-GGZ gebruikt wordt voor de bekostiging van e-health en consultatie. Vanaf 2014 kunnen ook andere zorgaanbieders (dan de huisartsenpraktijk c.q. het gezondheidscentrum) de functie POH-GGZ contracteren en organiseren. Deze 'indirecte' organisatie (door bv. een GGZ-instelling of een zorggroep) kan een uitkomst bieden voor huisartsenpraktijken of gezondheidscentra die nog niet willen of kunnen investeren in het zelf ('direct') organiseren van de ondersteuningsfunctie (NZa, 2013c). Tot slot is het per 1 januari 2014 mogelijk om geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornissen en problematisch alcoholgebruik¹³ te bekostigen vanuit de module POH-GGZ. Het gaat hier om groepscursussen.

Verwijsmodel huisartsenzorg

De huisarts speelt in het nieuwe stelsel een cruciale rol in het bepalen van het behandel-echelon van patiënten. Om de huisarts daarbij te ondersteunen is een verwijsmodel ontwikkeld (Bakker & Jansen, 2012). Dit omvat vijf criteria (vermoeden DSM-benoemde stoornis; ernst problematiek; risico; complexiteit; en beloop klachten) aan de hand waarvan de huisarts (al dan niet ondersteund door de POH-GGZ) de zwaarte van de zorgvraag van een persoon met psychische problemen kan inschatten. Op basis van deze beoordeling kan bepaald worden of de persoon in de huisartsenzorg behandeld kan worden, of dat verwijzing naar de generalistische Basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ meer passend is. Met het verwijsmodel wordt beoogd dat de huisarts gericht verwijst naar de meer gespecialiseerde echelons.

12 In 2013 werd het mogelijk om maximaal 9 uur per week POH-GGZ per normpraktijk te contracteren i.p.v. maximaal 4,5 uur per week in voorgaande jaren.

13 Het gaat hier om personen met een hoog risico op een depressieve stoornis, paniekstoornis of stoornis in het gebruik van alcohol. Geïndiceerde preventie van deze stoornissen behoort tot het takenpakket van de huisarts en POH-GGZ.

Opgemerkt dient te worden dat de verwijscriteria gebaseerd zijn op deskresearch, registratiegegevens en ervaringsdeskundigheid (Bakker & Jansen, 2012). De wijze waarop de vijf verwijscriteria in de dagelijkse praktijk beoordeeld moeten worden is overgelaten aan het veld. In het Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017¹⁴ - opgesteld medio 2013 - is afgesproken om hiervoor een uniform screeningsinstrument voor de huisarts te ontwikkelen.

De effecten van de nieuwste maatregelen zijn nog onduidelijk

Omdat het nieuwe GGZ-stelsel en bijbehorende nieuwste maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk pas recent zijn ingevoerd, is het nog onbekend of hiermee de beoogde doelen bereikt worden. 2014 en verder zal een transitieperiode zijn, waarin door aanbieders en verzekeraars handen en voeten gegeven moet worden aan de maatregelen. Daarbij kunnen ook onbedoelde effecten optreden. De NZa wijst bijvoorbeeld op het mogelijke risico dat huisartsen niet goed in staat zijn hun rol als poortwachter van de GGZ te vervullen en te snel of onjuist verwijzen, waardoor er gebruik gemaakt wordt van de generalistische Basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ, terwijl dit niet geïndiceerd is (NZa, 2013d). Een ander mogelijk risico waar de NZa op wijst is dat huisartsen en GGZ-aanbieders onderlinge belangen kunnen hebben, waardoor de onafhankelijkheid van huisartsen bij het verwijzen in het gedrang kan komen (NZa, 2013d). Wanneer een huisarts bijvoorbeeld samenwerkt met een GGZ-aanbieder die POH's-GGZ en consultatie organiseert en levert, zou hij of zij hierdoor de neiging kunnen hebben om sneller en vaker door te verwijzen naar deze GGZ-aanbieder. De nabije toekomst zal moeten uitwijzen – onder meer via de Monitor Basis-GGZ die van start zal gaan – of dit soort risico's goed te ondervangen zijn en de beoogde substitutie van zorg daadwerkelijk bereikt wordt.

2.4 Beschouwing en conclusie

Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk in de afgelopen 15 jaar: beleidsmaatregelen, richtlijnontwikkeling en -implementatie

De terugblik die in dit hoofdstuk gepresenteerd is, maakt duidelijk dat er in de afgelopen 15 jaar diverse maatregelen ingezet zijn ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk, zoals de consultatieregeling (1999-2007) en in het verlengde daarvan de introductie van de functie POH-GGZ (sinds 2008). Daarnaast zijn er in deze periode diverse richtlijnen op het gebied van GGZ (NHG-Standaarden, Multidisciplinaire richtlijnen en samenwerkingsrichtlijnen) ontwikkeld en herzien, en zijn verbeterinitiatieven uitgevoerd om huisartsen meer te laten handelen volgens de richtlijnaanbevelingen.

14 Het vervolgakkoord op het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2012-2014.

Het streven naar een sterkere GGZ in de huisartsenpraktijk heeft positieve effecten gehad, maar er waren ook niet beoogde ontwikkelingen

Evaluaties die in de loop der tijd zijn uitgevoerd lieten zien dat de beleidsmaatregelen, richtlijnontwikkeling en -implementatie positieve effecten hebben gehad. Voorbeelden hiervan zijn dat huisartsen tussen 2001 en 2005 een betere samenwerking met de tweedelijns-GGZ ervoeren door de inzet van SPV-en in de huisartsenpraktijk; en dat huisartsen tussen 2002 en 2010 terughoudender werden in het voorschrijven van antidepressiva bij volwassenen met depressie of angst. Echter, er waren ook niet beoogde ontwikkelingen, waarvan het stijgende verwijzingspercentage van de huisarts naar de tweedelijns-GGZ een opvallende was.

Waarschijnlijke verklaringen voor het vaker verwijzen naar de tweedelijns-GGZ

- De detachering van SPV-en vanuit tweedelijns GGZ-instellingen in de huisartsenpraktijk via de consultatieregeling (1999-2007) heeft hierbij waarschijnlijk een rol gespeeld.
- Met de overheveling van de curatieve GGZ naar de Zvw per januari 2008 zijn de brede, geïntegreerde GGZ-instellingen en nieuwe zorgaanbieders zich gaan richten op het creëren van een behandelaanbod voor lichte psychische problematiek.

Sinds januari 2014: hogere drempels voor verwijzing naar de GGZ

Met de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel per januari 2014 zijn verschillende drempels opgeworpen voor het kunnen doorverwijzen vanuit de huisartsenpraktijk naar de GGZ. De generalistische Basis-GGZ is uitsluitend toegankelijk voor patiënten met lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen; de gespecialiseerde GGZ is bedoeld voor patiënten met ernstige, complexe stoornissen. Het eigen risico geldt niet voor behandeling in de huisartsenzorg, maar wel voor behandeling in de generalistische Basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Van zorgverzekeraars wordt een sturende rol verwacht in het realiseren van de beoogde substitutie van zorg.

Sinds januari 2014: ondersteuning van de huisarts door verdere versterking van de functie POH-GGZ en een verwijzingsmodel

Om huisartsen in staat te stellen meer patiënten met psychische problemen op te vangen, is de functie POH-GGZ per januari 2014 verruimd en gefunctionaliseerd. Ter ondersteuning van de rol van de huisarts als poortwachter van de GGZ is een verwijzingsmodel ontwikkeld, aan de hand waarvan bepaald kan worden of behandeling in de huisartsenzorg aangewezen is, of verwijzing naar de generalistische Basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

Conclusie

Er is afgelopen 15 jaar veel gedaan om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken, met wisselend succes. Met de nieuwe ordening van de GGZ speelt de huisartsenzorg een nog crucialere rol dan voorheen in de herkenning, diagnostiek, behandeling en verwijzing van mensen met psychische problemen. Nagegaan zal moeten worden of de nieuwste maatregelen die de huisarts daarbij moeten ondersteunen bruikbaar en effectief zijn.

3 Ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ: wat zijn de bevindingen van onderzoek uitgevoerd tussen 2008 en 2013?

Hoofdbevindingen

- April 2013 maakte naar schatting 47% van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ.
- Het merendeel van de POH's-GGZ (61%) had een achtergrond als SPV en zij werkten gemiddeld 15 uur per week als POH-GGZ.
- POH's-GGZ voeren het merendeel van de beoogde patiëntgebonden taken uit in de dagelijkse praktijk, zoals die omschreven staan in het functieprofiel en de prestatiebeschrijving.
- Er bestaat regionale en lokale variatie tussen POH's-GGZ wat betreft contactfrequentie met patiënten en verwijsgedrag
- Zowel huisartsen en patiënten als POH's-GGZ zelf, zijn over het algemeen tevreden over de functie.
- Verbetersuggesties POH-GGZ:
 - Meer wijkgericht (outreaching) werken.
 - Een grotere rol bij de zorg voor jongeren en ouderen.
 - Een grotere rol bij het bieden van gezondheidsbevordering, (terugval) preventie en het begeleiden van zelfmanagement, al dan niet in de vorm van e-health.
 - Meer tijd voor niet-patiëntgebonden taken, zoals de communicatie en samenwerking met de huisarts en andere disciplines, deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering.
 - Informatievoorziening naar de patiënt toe (over hulpaanbod, werkwijze en terugkoppeling naar huisarts).
- Kennislacunes:
 - De rol die de POH-GGZ in de praktijk speelt bij het begeleiden van patiënten met stabiele chronische problematiek, en eventuele ervaren knelpunten daarbij.
 - De mogelijke invloed van de wijze van organisatie en contractering op de werkzaamheden en het verwijsgedrag van POH's-GGZ.
 - De (kosten)effectiviteit van de door POH's-GGZ geboden hulp.

Een belangrijke maatregel om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken vormt de invoering van de functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) per januari 2008. De functie wordt onder de regie en verantwoordelijkheid van de huisarts uitgevoerd. Sinds de introductie van de functie zijn er diverse studies uitgevoerd naar de inzet van, de werkzaamheden van en de ervaringen met de POH-GGZ in de dagelijkse praktijk. Deze studies, uitgevoerd tussen 2008 en 2013, werden geïdentificeerd via het doorzoeken van relevante databanken en websites (zie Bijlage 1). In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de bevindingen. Paragraaf 3.2 gaat daarbij in op onderzoek op landelijk niveau en paragraaf 3.3 op onderzoek op regionaal of lokaal niveau. Voorafgaand aan de bespreking van het uitgevoerde studies wordt in paragraaf 3.1 ingegaan op de functiebeschrijving van de POH-GGZ en de ontwikkelingen in de bekostiging van de functie. Het hoofdstuk eindigt met een beschouwing van de belangrijkste bevindingen en een conclusie (paragraaf 3.4).

3.1 De functie POH-GGZ: functieomschrijving en ontwikkelingen in de bekostiging

Functieomschrijving

In opdracht van het Ministerie van VWS werd in 2007 een eerste invulling aan de functie POH-GGZ gegeven door de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) (Ten Have, 2007). Op basis hiervan werd een zogenoemd startprofiel van de POH-GGZ ontwikkeld door de beroepsorganisaties V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen¹⁵ en de NVMW¹⁶ (Leene & Verberk, 2008). In het startprofiel worden drie taakgebieden onderscheiden: a) een patiëntgebonden taakgebied, b) een beroepsgebonden taakgebied en c) een organisatiegebonden taakgebied. In het patiëntgebonden taakgebied worden als kerntaken genoemd: vraagverheldering, begeleiding, overleg en advies, continuïteit van ketenzorg en casemanagement, en preventie. Een beroepsgebonden kerntaak is de kwaliteitsbewaking van de functie-uitoefening, door middel van deskundigheidsbevordering en het uitvoeren van onderzoek naar de functie. Voorbeelden van kerntaken op het organisatorische vlak zijn patiëntgegevensbeheer, kwaliteitsbewaking en innovatie, bijvoorbeeld ten behoeve van het zorgbeleid, en netwerken met relevante partners in de keten.

Om de functie POH-GGZ verder te ontwikkelen en te implementeren werd in 2010 het platform POH-GGZ opgericht. In 2013 is dit platform opgegaan in de Landelijke Vereniging POH-GGZ (www.poh-ggz.nl). Deze vereniging stelt zich onder andere ten doel de functie POH-GGZ verder te ontwikkelen, de kwaliteit te bewaken en de deskundigheid te bevorderen. Op dit moment is de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) bezig met de ontwikkeling van een nieuw functieprofiel. Dit gebeurt in samenspraak met de Landelijke Vereniging POH-GGZ.

15 Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

16 Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkbassist

Naast het startprofiel heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) een prestatiebeschrijving voor de functie POH-GGZ opgesteld met als doel contractpartijen een duidelijke basis te bieden voor hun lokale afspraken. Volgens de meest recente prestatiebeschrijving betreft de functie POH-GGZ zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan alle patiënten met klachten van (mogelijk) psychische, psychosociale of psychosomatische aard (NZA, 2013a). De activiteiten die onder de functie POH-GGZ vallen zijn: probleemverheldering en het uitvoeren van screeningsdiagnostiek, het opstellen en het bespreken van een vervolgstappenplan, het geven van psycho-educatie, het begeleiden en ondersteunen van zelfmanagement, het aanbieden van interventies gericht op het verbeteren van het functioneren van patiënten met psychische klachten en het aanbieden van vormen van preventie (geïndiceerde en zorggerelateerde preventie, alsook terugvalpreventie). Naast deze activiteiten behoren indirect patiëntgebonden activiteiten (bv. dossiervorming) en niet-patiëntgebonden activiteiten (bv. deskundigheidsbevordering) ook bij de functie. In de prestatiebeschrijving wordt aangegeven dat door de invoering en doorontwikkeling van de generalistische Basis-GGZ vanaf 2014, de zorgactiviteiten die onder de functie POH-GGZ vallen kunnen gaan wijzigen.

Veranderingen in de bekostiging

De vergoeding van de huisartsenzorg bestaat uit een vaste abonnementsvergoeding per ingeschreven patiënt per jaar en een vergoeding per verrichting (NZA, 2011a). Voor de financiering van de POH-GGZ kunnen huisartsen sinds 2008 gebruik maken van een regeling waarbij de kosten van de inzet van een POH-GGZ (loonkosten, infrastructurele voorzieningen en extra managementtijd) worden vergoed (NZA, 2011b). Desondanks kwam de invoering van de functie POH-GGZ na de introductie in 2008 langzaam op gang (LVG, 2008). Om het gebruik van de functie te stimuleren werd de financieringsregeling in 2009 verruimd. De limitering van het aantal declarabele contacten per jaar per patiënt werd afgeschaft en het takenpakket van de POH-GGZ werd verruimd, waardoor deze kortdurende behandelingen kon uitvoeren. Tot slot werd de vergoeding voor de loonkosten van de POH-GGZ verhoogd. Het maximale aantal in te zetten POH-GGZ uren was 4,5 uur per week per normpraktijk van 2.350 mensen. Aangezien deze verruiming een duidelijke stimulans was voor de uitrol van de functie POH-GGZ werd deze voortgezet tot 2013 (NZA, 2011a; NZA, 2013b). Conform de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 werd in 2013 een verdere verruiming van kracht en werd het mogelijk om maximaal 9 uur per week POH-GGZ per normpraktijk te contracteren.

Per januari 2014 zijn verdere wijzigingen in de regeling POH-GGZ doorgevoerd met als oogmerk de ondersteuningsfunctie GGZ in de huisartsenpraktijk verder te versterken (NZA, 2013c):

- Het inschrijftarief POH-GGZ is verhoogd, zodat een POH-GGZ maximaal 12 uur per week per normpraktijk ingezet kan worden.
- Het inschrijftarief kan flexibel ingezet worden, wat inhoudt dat de zorgaanbieder het tarief naast personele inzet van een POH-GGZ, ook mag inzetten voor e-health en consultatieve raadpleging van meer gespecialiseerde GGZ-hulpverleners (zoals

een psycholoog of psychiater). Verder is het ook mogelijk geïndiceerde preventie (groeps cursussen) te bekostigen vanuit de regeling POH-GGZ.

- Ook andere zorgaanbieders (dan de huisartsenpraktijk c.q. het gezondheidscentrum) kunnen de module POH-GGZ contracteren en organiseren, onder de voorwaarde dat de zorg als huisartsenzorg aangeboden wordt. Deze functionalisering van de module POH-GGZ kan een uitkomst bieden voor huisartsenpraktijken of gezondheidscentra die niet zelf ('direct') de ondersteuningsfunctie willen organiseren. In alle gevallen blijft de huisarts zelf zorginhoudelijk verantwoordelijk voor de functie POH-GGZ.

3.2 Landelijk onderzoek naar de POH-GGZ in de dagelijkse praktijk

Vanaf 2008 tot en met 2013 zijn er in Nederland op landelijk, regionaal en lokaal niveau verschillende studies verricht naar de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk. Via een literatuursearch werden in totaal tien studies gevonden, waarvan vier op landelijk niveau, drie op regionaal niveau en drie op lokaal niveau. De search omvatte het doorzoeken van relevante databanken en websites (zie Bijlage 1). Het is mogelijk dat er meer onderzoek is gedaan naar de functie POH-GGZ, maar dat dit niet werd gevonden via de uitgevoerde search. Immers, niet alle onderzoeken worden in rapportvorm of artikelvorm gepubliceerd.

In deze paragraaf worden de resultaten van vier landelijk uitgevoerde studies besproken (zie Bijlage 2 voor een overzicht van de kenmerken van de studies).

3.2.1 Inzet van de POH-GGZ

De afgelopen jaren is de inzet van de POH-GGZ gestaag toegenomen. Gegevens van het netwerk van de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS-netwerk) laten zien dat per 1 oktober 2009 11% van de huisartsen gebruik maakte van een POH-GGZ en dat dit percentage is gestegen tot 47% per 1 april 2013 (zie tabel 3.1).

Twee landelijke enquêtes die de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in respectievelijk 2010 en 2013 heeft uitgevoerd onder haar leden, vormen een andere informatiebron. Uit de enquête in 2010 bleek dat de helft van de huisartsen met een POH-GGZ werkte of overwoog deze in te zetten. Uit de enquête in 2013 kwam naar voren dat ruim 60% van de huisartsen samenwerkte met een POH-GGZ. Opgemerkt dient te worden dat vanwege de lage respons op beide enquêtes (resp. 6% en 7%) het de vraag is in hoeverre de resultaten representatief zijn voor de Nederlandse huisartspopulatie.

Tabel 3.1 Het percentage huisartsen dat gebruik maakt van een POH-GGZ, gemiddeld aantal uur per week dat POH's-GGZ werkzaam zijn in deze functie, en het percentage POH-GGZ naar beroepsmatige achtergrond

	Per 1-10 2009	Per 1-10 2010	Per 1-10 2011	Per 1-10 2012	Per 1-4 2013
Aantal POH-GGZ	n = 139	n = 318	n = 568	n = 761	n = 961
Huisartsen dat gebruik maakt van een POH-GGZ (%)	11	21	34	43	47
Uren per week werkzaam in functie van POH-GGZ (gem.)	- *	13	15	15	15
Beroepsmatige achtergrond (% POH's-GGZ):					
SPV	39	70	63	66	61
AMW	10	9	7	6	8
HBO-V/B-verpleegkundige	12	4	6	2	8
HBO-psychologie	0	2	2	6	2
Universitair psychologie	22	11	8	10	12
Overig/niet bekend	18	4	15	10	11

SPV = Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, AMW = Algemeen Maatschappelijk Werker

* Pas na de eerste peildatum zijn deze gegevens verzameld

Bron: ROS-netwerk

3.2.2 Dienstverband POH-GGZ

Een enquête van het NIVEL (uitgevoerd in 2010) geeft informatie over het dienstverband van de POH-GGZ. Deze enquête werd in samenwerking met de ROS'en uitgezet onder 119 POH's-GGZ, van wie er 76 (64%) respondeerden (Verhaak e.a., 2010). De responderende POH's-GGZ waren werkzaam bij in totaal 474 huisartsen op 146 praktijkadressen. Ongeveer twee derde van deze praktijken bevond zich in het zuiden van het land; de andere praktijken waren gelijkmatig verdeeld over Nederland. Uit de enquête bleek dat ruim de helft (55%) van de POH's-GGZ gecontracteerd was door een huisartsenpraktijk, een gezondheidscentrum, een zorggroep of een coöperatie van huisartsen. Van de resterende 45% was bijna een kwart gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling en 20% vanuit het algemeen maatschappelijk werk of via bedrijven die huisartsen op facilitair en organisatorisch gebied ondersteunen (service organisatie) en van daaruit POH's-GGZ aanbieden aan huisartsen.

Ten opzichte van de NIVEL-enquête uit 2010, vond de LHV-enquête die in datzelfde jaar werd uitgevoerd een wat hoger percentage POH's-GGZ dat gecontracteerd werd door de huisartsvoorziening (62% vs. 55%). In de enquête van de LHV afgenomen in 2013 werd onderscheid gemaakt tussen vijf categorieën. De resultaten laten zien dat bij ruim een kwart van de huisartsen (27%) de POH-GGZ in dienst was van de praktijk en dat bij een ander kwart de POH-GGZ gedetacheerd was vanuit een zorggroep. Bij 38% van de huisartsen was de POH-GGZ gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling. Bijna 3% van de huisartsen maakte gebruik van een POH-GGZ met een ZZP contract. Bij de resterende huisartsen (<8%) was de POH-GGZ op een manier georganiseerd die niet paste bij een van de voornoemde categorieën. Zoals eerder vermeld, dient in het achterhoofd gehouden te worden dat de respons op de LHV-enquêtes laag was.

3.2.3 Achtergrond POH-GGZ

Uit de inventarisatie van het ROS-netwerk blijkt dat ruim 60% van de POH's-GGZ een achtergrond als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) had (zie tabel 3.1). De resultaten van de enquêtes van de LHV en het NIVEL uit 2010 bevestigen dit beeld. In de LHV-enquête wordt vermeld dat de POH's-GGZ grotendeels een SPV achtergrond hebben (zonder exacte cijfers te geven) en in de NIVEL studie had de helft van de POH's-GGZ een SPV achtergrond (Verhaak e.a., 2010). In de LHV-enquête van 2013 is niet naar de achtergrond van de POH-GGZ gevraagd.

In de meest recente peiling van het ROS-netwerk (1 april 2013) is een lichte verschuiving zichtbaar in de beroepsachtergrond van de POH-GGZ ten opzichte van de voorgaande peiling per 1 oktober 2012. Het percentage POH's-GGZ met een achtergrond als SPV daalde in dit half jaar (van 66% naar 61%), terwijl de percentages POH's-GGZ met een achtergrond als algemeen maatschappelijk werker (van 6% naar 8%) of universitair opgeleid psycholoog (van 10% naar 12%) wat gestegen zijn. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de 'pool' van SPV-en wat opgedroogd begint te raken.

3.2.4 Werkzaamheden van de POH-GGZ

De enquêtes van de LHV (2010) en het NIVEL (Verhaak e.a., 2010) laten vergelijkbare resultaten zien. Volgens de LHV-enquête hield de POH-GGZ zich vooral bezig met de inventarisatie van klachten, diagnostiek, korte behandeling en begeleiding. Uit het NIVEL onderzoek kwamen probleemverheldering, psycho-educatie, kortdurende behandeling als meest uitgevoerde taken naar voren. In dit onderzoek werd geen verschil in taakuitoefening gevonden tussen de POH's-GGZ in dienst van de huisarts en de POH's-GGZ gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling, het algemeen maatschappelijk werk of een service organisatie. Uit het NIVEL onderzoek bleek verder dat de POH's-GGZ gemiddeld vier à vijf contacten hadden met een patiënt, waarbij een contact ongeveer drie kwartier duurde. De POH's-GGZ werkten ongeveer twee dagen per week in de huisartsenpraktijk, wat erin resulteerde dat er per POH-GGZ bijna zestig patiënten per maand gezien werden. Dit is vergelijkbaar met de inventarisatie van het ROS-netwerk, waaruit blijkt dat het aantal werkzame uren in de functie POH-GGZ gemiddeld 15 uur per week was in de drie meest recente peilingen (oktober 2011, oktober 2012 en april 2013) (zie tabel 3.1).

3.2.5 Ervaringen van huisartsen en van POH's-GGZ zelf

Uit de enquête van de LHV uitgevoerd in 2010 kwam naar voren dat huisartsen tevreden zijn over de POH-GGZ. De POH-GGZ functioneerde goed, nam veel werk uit handen en volgens de huisartsen waren de patiënten tevreden. In de NIVEL enquête (Verhaak e.a., 2010) is gekeken naar de ervaringen van de POH's-GGZ zelf. Zij zagen als belangrijkste voordelen de afwisseling in het werk, de zelfstandigheid, de pioniersfunctie, het directe contact met patiënten en de korte lijn met de huisarts. Tijdsbrek werd door hen het

vaakst genoemd als knelpunt in de uitoefening van de functie (35%), gevolgd door het missen van een sociale kaart (20%).

3.3 Regionaal en lokaal onderzoek naar de POH-GGZ in de dagelijkse praktijk

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van in totaal acht studies die werden uitgevoerd in drie regio's (Gooi & Vechtstreek, West-Overijssel en provincie Groningen) en drie steden (Amsterdam, Enschede en Groningen) (zie Bijlage 2 voor een overzicht van de kenmerken van de studies). In bijna alle regionale en lokale studies ging het om POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-instelling, meestal met een achtergrond als SPV. In de studie uitgevoerd in het Medisch Centrum Eudokia in Enschede waren de POH's-GGZ gedetacheerd vanuit het algemeen maatschappelijk werk (Van Hoof & Walstock, 2010). Alleen aan de studie die uitgevoerd werd in de provincie Groningen namen ook POH's-GGZ (n=9; 47%) deel die in dienst waren van de huisartsenpraktijk (Verhaak e.a., 2012). In het onderzoek dat plaatsvond in het Gezondheidscentrum West in Groningen werd de praktijkondersteuner 'Consulent Geestelijke Gezondheid' genoemd werd (Noordman & Verhaak, 2009). Voor de leesbaarheid wordt in plaats hiervan in de verdere tekst de term POH-GGZ gebruikt.

3.3.1 Patiëntenpopulatie van de POH-GGZ en wijze van instroom

De bevindingen van de vier studies die rapporteren over het geslacht en de leeftijd van de patiënten komen grotendeels overeen (Noordman & Verhaak, 2009; Van Hoof & Walstock, 2010; Ter Horst & Haverkamp, 2012; Verhaak e.a., 2012; Vink, 2013). De meeste patiënten waren vrouwen, met percentages lopend van 63% (in Medisch Centrum Eudokia in Enschede) tot 75% (in Amsterdam), en in de leeftijd tussen de 18 en 60 jaar.

Zes studies hebben gekeken naar de meest voorkomende klachten waarmee patiënten zich melden bij de POH-GGZ (Noordman & Verhaak, 2009; Van Hoof & Walstock, 2010; Nijboer 2011; Dozeman & Van Straten, 2012; Verhaak e.a., 2012; Vink, 2013). De resultaten zijn vergelijkbaar: spanning, depressie, angst en relationele- en werkgerelateerde klachten werden het vaakst gepresenteerd.

Uit vier studies blijkt dat de meeste patiënten via de huisarts naar de POH-GGZ verwezen werden: in de Gooi & Vechtstreek betrof het 85% van de patiënten (Ter Horst & Haverkamp, 2012), in Gezondheidscentrum Groningen West 69% (Noordman & Verhaak, 2009) en in Amsterdam 55% (Vink, 2013). In de studie uitgevoerd in Medisch Centrum Eudokia in Enschede wordt geen specifiek percentage genoemd (Van Hoof & Walstock, 2010). Naast verwijzingen via de huisarts, meldden patiënten zichzelf aan bij de POH-GGZ of werden ze door de huisartsassistent of een andere hulpverlenende organisatie (bv. een herstellingsoord of een fysiotherapiepraktijk) verwezen.

Zowel in de studie in het Medisch Centrum Eudokia (van Hoof & Walstock, 2010) als in

de Amsterdamse studie (Dozeman & van Straten, 2012) zijn huisartsen en POH's-GGZ gevraagd naar het verwijsgedrag van huisartsen naar de POH's-GGZ. Aangegeven werd dat het aantal verwijzingen naar de POH-GGZ sterk verschilde per huisarts. De onderzoekers in het Medisch Centrum Eudokia gaven als mogelijke verklaringen dat praktijken variëren wat betreft patiëntenpopulatie en dat er verschillen bestaan tussen huisartsen wat betreft de aandacht voor psychische problematiek. De POH's-GGZ in Amsterdam gaven aan dat wederzijdse bekendheid een rol speelt in het verwijsgedrag van huisartsen. De POH's-GGZ hadden het idee dat hoe beter de huisarts de POH-GGZ en diens kwaliteiten kent hoe vaker de huisarts verwijst.

3.3.2 De werkzaamheden van de POH-GGZ

Patiëntgebonden werkzaamheden

Vijf studies hebben gekeken naar de werkzaamheden van de POH-GGZ (Noordman & Verhaak, 2009; Nijboer 2011; Dozeman & Van Straten, 2012; Verhaak e.a., 2012; Vink, 2013). Dit werd op verschillende manieren gedaan (o.a. op basis van gegevens uit het huisartseninformatiesysteem (HIS) en/of bevraging van patiënten, huisartsen of POH's-GGZ zelf; zie Bijlage 2). Uit de studies kwam naar voren dat de POH's-GGZ zich voornamelijk bezighielden met probleem- of vraagverheldering, behandeling/begeleiding, advisering en ondersteuning bij verwijzing. Een uitzondering vormde het Gezondheidscentrum West in Groningen, waar de voornaamste taak van de POH-GGZ was om patiënten te verwijzen, zodat deze zo snel mogelijk op de juiste plaats voor behandeling terecht kwamen (Noordman & Verhaak, 2009). In de Amsterdamse studie gaven zowel huisartsen als POH's-GGZ aan dat ook de begeleiding van patiënten met stabiele chronische problematiek tot het takenpakket van de POH-GGZ behoort. Uit het onderzoek wordt niet duidelijk of en in welke mate deze begeleiding in de praktijk plaatsvindt. In het onderzoek in West-Overijssel gaven huisartsen aan dat de POH-GGZ zich ook bezighoudt met casemanagement.

Alleen in de studie uitgevoerd in de provincie Groningen (Verhaak e.a., 2012) kon een vergelijking gemaakt worden tussen de werkzaamheden van POH's-GGZ die in dienst waren van de huisartsenpraktijk en degenen die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-instelling. Het bleek dat POH's-GGZ in dienst van een instelling niet meer op behandeling georiënteerd zijn dan POH's-GGZ in dienst van een huisarts.

Contacten

De studies laten variatie zien wat betreft het gemiddeld aantal contacten dat een POH-GGZ had met een patiënt en wat betreft de gemiddelde consultduur. In vijf studies werden de volgende gemiddelde contactfrequenties gevonden: 2 (Gezondheidscentrum West in Groningen en de provincie Groningen), 4 (Medisch Centrum Eudokia in Enschede), 5 (Gooi & Vechtstreek) en 6 (Amsterdam). In de Amsterdamse studie (Dozeman & Van Straten, 2012) werd de gemiddelde consultduur geschat door POH's-GGZ, waarbij een onderscheid gemaakt werd tussen de duur van het eerste consult en het vervolgconsult. Een eerste consult werd geschat op gemiddeld 46 minuten en een vervolgconsult op

gemiddeld 36 minuten. De studie in West-Overijssel liet zien dat de consulten (zonder onderscheid te maken tussen eerste en vervolgsconsulten) tussen de 30 en 45 minuten duurden. Een gemiddelde consultduur werd niet gerapporteerd.

Verwijzingen door POH's-GGZ

In vier studies werd het verwijsgedrag van de POH's-GGZ onderzocht (Noordman & Verhaak, 2009; Van Hoof & Walstock, 2010; Dozeman & Van Straten, 2012; Verhaak e.a., 2012). De bevindingen variëren aanzienlijk. In Gezondheidscentrum West in Groningen werden alle patiënten verwezen: 54% van de patiënten naar de ambulante tweedelijns-GGZ, 39% naar de eerstelijnspsycholoog en 7% naar een psychotherapeut. Dat alle patiënten verwezen werden is niet verrassend, omdat de POH's-GGZ in dit gezondheidscentrum (consulenten geheten) voornamelijk de taak hadden patiënten te verwijzen zodat zij zo snel mogelijk op de juiste plaats voor behandeling terecht kwamen. In de studie uitgevoerd in Amsterdam gaven de POH's-GGZ aan het meest naar de tweedelijns-GGZ te verwijzen (variërend van 4% van de patiënten met spanningsklachten tot 79% van de patiënten met een psychose). Soms verwezen ze naar de eerstelijnspsycholoog (variërend van 2% van de patiënten met depressiviteit, spanningsklachten of somatisatie tot 20% van de patiënten met relationele problemen) of algemeen maatschappelijk werk (variërend van 1% van de patiënten met een psychose tot 5% van de patiënten met werkgebonden klachten). In het Medisch Centrum Eudokia (Enschede) verwezen POH's-GGZ ongeveer 8% van hun patiënten naar de tweedelijns-GGZ of verslavingszorg. Ongeveer 7% van de patiënten werd door hen binnen de eerste lijn verwezen, naar een eerstelijnspsycholoog of naar het algemeen maatschappelijk werk (Van Hoof & Walstock, 2010). De studie in de provincie Groningen liet zien dat POH's-GGZ het meest verwezen binnen de eerste lijn (19%), en wat minder vaak naar de tweedelijns-GGZ (13%) (Verhaak e.a., 2012). In deze studie werd geen verschil gevonden in aantallen verwijzingen tussen POH's-GGZ in dienst van de huisarts en POH's-GGZ die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-instelling.

Niet-patiëntgebonden werkzaamheden

Drie studies hebben hier aandacht aan besteed (Van Hoof & Walstock, 2010; Nijboer, 2011; Dozeman & Van Straten, 2012). In het Medisch Centrum Eudokia in Enschede werd de POH-GGZ functie uitgevoerd door een maatschappelijk werker. Deze had de taak een brug te creëren tussen de eerstelijns gezondheidszorg en de lokale netwerken voor psychosociale hulp- en dienstverlening, zoals de Zorgadviesteams en Wijkzorgteams (van Hoof & Walstock, 2010). Een van de bevindingen was dat met de komst van de POH-GGZ er meer contacten waren gelegd tussen huisartsen en de andere hulpverleners en instanties in de wijk. In Amsterdam zagen de meeste huisartsen en POH's-GGZ netwerkopbouw en -onderhoud als één van de taken van de POH-GGZ (Dozeman e.a., 2012). Deze uitkomst is vergelijkbaar met de studie in West-Overijssel waarin zowel huisartsen als POH's-GGZ zelf, aangaven de samenwerking met de huisarts en met andere disciplines in de eerste lijn als een belangrijke taak van de POH-GGZ te zien (Nijboer, 2011).

3.3.3 Ervaringen van huisartsen

De vier studies die hiernaar gekeken hebben laten zien dat de huisartsen van mening waren dat met de komst van de POH-GGZ een breder, beter en laagdrempelig hulpaanbod beschikbaar gekomen is (Noordman & Verhaak, 2009; Van Hoof & Walstock, 2010; Nijboer e.a., 2011; Dozeman & Van Straten, 2012). Ook waren deze studies eenduidig wat betreft de bevindingen dat de kennis binnen de praktijk over bijvoorbeeld psychische problematiek of verwijsmogelijkheden naar de tweede lijn was vergroot, dat er beter zicht was op de sociale kaart en dat er snel verwezen kon worden. In Amsterdam vonden de meeste huisartsen dat de POH-GGZ een liaisonfunctie had en de brug naar de tweede lijn vormde. In de studies in West-Overijssel en in het Gezondheidscentrum West in Groningen werd geconstateerd dat huisartsen door de inzet van de POH-GGZ minder werkdruk ten aanzien van diagnostiek en verwijzingen ervaarden. Door huisartsen die deelnamen aan de studie in West-Overijssel of de studie in Amsterdam werd opgemerkt dat POH's-GGZ het lastig vonden om kort en snel spreekuur te draaien. Volgens de onderzoekers kan dit een gevolg zijn van de werkwijze die de POH's-GGZ in de tweede lijn gewend waren.

Uit drie studies kwam naar voren dat huisartsen structureel overleg met de POH-GGZ belangrijk vonden (Noordman & Verhaak, 2009; Van Hoof & Walstock, 2010; Dozeman & Van Straten, 2012). In Gezondheidscentrum West in Groningen gaven huisartsen aan dat ze door het uit handen geven van taken soms weinig zicht hadden op de problemen die konden ontstaan bij verwijzing door de POH-GGZ, zoals lange wachttijden en het uitblijven van terugrapportage. Zij gaven aan het belangrijk te vinden om een goede terugkoppeling en rapportage van de POH's-GGZ te krijgen.

In twee studies zagen huisartsen aanvullende taken voor de POH-GGZ. In Gezondheidscentrum West in Groningen, waar de POH's-GGZ voornamelijk de taak hadden patiënten te verwijzen naar de meest passende behandeling, hadden huisartsen behoefte aan kortdurende behandeling en coaching van patiënten met psychische of sociale klachten door de POH-GGZ. Daarnaast vonden zij het wenselijk dat de POH-GGZ meer bekend raakt met interventies voor preventie en gezondheidsbevordering. In Amsterdam gaven huisartsen aan dat POH's-GGZ meer wijkgericht (outreaching) zouden kunnen werken, dat het wenselijk is dat POH's-GGZ beter bekend zijn met voorzieningen in de wijk, en dat de expertise van POH's-GGZ beter aansluit bij de behoefte van de populatie in de wijk (Dozeman & van Straten, 2012).

In het onderzoek in Amsterdam namen ook huisartsen deel die (nog) niet gebruik maakten van een POH-GGZ. Het bleek dat bijna de helft van hen overwoog een POH-GGZ in te zetten. Meest genoemde redenen door huisartsen waarom zij geen POH-GGZ hadden, waren ruimtegebrek en de financiële voorwaarden.

3.3.4 Ervaringen van patiënten

In vijf studies werden de ervaringen van patiënten met de POH-GGZ onderzocht (Noordman & Verhaak, 2009; Van Hoof & Walstock, 2010; Ter Horst & Haverkamp, 2012; Veldman & Verhaak, 2012; Vink, 2013). Alle studies laten zien dat patiënten de

POH-GGZ als laagdrempelig ervoeren en dat ze over het algemeen tevreden waren met de geboden hulp.

In de studie in de provincie Groningen is de hulpbehoefte van patiënten onderzocht en werd nagegaan in hoeverre het hulpaanbod van de POH-GGZ hierop aansloot (Veldman & Verhaak, 2012). De meeste patiënten gaven aan behoefte te hebben aan gesprekken over de oorzaak van de klachten, wat ze eraan kunnen doen en hoe ze ermee om kunnen gaan. Daarnaast hadden ze behoefte aan informatie over de klachten, de behandelmogelijkheden en terugvalpreventie. Uit de studie bleek dat aan de behoefte van patiënten werd voldaan, uitgezonderd de behoefte om te leren voorkomen dat de problemen weer terugkomen.

In de studies in Amsterdam en in de Gooi & Vechtstreek werd eveneens gekeken naar de informatieverstrekking door POH's-GGZ. In de Amsterdamse studie gaf twee derde (66%) van de patiënten aan geïnformeerd te zijn door de POH-GGZ over de werkwijze; en 61% gaf aan dat de POH-GGZ met hem of haar overlegd had over welke vorm van begeleiding het beste was. Verder laat de studie zien dat de helft van de patiënten ervan op de hoogte was dat de POH-GGZ de huisarts informeert. In de Gooi & Vechtstreek was ruim een kwart (27%) van de patiënten geïnformeerd over onder meer de wachttijd voor de POH-GGZ, en het beroep of de deskundigheid van de POH-GGZ. Meer dan de helft van de patiënten (59%) was voorgelicht over de verschillende behandelingen die de POH-GGZ te bieden had. Ruim een kwart van de patiënten (28%) was bekend met de informatie die de POH-GGZ over hen terug rapporteerde naar de huisarts. De patiënten in de Gooi & Vechtstreek die deelnamen aan de spiegelbijeenkomst¹⁷ gaven aan belang te hechten aan deze informatieoverdracht, zodat goede beslissingen over de behandeling genomen konden worden en om na te gaan of verwijzing naar de POH-GGZ de juiste keuze was.

3.3.5 Ervaringen van POH's-GGZ zelf

Het perspectief van de POH-GGZ zelf werd in drie studies belicht (Van Hoof & Walstock, 2010; Nijboer, 2011; Dozeman & Van Straten, 2012). In de onderzoeken in Amsterdam en in West-Overijssel gaven de POH's-GGZ aan over het algemeen tevreden te zijn met hun functie. De POH's-GGZ die deelnamen aan de studie in West-Overijssel zagen een breder en beter hulpaanbod vooral als meerwaarde van de functie. De POH's-GGZ in de Amsterdamse studie ervoeren het brede, laagdrempelige aanbod als positief. Een nadeel hiervan was wel dat de gesprekken snel konden volstromen (Dozeman & Van Straten, 2012). Ondanks de hoge werkdruk gaven ze wel aan voldoende tijd te hebben om hun werk uit te kunnen voeren. De POH's-GGZ in Medisch Centrum Eudokia in Enschede ervoeren eveneens een hoge werkdruk (Van Hoof & Walstock, 2010). In de studie in West-Overijssel gaven de POH's-GGZ aan weinig tijd te hebben voor niet-patiëntgebonden taken (zoals de samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn,

¹⁷ In de spiegelbijeenkomst zaten de patiënten in een kring en deelden hun ervaringen met elkaar. Betrokken hulpverleners zaten om de kring en waren toevoeder waardoor zij direct zicht kregen op het patiëntperspectief. Het groepsgebesprek werd geleid door een onafhankelijk groepsleider.

het ontwikkelen van een sociale kaart en het uitvoeren van kwaliteitverbeterprojecten), terwijl huisartsen dit als belangrijke taken van de POH's-GGZ zagen (Nijboer, 2011). De POH's-GGZ in Amsterdam vonden dat er weinig structureel overleg plaatsvond met de huisarts, onder meer door de volle spreekuren van huisartsen. Als grootste knelpunten ervoeren zij de wachttijd, de bureaucratie en de onduidelijkheid over de behandeling in de tweede lijn (Dozeman & Van Straten 2012). Daarnaast kwam in de studie naar voren dat de POH's-GGZ behoefte hadden aan deskundigheidsbevordering, intervisie en aan inbedding in een team. De meesten vonden het belangrijk, kortdurende behandelingen uit te kunnen voeren, maar niet alle POH's-GGZ waren hierin geschoold. Ze vonden het belangrijk, intervisie en brede scholing te krijgen om het gevarieerde werk in de huisartsenpraktijk adequaat te kunnen uitvoeren. De bevindingen in de studie in West-Overijssel sluiten hierbij aan (Nijboer, 2011). De POH's-GGZ gaven aan behoefte te hebben aan scholing, intervisie en inhoudelijke afstemming over taken en visie.

3.3.6 Effecten van door POH's-GGZ geleverde zorg

In vier studies is gekeken naar de effecten van de zorg die POH's-GGZ leverden. Dit is op verschillende manieren gedaan. In het onderzoek in de provincie Groningen ging het om een voor- en nameting (Veldman & Verhaak, 2012). De resultaten lieten zien dat het functioneren van patiënten na drie maanden op verschillende domeinen verbeterd was, waaronder lichamelijke fitheid, gemoedstoestand, dagelijkse bezigheden, sociale activiteiten, algemene gezondheid, pijn en vermoeidheid. Aangezien het geen gerandomiseerde studie met controlegroep betrof en bekend is dat een deel van de mensen met lichte klachten na drie maanden ook opknapt zonder professionele zorg te hebben ontvangen (Spijker e.a., 2002), kan niet met zekerheid gesteld worden dat deze positieve effecten (uitsluitend) door de geboden zorg van de POH's-GGZ zijn bereikt. Ook moet bedacht worden dat de groep patiënten voor wie zowel een voor- als nameting beschikbaar was (n=159) een betrekkelijk klein deel van de totale patiëntpopulatie van de POH's-GGZ vormde (29%), wat gevolgen kan hebben gehad voor de representativiteit.

De andere drie studies geven een indruk van effecten op patiëntuitkomsten op basis van een eenmalige meting. In Gezondheidscentrum West in Groningen is een enquête afgenomen bij patiënten die in 2008-2009 een beroep op zorg hadden gedaan in het gezondheidscentrum, en waarbij in het HIS een psychische of sociale diagnose geregistreerd was. Van deze patiënten gaven 42 aan contact te hebben gehad met de POH-GGZ. Iets meer dan 80% van deze patiënten vond dat de POH-GGZ een meerwaarde had bij de behandeling van hun klachten. In de studies in Amsterdam en de Gooi & Vechtstreek is in een enquête, verspreid door POH's-GGZ aan patiënten die hen consulteerden, gevraagd naar wat de consulten met de POH-GGZ opleverden. In de Amsterdamse studie gaf meer dan de helft (55%) van de respondenten aan meer rust te hebben gekregen, ruim een derde (36%) had meer inzicht in de problematiek en bijna een kwart (23%) ging anders om met de psychische klachten. In de studie in de Gooi & Vechtstreek gaf een meerderheid van de patiënten (93%) aan beter om te kunnen gaan

met de psychische klachten en beter te functioneren (89%). Hoewel deze resultaten positief zijn, kunnen deze vanwege de gebruikte onderzoeksmethoden (o.a. eenmalige meting, geen controlegroep) niet zonder meer toegeschreven worden aan de geboden zorg van de POH-GGZ. Tevens is het onduidelijk hoe representatief de responderende patiënten in de studies waren, gezien de relatief lage responspercentages (zie Bijlage 2).

3.4 Beschouwing en conclusie

Er is relatief weinig onderzoek uitgevoerd, dat ook de nodige beperkingen kent

Het blijkt dat er in de periode 2008-2013 betrekkelijk weinig studies zijn uitgevoerd naar de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, zowel op landelijk niveau als op regionaal of lokaal niveau. Daarbij hebben de studies vaak ook methodologische beperkingen, waaronder lage responspercentages of kleine studiepopulaties, zodat geen uitsluitsel kan worden gegeven over de representativiteit van de gerapporteerde bevindingen.

April 2013 maakte bijna de helft van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ, die meestal een achtergrond had als SPV

De landelijke cijfers van het ROS-netwerk zijn het meest compleet en bieden basisinformatie. Volgens de meest recente peiling maakte in april 2013 naar schatting bijna de helft (47%) van de huisartsen gebruik van een POH-GGZ. Het is waarschijnlijk dat dit percentage verder is gestegen in 2013 (gegeven de verruiming van de regeling POH-GGZ per januari 2013) en verder door zal stijgen in 2014 (gegeven de verdere verruiming van de regeling POH-GGZ per januari 2014). April 2013 waren POH's-GGZ gemiddeld 15 uur per week werkzaam in de functie van POH-GGZ en hun beroepsachtergrond was doorgaans SPV (61%).

Verskillende manieren van organiseren

De functie POH-GGZ werd voor 2014 op verschillende manieren georganiseerd. Volgens een landelijke enquête was in 2010 ruim de helft van de POH's-GGZ gecontracteerd door een huisartsvoorziening (huisartsenpraktijk, gezondheidscentrum, zorggroep of coöperatie van huisartsen), was een kwart gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling en was 20% gedetacheerd vanuit het algemeen maatschappelijk werk of een faciliterende organisatie. Per januari 2014 is de regeling POH-GGZ gefunctionaliseerd, zodat het voor andere aanbieders (dan de huisartsvoorziening) mogelijk is de module POH-GGZ te contracteren en organiseren. Het is op dit moment nog onduidelijk welk invloed de functionalisering heeft (gehad).

POH's-GGZ voeren het merendeel van de beoogde patiëntgebonden werkzaamheden uit; de beoogde niet-patiëntgebonden werkzaamheden komen minder aan bod

Landelijke en regionale/lokale studies wijzen erop dat de patiëntgebonden werkzaamheden die POH's-GGZ in de dagelijkse praktijk uitvoeren – waaronder klachteninventarisatie, probleemverheldering, diagnostiek, psycho-educatie, kortdurende behandeling en begeleiding – grotendeels overeenkomen met de taken zoals omschreven in het functieprofiel en de door het NZa opgestelde prestatiebeschrijving.

Sommige beoogde patiëntgebonden taken lijken in de dagelijkse praktijk minder vaak uitgevoerd te worden door POH's-GGZ of zijn afhankelijk van de expertise van de individuele POH-GGZ. Het gaat hier om activiteiten gericht op gezondheidsbevordering, preventie en terugvalpreventie en het begeleiden bij zelfmanagement, al dan niet in de vorm van e-health. Resultaten van regionale en lokale studies suggereren ook dat er door de POH-GGZ relatief weinig tijd besteed wordt aan niet-patiëntgebonden taken, zoals netwerken met andere disciplines, deskundigheidsbevordering en het uitvoeren van projecten gericht op kwaliteitsverbetering. Een verklaring hiervoor kan zijn de POH's-GGZ een hoge werkdruk ervaren, waardoor deze 'meer secundaire' taken in de knel komen. Mogelijk biedt de versterking van de module POH-GGZ per januari 2014 meer mogelijkheden voor het uitvoeren van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken die voor 2014 in de knel kwamen.

Regionale en lokale variatie in contactfrequentie en verwijsgedrag

De variatie tussen regionale/lokale studies in gemiddelde consultfrequentie per patiënt (lopend van 2 tot 6 consulten) en verwijsgedrag wijst op regionale en lokale variatie wat betreft het handelen van de POH-GGZ. Het meest extreme voorbeeld werd gevormd door een gezondheidscentrum waar POH's-GGZ als voornaamste taak hadden om patiënten zo snel mogelijk te verwijzen naar de meest passende behandeling. Ook wanneer deze uitzondering buiten beschouwing werd gelaten, gaven de resterende studies aan dat het verwijsgedrag van POH's-GGZ per regio of stad varieert.

POH's-GGZ zien relatief weinig jongeren en ouderen

Volgens het regionale en lokale onderzoek zien POH's-GGZ vooral patiënten tussen de 18 en 60 jaar die te kampen hebben met spannings-, depressieve, angst- of relationele- of werkgerelateerde klachten. Jeugdigen en ouderen lijken verhoudingsgewijs weinig in aanraking te komen met de POH-GGZ. Het is mogelijk dat zij vaker zorg ontvangen van de huisarts zelf en/of dat zij worden verwezen naar of direct aankloppen bij aanbieders met een op hun doelgroep toegesneden hulpaanbod.

Huisartsen, patiënten en POH's-GGZ zelf zijn positief over de functie POH-GGZ, maar geven ook verbeterpunten aan

Uit de landelijke en regionale/lokale studies die hiernaar gekeken hebben, blijkt dat de ervaringen van zowel huisartsen en patiënten als van POH's-GGZ zelf met de functie POH-GGZ overwegend positief zijn. Wel wijzen ze op verschillende aandachtspunten om de rol van de POH-GGZ te optimaliseren.

Huisartsen benoemden diverse aandachtspunten, waaronder dat POH's-GGZ in staat moeten zijn om een snel en kort spreekuur te houden, het belang van structureel overleg met de POH-GGZ en een goede terugkoppeling en –rapportage door de POH-GGZ aan de huisarts, een betere bekendheid onder POH's-GGZ met interventies gericht op preventie en gezondheidsbevordering en dat POH's-GGZ meer wijkgericht (outreaching) zouden kunnen werken.

Aandachtspunten die vanuit het patiëntenperspectief naar voren kwamen waren dat patiënten handvatten geboden wilden krijgen om te voorkomen dat hun problemen opnieuw optreden (terugvalpreventie) en dat niet alle patiënten goed geïnformeerd werden door de POH-GGZ over onder andere diens hulpaanbod, werkwijze en terugkoppeling naar de huisarts.

Door POH's-GGZ zelf werden in de studies een aantal knelpunten in de uitoefening van de functie genoemd, waaronder tijdgebrek en hoge werkdruk, het weinig tijd hebben voor niet-patiëntgebonden taken, het missen van een sociale kaart, het hebben van weinig overleg met de huisarts en de communicatie en samenwerking met de tweede lijn. Daarnaast was er onder POH's-GGZ ook behoefte aan scholing en intervisie.

Er bestaan verschillende kennislacunes

- *Er is nog weinig bekend over de rol die POH-GGZ speelt bij het begeleiden van patiënten met stabiele chronische problematiek, en eventuele knelpunten die daarbij ervaren worden.*

Het is de bedoeling dat de huisartsenzorg in het nieuwe GGZ-stelsel ook begeleiding biedt aan patiënten met stabiele chronische problematiek.

- *Er is nog weinig bekend over of het handelen van de POH-GGZ mogelijk beïnvloed wordt door de wijze van organisatie*

De paar studies die dit onderzocht hebben, vonden geen aanwijzingen voor een verschil in de taakuitoefening en het verwijsgedrag tussen POH's-GGZ die in dienst van huisartsen werkten en degenen die gedetacheerd waren vanuit een GGZ-instelling. Verder, landelijk representatief onderzoek is nodig, zeker ook na de functionalisering van de module POH-GGZ per januari 2014, om goed inzichtelijk te krijgen of de wijze waarop de functie POH-GGZ is georganiseerd en gecontracteerd mogelijk van invloed is op het handelen van POH's-GGZ. De Monitor Basis-GGZ die van start zal gaan, zal uitsluitsel moeten geven over dit soort vragen.

- *Eris nog weinig bekend over de (kosten)effectiviteit van de hulp die POH's-GGZ bieden*
Verschillende regionale en lokale studies rapporteerden een vermindering van klachten en een verbetering in het functioneren van patiënten. Echter, vanwege de methodologische beperkingen van de studies kunnen deze positieve bevindingen niet zonder meer toegeschreven worden aan het handelen van de POH-GGZ.

Conclusie

Uit de uitgevoerde studies komt een positief beeld naar voren. POH's-GGZ voeren het merendeel van de beoogde patiëntgebonden werkzaamheden uit in de dagelijkse praktijk. Zowel huisartsen en patiënten als POH's-GGZ zelf, zijn over het algemeen tevreden over de functie. Tegelijkertijd suggereren de studies dat de uitvoering van de functie POH-GGZ nog in diverse opzichten verbeterd kan worden. Landelijk representatief onderzoek zal moeten uitwijzen of de recente maatregelen ter versterking van de module POH-GGZ voldoende ondersteuning bieden om deze verbeteringen te kunnen realiseren. Daarbij is het ook wenselijk om zicht te krijgen op regionale variatie en de (kosten)effectiviteit van de hulp die door POH's-GGZ geboden wordt.

Deel B: Stand van zaken (najaar 2013)

In dit deel van het rapport wordt een overzicht gegeven van in najaar 2013 lopende initiatieven die gericht zijn op het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Omdat het de situatie betreft van vlak voor de invoering van de nieuwe echelonnering van de GGZ, geven de initiatieven een beeld van de mate waarin lopende initiatieven aansluiten bij de nieuwe maatregelen per januari 2014. In Bijlage 3 wordt uiteengezet welke methoden zijn gebruikt om initiatieven te identificeren, te beschrijven en te categoriseren. Het streven was niet zozeer volledigheid, maar om inzicht te geven in de varianten in de lopende initiatieven. In onderstaand schema is de hiervoor gebruikte indeling weergegeven en wordt verwezen naar de hoofdstukken waarin de typen initiatieven worden besproken.

Type aanbieder	Categorie	Voorbeelden van gevonden initiatieven	Welke GGZ-ondersteuning wordt geboden in de huisartsenpraktijk? (POH-GGZ; screening; e-health; consultatie)
Aanbieders van huisartsenzorg	Zorggroep of samenwerkende gezondheidscentra		Hoofdstuk 4
GGZ-aanbieders	Zelfstandige aanbieder van generalistische Basis-GGZ		
	Apart opgericht onderdeel voor generalistische Basis-GGZ van een geïntegreerde GGZ-instelling		
	Geïntegreerde GGZ-instelling zonder een apart onderdeel voor generalistische Basis-GGZ		Hoofdstuk 5
	Andere GGZ-aanbieder		
Niet- zorgaanbieders	Faciliterende organisatie aan de huisartsenzorg		
	Aanbieder van digitale screening		
	Aanbieder van e-health interventies		Hoofdstuk 6
	Andere niet-zorgaanbieder		

Zoals aangegeven, gaat *Hoofdstuk 4* in op initiatieven geïnitieerd door de huisartsenzorg zelf; *Hoofdstuk 5* gaat in op initiatieven van GGZ-aanbieders; en *Hoofdstuk 6* op initiatieven van niet-zorgaanbieders. In elk van deze hoofdstukken worden de onderscheiden categorieën nader toegelicht aan de hand van gevonden initiatieven. Overeenkomstig de maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk per januari 2014, wordt gefocust op de aandacht in de initiatieven voor: a) de POH-GGZ, b) screenings-

instrumenten, c) e-health modules en d) consultatie verleend door GGZ-hulpverleners (zoals een psychiater of een psycholoog)¹⁸.

Bijzondere aandacht wordt geschonken aan negen lopende initiatieven die gebruikmaken van de beleidsregel Innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze beleidsregel geeft verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid om maximaal drie jaar te experimenteren met nieuwe zorgprestaties waarvoor nog geen tarieven bestaan. Deze initiatieven kunnen beschouwd worden als 'voorlopers' op het gebied van GGZ-ondersteuning in de huisartsenpraktijk, waarvan geleerd kan worden.

18 Omdat pas in een laat stadium – september 2013 – bekend werd dat groepscursussen ook bekostigd kunnen worden uit de regeling POH-GGZ, is deze vorm van GGZ-ondersteuning van de huisartsenzorg niet meegenomen in de inventarisatie.

4 Versterking van de GGZ in huisartsenpraktijk: initiatieven van de huisartsenzorg zelf

Hoofdbevindingen

- Verschillende zorggroepen of samenwerkende gezondheidscentra hebben een zorgprogramma op het gebied van de GGZ ontwikkeld of zijn hiermee bezig. Onduidelijk is hoe wijd verspreid deze ontwikkeling is, landelijk gezien.
- Najaar 2013 maakten DOH, ZIO, PoZoB en SGE (vier zorggroepen/samenwerkende gezondheidscentra in Noord-Brabant en Limburg) gebruik van de NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van een GGZ zorgprogramma.
- Zorginhoudelijke of organisatorische overeenkomsten en verschillen:
 - Drie zorgprogramma's richten zich op specifieke doelgroepen (angst en/of depressie); één zorgprogramma heeft een brede insteek qua GGZ-problematiek (PoZoB).
 - De organisatie en de rol van de POH-GGZ varieert tussen de zorgprogramma's.
 - Binnen alle zorgprogramma's wordt standaard gebruik gemaakt van bestaande en gevalideerde meetinstrumenten voor o.a. screening en monitoring.
 - Uitgezonderd ZIO, omvatten de zorgprogramma's e-health modules; hiervan wordt weinig gebruik gemaakt.
 - Alle zorgprogramma's bieden de mogelijkheid tot consultatieve raadpleging van een psychiater; hiervan wordt weinig gebruik gemaakt.
- Er is nog weinig bekend over de effecten van de zorgprogramma's op patiënt-uitkomsten en verwijsstromen.
- Er zijn verschillende bevorderende (bv. de NZa beleidsregel biedt ruimte voor het bieden van uitgebreidere zorg) en belemmerende (bv. niet alle verzekeraars contracteren een zorgprogramma) factoren bij de implementatie van de zorgprogramma's.
- Najaar 2013: aansluiting bij het nieuwe GGZ-stelsel per 1 januari 2014:
 - De zorgprogramma's geven niet alleen invulling aan de huisartsenzorg, maar ook de generalistische Basis-GGZ.
 - Het is nog onduidelijk hoe het nieuwe verwijsmodel vormgegeven gaat worden.
 - Het is nog onduidelijk hoe de zorgprogramma's worden ingebed in de bekostigingsstructuur van de generalistische Basis-GGZ.

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden initiatieven besproken die vanuit de huisartsenzorg zelf zijn opgezet om de GGZ in de huisartsenpraktijk te versterken. Via de toegepaste zoekstrategieën (literatuursearches; raadpleging van experts) zijn vooral de grootschaliger initiatieven geïdentificeerd van zorggroepen en samenwerkende gezondheidscentra (zie Bijlage 3). Er werd besloten om ons hiertoe te beperken en initiatieven van individuele huisartsenpraktijken/gezondheidscentra buiten beschouwing te laten. De grootschaliger initiatieven hebben met elkaar gemeen dat zij de ontwikkeling en uitvoering betreffen van zorgprogramma's voor mensen met psychische problematiek. In paragraaf 4.2 zal eerst kort in algemene termen ingegaan worden op de kenmerken van zorgprogramma's en wordt ook de achtergrond van de ontwikkeling van zorggroepen geschetst. Vervolgens wordt in paragraaf 4.3 stilgestaan bij de zorgprogramma's van vier verschillende zorggroepen/samenwerkende gezondheidscentra, die hiervoor gebruik maken van de NZa beleidsregel Innovatie. Deze beschrijvingen geven de situatie weer zoals deze in het najaar van 2013 bestond. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing van de belangrijkste bevindingen en een conclusie (paragraaf 4.4).

4.2 Kenmerken zorgprogramma's en zorggroepen

Een zorgprogramma kan gedefinieerd worden als een set afspraken over de zorgverlening aan een omschreven groep: een gemeenschappelijk kader waaraan organisaties, professionals en patiënten zich kunnen houden (Van Everdingen & Dreesens, 2011). Het gaat hierbij om het totaalpakket aan afspraken over zorginhoud, proces, organisatie en samenwerking. In veel van de door ons gevonden initiatieven is het zorgprogramma gericht op de zorg voor personen met depressie, een veel voorkomend probleem in de huisartsenpraktijk¹⁹. Andere geïdentificeerde zorgprogramma's focussen op andere veel voorkomende doelgroepen, zoals mensen met angstklachten, slaapproblemen of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Weer andere zorgprogramma's zijn niet gericht op een specifiek psychisch probleem, maar hebben een bredere focus en zijn gericht op GGZ-problematiek in zijn algemeenheid.

Hoewel het bij de geïdentificeerde initiatieven soms gaat om een zorgprogramma dat opgezet wordt binnen een klein aantal samenwerkende huisartsenpraktijken of gezondheidscentra, vonden we relatief veel zorgprogramma's die ontwikkeld en georganiseerd worden vanuit zorggroepen. Zorggroepen zijn organisaties waarin zorgaanbieders zijn verenigd en die met een zorgverzekeraar contracten sluiten om de zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren (De Wildt & Leusink, 2008). Er bestaat een nagenoeg landelijk dekkend netwerk van ongeveer 100 zorggroepen. Het betreffen vaak groepen huisartsen die aanzienlijk variëren in grootte (gemiddeld 81 huisartsen, met een spreiding van drie tot 250) (De Jong-Van Til e.a., 2012).

19 De huisarts diagnosticeerde in 2010 bij 3% van de volwassenen (18-64 jaar) een depressie of depressieve gevoelens; bij ouderen (≥65 jaar) was dit 3,8% (Veerbeek e.a., 2012).

De primaire drijfveer voor het ontstaan van zorggroepen was de invoering vanaf 2007 van integrale bekostiging van de zorg voor diabetes. Na deze experimentele periode (2007-2009), is integrale bekostiging voor vanaf 2010 op structurele basis ingevoerd, niet alleen voor diabetes, maar ook voor chronisch obstructieve longziekte (COPD) en hart- of vaatziekte (vasculair risicomanagement). Integrale bekostiging omvat een zogeheten keten-diagnose-behandelcombinatie (keten-DBC) die het mogelijk maakt om alle verschillende onderdelen van het zorgproces als één prestatie/product in te kopen (Struijs e.a., 2009). Hierdoor is er geen sprake meer van verschillende financieringssystemen van zorg verleend door verschillende zorgverleners of vanuit verschillende settings, wat het realiseren van beter afgestemde multidisciplinaire zorg vergemakkelijkt (Wiegers e.a., 2011).

Op basis van onze inventarisatie kunnen we geen uitspraak doen over hoeveel van deze zorggroepen een zorgprogramma op het gebied van GGZ ontwikkeld hebben. De meest recente informatie hieromtrent geeft aan dat in 2011 naar schatting slechts 3% van de zorggroepen een contract met een zorgverzekeraar had afgesloten voor een zorgprogramma depressie (De Jong-Van Til e.a., 2012). Het is waarschijnlijk dat dit lage percentage samenhangt met het gegeven dat voor de zorg van personen met depressie of andere psychische problematiek geen integrale bekostiging is ingevoerd.

4.3 Zorgprogramma's vallend onder de NZa beleidsregel Innovatie

In deze paragraaf worden beknopte beschrijvingen gegeven van de kenmerken van vier zorgprogramma's die najaar 2013 gebruik maakten van de NZa beleidsregel Innovatie. Uitgebreide beschrijvingen zijn te vinden in Bijlage 4. Hiervoor zijn najaar 2013 interviews gehouden met direct betrokkenen. De beschrijvingen van de zorgprogramma's zijn voorgelegd aan de geïnterviewden ter aanvulling en goedkeuring.

Zoals tabel 4.1 aangeeft, betreft het initiatieven van vier zorggroepen/samenwerkende gezondheidscentra, alle gevestigd in het zuiden des lands:

- De Ondernemende Huisarts (DOH); bij deze zorggroep zijn 16 huisartsenpraktijken of gezondheidscentra aangesloten in de regio Zuidoost-Brabant.
- Zorg in Ontwikkeling (ZIO); bij deze zorggroep zijn 58 huisartsen aangesloten in de regio Maastricht-Heuvelland.
- Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB); bij deze zorggroep zijn 200 huisartsen aangesloten uit de regio Zuidoost Brabant en Noord-Limburg.
- Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE); 10 samenwerkende gezondheidscentra in Eindhoven.

Tabel 4.1 Voorbeelden van GGZ-zorgprogramma's van zorggroepen/samenwerkende gezondheidscentra die vallen onder de NZa beleidsregel Innovatie (situatie najaar 2013)

Categorie	Voorbeelden ¹	Type ondersteuning huisartsenzorg			
		POH-GGZ	Screening	E-health	Consultatie ²
Zorggroep of samenwerkende gezondheidscentra	DOH: zorgprogramma Depressie	+	+	+	+
	ZIO: zorgprogramma Angst en Depressie	+	+		+
	PoZoB: zorgprogramma GGZ	+	+	+	+
	SGE: zorgprogramma Depressie	+	+	+	+

1 Uitgevoerd in het kader van NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.

2 Verleend door een GGZ-professional (bv. een psychiater of een psycholoog).

De Ondernemende Huisarts (DOH) (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Het zorgprogramma Depressie is in samenwerking met verzekeraar VGZ ontwikkeld. Een DBC in het kader van de NZa beleidsregel Innovatie werd voor de periode 1 januari 2013 - 1 januari 2016 toegekend. Alle verzekeraars in de regio hebben het zorgprogramma inmiddels gecontracteerd.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Het zorgprogramma Depressie biedt geïntegreerde eerstelijnszorg aan patiënten met een depressie volgens de principes van stepped care. Bij lichtere klachten zonder medicatie, zijn huisarts, POH-GGZ, fysiotherapeut en maatschappelijk werk betrokken. De behandeling van ernstige klachten wordt uitgevoerd door huisarts en/of psycholoog. Voor consultatie zijn psychiaters beschikbaar. Verder is in elke (groeps)praktijk een zogeheten aandachtshuisarts GGZ aanwezig, die de POH-GGZ en huisarts ondersteunt.

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

Elke huisartsenpraktijk heeft zelf een POH-GGZ in dienst die samen met de patiënt het behandelplan opstelt en uitleg en informatie geeft over depressie. Bij lichte problematiek biedt de POH-GGZ ondersteunende gesprekken. De POH-GGZ kan in overleg met de huisarts verwijzen naar de fysiotherapeut, een online zelfhulpcursus, of naar de maatschappelijk werker of eerstelijnspsycholoog.

Screening

Najaar 2013 vindt een screening met gevalideerde instrumenten nog op papier plaats. Per januari 2014 wordt overgestapt op een online afname met behulp van een KIS. De meting wordt elke zes weken herhaald door de huisarts, de POH-GGZ of de psycholoog.

E-health behandelingen

DOH biedt de module 'Kleur je Leven' van Mentalshare aan, via de website van de huisartsenpraktijk. Deze e-health module wordt nog weinig gebruikt.

Consultatie

Consultatie wordt verzorgd door een psychiater van GGzE of van het St Anna ziekenhuis. Gemiddeld zien deze psychiaters 1 á 2 patiënten per week. De psychiater van GGzE is, in het kader van nascholing, betrokken bij consultatiebijeenkomsten met huisartsen en POH's-GGZ over thema's als medicatie en cognitieve gedragstherapie.

Onderzoek naar het zorgprogramma

Er heeft najaar 2013 nog geen onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van het zorgprogramma. Wel wordt het aantal patiënten in het zorgprogramma, het aantal consulten en de duur van de behandeling bijgehouden.

Beïnvloedende factoren

Alle verzekeraars hebben zich aangesloten bij het zorgprogramma. De behandelingen door de eerstelijnspsycholoog (vijf tot tien consulten) worden geheel vergoed, zonder eigen risico of eigen bijdrage. Er is sprake van een goede samenwerking met zorggroep PoZoB (zie ook het kader op p. 61). De aandachtshuisarts GGZ zorgt er voor dat de kennis van de GGZ op peil blijft. Kinderziektes in de digitale communicatie tussen de ketenpartners en de registratie in de diverse systemen vormen een knelpunt.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Bij het opstellen van het zorgprogramma Depressie is al deels rekening gehouden met de invoering van de generalistische Basis-GGZ per 2014, zodat DOH eind 2013 verwacht dat er niet veel hoeft te worden gewijzigd in 2014.

Zorg in Ontwikkeling (ZIO) (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Het zorgprogramma Ketenzorg GGZ van ZIO werd samen met verzekeraar VGZ ontwikkeld. Een eerstelijns keten-DBC in het kader van de NZa beleidsregel Innovatie werd toegekend voor de periode 1 april 2011- 31 december 2013. Deze keten-DBC wordt alleen door VGZ gecontracteerd.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Het zorgprogramma levert geïntegreerde eerstelijnszorg voor patiënten met depressie of angstklachten en beoogt een adequate diagnostiek en behandeling conform de richtlijnen. Bij ernstige klachten wordt de patiënt doorverwezen naar de tweede lijn. Bij milde klachten wordt een evidence-based behandelmodule binnen het zorgprogramma lijn ingezet. Bij alle andere diagnoses wordt reguliere zorg aangeboden. ZIO sluit zelf contracten af met individuele huisartsen, vrijgevestigde psychologen en tweedelijns GGZ-instellingen.

Ondersteuning van de huisarts door de GGZ medewerker

ZIO heeft geen POH's-GGZ in dienst maar GGZ-medewerkers, meestal een basis- of eerstelijnspsycholoog. Deze ondersteunt de huisarts bij de diagnostiek en de behandeling. De behandeling wordt door de GGZ-medewerker en de huisarts meestal samen uitgevoerd. In het geval van alleen medicamenteuze behandeling wordt de GGZ-medewerker niet ingeschakeld.

Screening

Screening vindt plaats met gevalideerde instrumenten, alles op papier. Per 2014 wordt het zorgprogramma Ketenzorg GGZ herzien en het streven is de instrumenten dan digitaal ter beschikking te hebben.

E-health behandelingen

E-health maakt geen onderdeel uit van de behandelmodules.

Consultatie

Er kan eenmalig een psychiater van Mondriaan of Virenze worden ingeschakeld bij de diagnostiek of de behandeling. Van deze mogelijkheid tot consultatie wordt in minder dan 1% van de gevallen gebruik gemaakt.

Onderzoek naar het zorgprogramma

In najaar 2013 zijn er alleen cijfers bekend over het aantal consulten en de mate van verbetering. Er wordt verder een onderzoek uitgevoerd vanuit de Universiteit van Maastricht naar de ervaringen van patiënten en zorgverleners. Resultaten van dit onderzoek zijn najaar 2013 nog niet gepubliceerd.

Beïnvloedende factoren

Er mogen binnen het zorgprogramma gemiddeld acht gesprekken plaatsvinden met de eerstelijnspsycholoog, waarbij geen sprake is van een eigen risico of eigen bijdrage. Het zorgprogramma is echter alleen voor lichte/milde depressieve en angstklachten bedoeld, en wordt alleen door VGZ gecontracteerd, wat de implementatie belemmert.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Met aflopen van de NZa beleidsregel wordt het zorgprogramma aangepast. ZIO start per 1 januari 2014 met het aanstellen van een POH-GGZ in dienst bij de huisarts. Er wordt gestreefd naar de inpassing van e-health behandelingen, en er zal meer aandacht worden geschonken aan consultatie van een psychiater of een andere gespecialiseerde GGZ-hulpverlener (zoals een psychotherapeut).

Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB) (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Het zorgprogramma GGZ van PoZoB werd samen met verzekeraars VGZ en CZ ontwikkeld. De NZa beleidsregel Innovatie werd toegekend voor de periode 1 december 2011 - 1 december 2014. Het zorgprogramma wordt beschouwd als huisartsenzorg, waarvoor geen eigen risico of eigen bijdrage geldt. Niet alle verzekeraars in de regio hebben het zorgprogramma gecontracteerd.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Het zorgprogramma GGZ van PoZoB biedt ketenzorg voor patiënten met psychische problemen, met als doel patiënten zo veel als mogelijk binnen de eerste lijn te houden. Onderdeel van het zorgprogramma is een monitoringtraject, waarmee de patiënt een jaar lang in beeld wordt gehouden. Er wordt samengewerkt met POH-GGZ, apotheker, verslavingsconsulent en psycholoog. Meerdere psychiaters zijn beschikbaar voor consultatie.

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

Alle POH's-GGZ zijn bij PoZoB in dienst. De POH-GGZ doet de vraagverheldering en verricht diagnostiek. Behandeling in de eerste lijn wordt uitgevoerd door de eerstelijnspsycholoog of verslavingsconsulent. De POH-GGZ verricht zelf geen behandeling. De psycholoog kan wel een aantal taken delegeren naar de POH-GGZ, zoals huiswerk bespreken. De POH-GGZ verzorgt verder het monitoringtraject van de patiënt en voert na een jaar de herhalingsmeting uit.

Screening

Bij de start van het behandeltraject wordt een meting uitgevoerd met gevalideerde meetinstrumenten. Deze is deels voor de screening en deels voor de monitoring bedoeld. De vragenlijsten worden nu nog op papier aan de patiënt meegegeven. Najaar 2013 loopt er wel een pilot bij vijf POH's-GGZ om de lijsten digitaal te versturen.

E-health behandelingen

Er is de beschikking over 'Beating the Blues' van Psy Health Direct. Het is de bedoeling dat e-health standaard onderdeel wordt van het zorgprogramma, maar najaar 2013 wordt deze e-health behandeling nog weinig toegepast.

Consultatie

Consultatie wordt verricht door psychiaters van GGzE, Maxima Medisch Centrum en van vrijgevestigde praktijk Helmind. Hiervan werd in 2% van de gevallen gebruik gemaakt.

Onderzoek naar het zorgprogramma

Bij de herhalingsmeting na een jaar worden (opnieuw) vragenlijsten bij de patiënt afgenomen. Er lijkt sprake te zijn van een gunstig effect van het zorgprogramma, wat betreft de depressieve en/of angstklachten en tevredenheid.

Beïnvloedende factoren

Zuidoost-Brabant is een goed georganiseerde regio, met een goede samenwerking met psychologen en veel animo voor de functie POH-GGZ. Er waren wel kinderziektes bij het in gebruik nemen van een nieuw ICT-systeem (KIS). Verder hebben niet alle huisartsen ruimte voor een POH-GGZ en kan het maatschappelijk werk onvoldoende worden gebruikt door een andere financieringsstructuur.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

In 2014 wordt vooralsnog vastgehouden aan de huidige werkwijze, omdat deze al voor een groot deel overeenkomt met het nieuwe beleid. Er wordt wel nagedacht over aanpassingen aan de financiering voor een betere bestending in de toekomst en het overnemen van de preventie-activiteiten van de gespecialiseerde GGZ.

Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE) (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Het zorgprogramma Depressie van SGE is samen met verzekeraar VGZ ontwikkeld. De DBC wordt vanaf 1 maart 2013 voor drie jaar vergoed, en valt onder de NZa beleidsregel Innovatie met een looptijd tot juni 2016. Andere verzekeraars hebben zich (nog) niet aangesloten.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Het zorgprogramma Depressie biedt een stepped care aanpak. Het zorgprogramma bestaat uit vijf modules naar gelang de ernst van de depressieve klachten. Naast de POH-GGZ wordt samengewerkt met een GZ-psycholoog, een psychiater (voor consultatie), een bewegingsconsulent, maatschappelijk werk, en een fysiotherapeut.

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

Diagnostiek wordt uitgevoerd door de huisarts. De POH-GGZ die in dienst is van SGE, verduidelijkt vervolgens samen met de patiënt de klachten en adviseert de huisarts over de meest passende module. Bij depressieve klachten of (terugkerende) lichte depressie biedt de POH-GGZ zelf de basiszorg. Verder verzorgt de POH-GGZ elke zes weken de afname van een depressie vragenlijst en verzorgt hij/zij de nazorg.

Screening

Najaar 2013 worden de gevalideerde instrumenten ter ondersteuning van de diagnostiek nog op papier afgenomen. Om de diagnostiek van de huisartsen beter te ondersteunen wordt door de Universiteit van Maastricht Psyscan ontwikkeld, een digitale screener op basis waarvan een mogelijke diagnose kan worden gegenereerd.

E-health behandelingen

Er is de beschikking over 'Kleur je Leven', 'Grip op je Dip', 'Beating the Blues' en de online therapie van Interapy, waarbij de patiënt via het internet door een psycholoog wordt begeleid (blended care). Van e-health nog maar weinig gebruik gemaakt.

Consultatie

Telefonische consultatie wordt verzorgd door een psychiater van GGzE Direct. Face-to-face contact tussen patiënt en psychiater wordt in de nabije toekomst ook mogelijk.

Onderzoek naar het zorgprogramma

De effecten van het zorgprogramma worden jaarlijks gemeten. Er lijkt sprake te zijn van een afname van het medicatiegebruik bij patiënten met milde en ernstige klachten. Verder wordt er meer gebruik gemaakt van minimale interventies zoals mindfulness. De implementatie van Psyscan is in december 2013 gestart. Onderzoek van de Universiteit van Maastricht zal moeten uitwijzen wat de bruikbaarheid en effecten zijn.

Beïnvloedende factoren

SGE is een eerstelijns organisatie met korte lijnen, en met aandachtshuisartsen die samen met een POH-GGZ de andere huisartsen adviseren en ondersteunen. Het zorgprogramma wordt echter alleen door VGZ gefinancierd, zodat niet iedere patiënt er gebruik van kan maken. In 2014 gaan andere verzekeraars waarschijnlijk volgen. Hoewel Psyscan de diagnostiek naar verwachting zal verbeteren, gaat het wel gepaard met een toename van de registratiedruk.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

De DBC voor het zorgprogramma Depressie wordt in 2014 gecontinueerd en eventueel uitgebreid voor angststoornissen. Voor patiënten met milde klachten wordt 'Mentaal Fit' ingevoerd, geïndiceerde preventie in de vorm van een groepscursus. Ook wordt gewerkt aan het inbouwen van face-to-face consultatie van de psychiater in de DBC en aan verdere samenwerking in de regio.

4.4 Beschouwing en conclusie

Er is een beweging gaande tot de ontwikkeling van GGZ zorgprogramma's

Uit onze inventarisatie blijkt dat verschillende zorggroepen of samenwerkende gezondheidscentra een zorgprogramma op het gebied van de GGZ hebben ontwikkeld, of hiermee bezig zijn. Actuele, landelijke cijfers over hoe wijd verspreid deze ontwikkeling is, ontbreken. De meest recente cijfers geven aan dat in 2011 nog maar 3% van de zorggroepen een contract met een verzekeraar had afgesloten voor een zorgprogramma depressie.

Vier zorgprogramma's die gebruik maken van de NZa beleidsregel Innovatie

Najaar 2013 vielen er vier zorgprogramma's onder de NZa beleidsregel Innovatie. De zorgprogramma's zijn ontwikkeld vanuit drie zorggroepen (DOH, ZIO en PoZoB, met 75 tot 200 aangesloten huisartsen) en een samenwerkingsverband van 10 gezondheidscentra (SGE), alle met een verzorgingsgebied in Noord-Brabant en Limburg. De doelgroepen variëren tussen de initiatieven. DOH en SGE richten zich alleen op depressie, ZIO op zowel depressie als angst, en PoZoB op alle psychische klachten.

Algemene overeenkomsten tussen de zorgprogramma's

De vier zorgprogramma's hebben een aantal algemene overeenkomsten:

- Ze bieden een breed zorgaanbod en zetten in op multidisciplinaire samenwerking. De taken en verantwoordelijkheden van betrokken zorgverleners zijn duidelijk omschreven, waarbij de meest prominente rollen doorgaans zijn weggelegd voor de huisarts, de POH-GGZ en de eerstelijnspsycholoog.
- Bij de uitwerking van de zorgprogramma's is uitgegaan van bestaande richtlijnen en standaarden (NHG-Standaarden, Multidisciplinaire richtlijnen GGZ, Zorgstandaard Depressie). Zodoende vormen stepped care (het bieden van niet minder zorg dan nodig, maar niet meer dan noodzakelijk) en matched care (zorg die erop gericht is de patiënt zo snel mogelijk op de meest geëigende plaats te behandelen) uitgangsprincipes. In de zorgprogramma's wordt dit onder meer geconcretiseerd door een uitgewerkt stepped care hulpaanbod, en het formuleren van (terug)verwijscriteria tussen betrokken zorgverleners.

De organisatie en de rol van de POH-GGZ varieert tussen de zorgprogramma's

Bij drie initiatieven was sprake van de inzet van een POH-GGZ, bij ZIO werd najaar 2013 de huisarts nog ondersteund door een GGZ-hulpverlener (doorgaans een psycholoog). Per 1 januari 2014 is ZIO overgegaan tot het inzetten van een POH-GGZ. De organisatie en de rol van de POH-GGZ c.q. GGZ-hulpverlener varieerde tussen de zorgprogramma's. Bij DOH en SGE was de POH-GGZ in dienst van de huisarts, bij PoZoB was de POH-GGZ in dienst van de zorggroep zelf. In het geval van ZIO was sprake van een gedetacheerde GGZ-hulpverlener. De POH-GGZ c.q. GGZ-medewerker had bij SGE en ZIO eigen behandeltaken, terwijl de POH's-GGZ bij DOH en PoZoB vooral ondersteunend waren bij de diagnostiek.

Standaard gebruik van bestaande en gevalideerde screeningsinstrumenten

Het gebruik van bestaande en gevalideerde meetinstrumenten, passend bij de doelgroep, was onderdeel van alle zorgprogramma's, ten behoeve van onder andere screening en monitoring van de ernst van de psychische problemen. Najaar 2013 ging het afnemen van meetinstrumenten in de vier initiatieven nog met pen en papier, maar alle waren bezig met het digitaliseren hiervan. SGE en PoZoB waren hierin het verst. Zo is SGE gestart met een pilot voor digitale screening, waarbij geëxperimenteerd wordt met een nieuw ontwikkelde screener, de zogeheten Psyscan, die gebaseerd op de veelgebruikte 4DKL. In het Onderhandelaarsresultaat GGZ is overigens afgesproken dat in de huisartsenzorg een standaard screeningsinstrument wordt ingevoerd²⁰.

E-health modules maken doorgaans onderdeel uit van de zorgprogramma's, maar hiervan wordt weinig gebruik gemaakt

E-health modules worden in alle zorgprogramma's aangeboden, met uitzondering van het zorgprogramma van ZIO. Het aanbod is nog beperkt en voornamelijk gericht op patiënten met depressieve klachten. De meeste modules zijn bedoeld om zelfstandig mee te werken. Alleen het zorgprogramma van SGE omvat een 'blended' variant, waarbij er ook begeleiding is van een zorgverlener. Hoewel de POH's-GGZ geïnstrueerd worden in het gebruik van e-health, wordt er nog zeer beperkt gebruik van gemaakt. De drempel voor het toepassen van e-health lijkt bij zowel POH's-GGZ als patiënten vooralsnog (te) hoog te zijn.

De zorgprogramma's omvatten psychiatrische consultatie, maar hiervan wordt weinig gebruik gemaakt

Alle zorgprogramma's bieden de mogelijkheid tot consultatieve raadpleging van een psychiater. In de praktijk gebeurt dit weinig, vaak bij niet meer dan enkele procenten van de patiënten die een zorgprogramma instromen. Omdat een 'gouden standaard' voor de mate van consultatie ontbreekt, is het onduidelijk of dit de gewenste aantallen zijn of niet.

Nog weinig bekend over de effecten van de zorgprogramma's

Er is nog niet veel bekend over de effecten van de zorgprogramma's op patiëntuitkomsten en verwijfsstromen. Alle zorggroepen verrichten wel onderzoek hiernaar, hetzij zelf hetzij in samenwerking met de Universiteit van Maastricht. PoZoB is het verst. Uit hun monitoringsgegevens blijkt onder meer dat patiënten en hulpverleners bij de herhalingsmeting na één jaar over het algemeen tevreden waren en dat er sprake was van een hogere kwaliteit van leven van de patiënt. Echter, vanwege het ontbreken van uitkomsten uit de tijd voor de ontwikkeling van het zorgprogramma en andere vergelijkings- en/of normdata, kunnen deze uitkomsten niet zonder meer toegeschreven worden aan het zorgprogramma. Dit methodologische probleem zal overigens ook spelen bij effectonderzoek naar de andere zorgprogramma's.

20 Het vervolgakkoord op het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2012-2014.

Beïnvloedende factoren bij de implementatie van de zorgprogramma's

In de interviews werden verschillende factoren benoemd die bevorderend waren voor de implementatie van een zorgprogramma, waaronder:

- De NZa beleidsregel biedt ruimte om uitgebreidere zorg te leveren aan patiënten, vergeleken met de reguliere zorg. Zo was er in alle gevallen bijvoorbeeld sprake van een groter aantal toegestane sessies met de eerstelijnspsycholoog, vergeleken met het aantal sessies in het basispakket in 2013, en gold er geen eigen risico en eigen bijdrage.
- De samenwerking en korte lijnen binnen de zorgprogramma's worden door de huisartsen als zeer positief ervaren.
- Door het aanstellen van een aandachtshuisarts GGZ en het organiseren van scholingsaanbod wordt de kennis op peil gehouden en kan snel worden ingespeeld op onderdelen die nog niet optimaal verlopen.
- Een goede samenwerking in de regio. De verzorgingsgebieden van DOH, SGE en PoZoB liggen in elkaars nabijheid. Zij werken samen aan het welslagen van hun initiatieven door het uitwisselen van ervaringen. Ook de samenwerking met de regionale GGZ-instelling wordt als positief ervaren.

Genoemde belemmerende factoren bij implementatie waren onder andere:

- Uitgezonderd het zorgprogramma van DOH, waren de zorgprogramma's niet gecontracteerd door alle verzekeraars in de regio, zodat niet alle patiënten er gebruik van konden maken.
- Drie van de vier zorgprogramma's richten zich op een specifieke doelgroep. Hierdoor kunnen niet alle patiënten van deze zorgprogramma's profiteren, wat door huisartsen als hinderlijk wordt ervaren.
- Soms ontbrak de fysieke ruimte om een POH-GGZ te kunnen plaatsen.
- De registratiedruk en kinderziekten op ICT-gebied, zoals de koppeling van de verschillende registratiesystemen van de ketenpartners.
- In het begin liep de samenwerking met eerstelijnspsychologen soms wat moeizaam omdat deze vreesden een deel van hun caseload kwijt te raken. De invoering van het zorgprogramma van PoZoB bijvoorbeeld betekende dat de rol van eerstelijnspsychologen veranderde en dat ze afspraken moesten maken met de zorggroep. Nadat ook de psychologen zich hadden verenigd in grotere verbanden, konden belemmeringen worden weggenomen.
- De rol van het maatschappelijk werk in de zorgprogramma's is beperkt omdat zij een andere financieringsstructuur hebben, terwijl er binnen de zorgprogramma's wel behoefte aan is.

Najaar 2013: aansluiting bij nieuwe GGZ-stelsel per 1 januari 2014

Op ZIO na (einddatum 31 december 2013) lopen alle zorgprogramma's door tot na 1 januari 2014 in het kader van de NZa beleidsregel Innovatie. Zoals aangegeven, gaat ZIO per januari 2014 overstappen van de GGZ-medewerkers naar POH's-GGZ. Het doorlopen van de NZa beleidsregel geeft SGE, DOH en PoZoB tijd en ruimte om te

onderzoeken hoe zij hun zorgprogramma's naar de nieuwe echelonnering van de GGZ kunnen voegen. Een algemeen belangrijk punt hierbij is dat de zorgprogramma's eind 2013 naast vanzelfsprekend huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), ook reeds invulling geven aan wat in het nieuwe stelsel de generalistische Basis-GGZ is. De geïnterviewden verwachten inhoudelijk niet veel veranderingen in het zorgprogramma te hoeven doorvoeren, eerder in de financiering van de zorg. Op het moment van interviewen is het nog niet duidelijk hoe het nieuwe verwijsmodel voor de huisartsenzorg vorm zal worden gegeven. Verder speelt nog dat in de generalistische Basis-GGZ geen rol voor de huisarts als hoofdbehandelaar is weggelegd. Door één van de geïnterviewden wordt dit niet wenselijk geacht omdat de huisarts als generalist de regie moet kunnen voeren (bv. in het geval van somatische comorbiditeit of problemen in het patiëntstelsel).

Conclusie

Vanuit zorggroepen en samenwerkende gezondheidscentra is een beweging gaande richting de ontwikkeling van zorgprogramma's op het gebied van de GGZ. De zorgprogramma's hebben algemene overeenkomsten, maar de precieze zorginhoudelijke en organisatorische invulling kan variëren. In termen van de nieuwe echelonnering geven de zorgprogramma's niet alleen invulling aan de huisartsenzorg/POH-GGZ, maar ook aan de generalistische Basis-GGZ.

5 Versterking van de GGZ in huisartsenpraktijk: initiatieven van GGZ-aanbieders

Hoofdbevindingen

- Er werden initiatieven gevonden vanuit de brede, geïntegreerde GGZ-instellingen en initiatieven vanuit andere, kleinschaliger GGZ-aanbieders.
- Initiatieven vanuit geïntegreerde GGZ-instellingen:
 - Najaar 2013 waren sommige instellingen meer voorgesorteerd op het nieuwe stelsel dan andere. Dit bleek uit de variatie wat betreft gerealiseerde voorzieningen gericht op de generalistische Basis-GGZ, lopend van instellingen die hiervoor een zelfstandige organisatie mede hadden opgericht (zoals Indigo en Vicino NHN), via instellingen die hiervoor een apart onderdeel hadden opgericht (zoals Prezens door GGZ inGeest of Denk door GGZ Friesland), tot instellingen die dit (nog) niet hadden gedaan.
 - Deze variatie hing samen met de breedte van het ondersteuningsaanbod voor de huisartsenzorg. Bij Vicino NHN (gebruik makend van de NZa beleidsregel Innovatie) en Indigo omvatte dit aanbod POH-GGZ, het gebruik van screeningsinstrumenten door POH's-GGZ, e-health modules en consultatie. Dit gold ook voor sommige van de apart opgerichte onderdelen voor generalistische Basis-GGZ. Andere instellingen met of zonder zo'n onderdeel hadden een minder breed ondersteuningsaanbod.
 - De verwachting is dat uiteindelijk de meeste instellingen in de nabije toekomst zullen samenwerken met een zelfstandige organisatie voor generalistische Basis-GGZ (Indigo of een organisatie à la Vicino NHN) of hiervoor een apart onderdeel zullen hebben opgericht, en dat zij (mede) via deze voorzieningen een breed ondersteuningsaanbod bieden aan de huisartsenzorg.
- Initiatieven vanuit andere GGZ-aanbieders:
 - De gevonden initiatieven (Psygro, een Psychiatrisch Advies Centrum, Transparant Next en BuurtzorgT) hadden gemeen dat ze consultatie boden aan huisartsen.
 - De initiatieven verschilden in de wijze waarop de consultatieve functie werd ingevuld en georganiseerd.
 - Uitzonderd het Psychiatrisch Advies Centrum, breiden de initiatieven hun ondersteuningsaanbod aan de huisartsenzorg uit in 2014. Transparant Next bijvoorbeeld (gebruik makend van de NZa beleidsregel Innovatie) gaat ook triagediagnostiek en e-health (in blended variant) bieden.

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden initiatieven van GGZ-aanbieders besproken die gericht zijn op het versterken van de psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk. Het gaat daarbij om de situatie zoals deze bestond in het najaar van 2013. Er is niet geprobeerd een uitputtend overzicht van alle bestaande initiatieven van GGZ-aanbieders te geven, maar om inzicht te geven in de varianten in de lopende initiatieven. Daarbij is gefocust op organisaties of instellingen die GGZ bieden; initiatieven van eerstelijnspsychologen en andere vrijgevestigden zijn buiten beschouwing gelaten. De initiatieven zijn geïdentificeerd aan de hand van zoekacties in de literatuur, gesprekken met deskundigen en navraag bij de GGZ-aanbieders zelf (zie Bijlage 3 voor een uitgebreide beschrijving). Het hoofdstuk begint met een indeling van de initiatieven in vier categorieën (paragraaf 5.2), waarna in de daaropvolgende paragrafen (5.3 t/m 5.6) per categorie de initiatieven worden beschreven. Daarbij worden initiatieven die vallen onder de NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties gedetailleerd uitgediept. Het hoofdstuk eindigt met een beschouwing van de belangrijkste bevindingen en een conclusie (paragraaf 5.7).

5.2 Indeling initiatieven vanuit GGZ-aanbieders

Najaar 2013 vonden we initiatieven vanuit de brede, geïntegreerde GGZ-instellingen²¹ en initiatieven vanuit andere, kleinschaliger GGZ-aanbieders. Daarbij kunnen de eerstgenoemde initiatieven op basis van type organisatie verder verdeeld worden in drie categorieën, zodat er in totaal vier categorieën onderscheiden worden. Hierbij is er voor gekozen om qua terminologie aan te sluiten op de nieuwe echelonnering van de GGZ:

- a) zelfstandige aanbieder van generalistische Basis-GGZ, mede opgericht door één of meerdere geïntegreerde GGZ-instellingen;
- b) apart onderdeel van een geïntegreerde GGZ-instelling dat is opgericht voor generalistische Basis-GGZ;
- c) geïntegreerde GGZ-instelling zonder een apart onderdeel voor generalistische Basis-GGZ;
- d) andere GGZ-aanbieders.

Per categorie is voor de gevonden initiatieven nagegaan welke typen ondersteuning worden geboden aan de huisartsenzorg. Hierbij is – overeenkomstig de maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk per januari 2014 – gefocust op: de POH-GGZ, screeningsinstrumenten, e-health modules gericht op het bevorderen van zelfmanagement en geïndiceerde preventie, en het verlenen van consultatie.

21 Onder 'geïntegreerde GGZ-instelling' vallen instellingen die intramurale GGZ, deeltijdbehandeling en ambulante GGZ bieden, al dan niet in combinatie met verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en forensische psychiatrie.

In tabel 5.1 is een overzicht opgenomen van voorbeelden van de vier typen aanbieders en het type ondersteuning dat zij bieden. In de volgende paragrafen wordt hier per categorie nader op ingegaan.

Tabel 5.1 Indeling en voorbeelden van initiatieven van GGZ-aanbieders ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk (situatie najaar 2013)

Categorie	Voorbeelden	Type ondersteuning huisartsenzorg			
		POH-GGZ	Screening	E-health	Consultatie ¹
Zelfstandige aanbieder van generalistische Basis-GGZ	Indigo	+	+	+	+
	Vicino NHN ²	+	+	+	+
Apart opgericht onderdeel voor generalistische Basis-GGZ van een geïntegreerde GGZ-instelling	Prezens (GGZ inGeest)	+	+	+	+
	Lentis Direct (Lentis)	+	+	+	+
	Denk ² (GGZ Friesland)	+	+	+	
	GGzE Direct (GGZ Eindhoven)			+	+
	Mindfit (Dimence)	+		+	+
	Ypse (Reinier van Arkel)			+	+
Geïntegreerde GGZ-instelling zonder een apart onderdeel voor generalistische Basis-GGZ	GGNet	+		+	+
	Rivierduinen	+			+
	GGZ Westelijk Noord-Brabant	+			+
	Mondriaan	+			+
	Mediant	+		+	+
	Antes	+			+
Andere GGZ-aanbieders	Psygro				+
	Transparant Next ²				+
	Psychiatrisch Advies Centrum (Canisus W. Ziekenhuis)				+
	BuurtzorgT (Buurtzorg Nederland/MoleMann)				+

¹ Verleend door een GGZ-professional (bv. een psychiater of een psycholoog).

² Uitgevoerd in het kader van NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.

5.3 Zelfstandige aanbieder van generalistische Basis-GGZ, mede opgericht door één of meerdere geïntegreerde GGZ-instellingen

In deze categorie vallen zelfstandige organisaties die zich – in termen van de nieuwe echelonnering – richten op het aanbieden van generalistische Basis-GGZ. De organisaties maken geen onderdeel uit van een geïntegreerde GGZ-instelling. GGZ-instellingen kunnen wel aandeelhouder zijn van de organisatie of de organisatie mede hebben opgericht. Er zijn twee initiatieven geïdentificeerd die in deze categorie passen: Indigo en Vicino Noord-Holland-Noord (NHN).

Indigo is een franchiseorganisatie die in 2006 is opgericht. Zeven geïntegreerde GGZ-instellingen zijn zowel aandeelhouder als franchisenemer²². Daarnaast is GGZ Oost-Brabant alleen franchisenemer. Het werkgebied van Indigo bestrijkt de verzorgingsgebieden van de betrokken GGZ-instellingen in de provincies Noord-Brabant, Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht, Drenthe, Flevoland, Gelderland en Zeeland. Het doel van Indigo is om laagdrempelige zorg te bieden in de omgeving van de patiënt en om verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ te beperken. Waar nodig kan wel snel geschakeld worden met de GGZ-instellingen die franchisenemer zijn. Binnen Indigo wordt klachtgericht gewerkt, in plaats van stoornisgericht, middels het zogenoemde KOP-model (de Klacht, de Omstandigheden en de Persoonlijke Stijl). Ter ondersteuning van de huisartsenzorg biedt Indigo: POH-GGZ, onder meer voor probleemverkenning (m.b.v. screening) en kortdurende behandeling; (digitale) screeningsinstrumenten, om de problematiek van patiënten in kaart te brengen; e-health, voornamelijk blended aangeboden; consultatie, zowel diagnostiek, als behandeladvies. Ook heeft Indigo een aanbod gericht op het behandelen van de personen met stabiele chronische psychische problematiek in de huisartsenpraktijk, via het programma Herstel in de Eerstelijns met Indigo (HELI).

Vicino NHN valt onder de NZa beleidsregel Innovatie en wordt binnen deze categorie meer gedetailleerd beschreven op basis van een in het najaar 2013 gehouden interview. Een uitgebreide uitwerking van het interview is te vinden in Bijlage 4. De inhoud is eind 2013 ter controle voorgelegd aan de geïnterviewde.

22 GGZ Breburg, Parnassia Bavo groep, GGZ Drenthe, GGZ centraal, Altrecht, Emergis en Pro Persona.

Vicino NHN (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Vicino NHN is een BV. De huisartsenorganisaties Noord-Kennemerland en Kop van Noord-Holland hebben hierin een meerderheidsbelang. Derde aandeelhouder is GGZ NHN. Met zorgverzekeraar VGZ is een ketenzorgprogramma ontwikkeld waarvoor een NZa beleidsregel Innovatie werd toegekend (1 januari 2012 - 1 januari 2015). Vicino NHN wordt deels uit de regeling POH-GGZ gefinancierd en deels uit middelen die GGZ NHN overhevelt naar de eerste lijn. Op één na zijn alle zorgverzekeraars aangesloten.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Vicino NHN biedt zorg aan patiënten met zowel kortdurende als chronische psychiatrische problemen, zoveel mogelijk in de eerste lijn en dicht bij huis. De huisarts voert de regie en bepaalt welk traject wordt ingezet (e-health, screening met eventueel kortdurende behandeling, consultatie, behandeling). Vicino NHN werkt regionaal samen met psychologen, maatschappelijk werk, verslavingszorg, en kinder- en jeugdpsychiatrie.

Ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ

Elke aangesloten huisarts beschikt over een POH-GGZ, die of volledig in dienst is bij Vicino NHN, of zowel bij Vicino NHN als bij GGZ NHN. De POH-GGZ verricht de screening, doet kortdurende behandelingen bij lichtere klachten, verzorgt de toeleiding naar online zelfhulpinterventies, en begeleidt deze eventueel (blended care). Verder is de POH-GGZ de schakel tussen huisarts en GGZ NHN wat betreft de begeleiding van EPA patiënten.

Screening

Najaar 2013 vindt de screening met een gevalideerd instrument digitaal of op papier plaats. Per januari 2014 wordt gestart met uitgebreide digitale screeningstool van Telepsy, die aansluit op de nieuwe echelonnering van de GGZ en bijbehorende verwijscriteria.

E-health behandelingen

Vicino NHN werkt sinds begin 2013 met de zelfhulpinterventies van Minddistrict, onder andere voor angst en depressie. E-health wordt echter nog beperkt aangeboden.

Consultatie

Twee psychiaters van Vicino NHN zijn beschikbaar voor de consultatie, respectievelijk 12 en 20 uur per week. Consultatie kan plaatsvinden al dan niet op afstand, of via een face-to-face contact met een patiënt. Ook kunnen andere specialismen geraadpleegd worden, zoals uit de verslavingszorg, ouderenzorg of FACT. Dit gebeurt niet vaak.

Onderzoek naar Vicino NHN

Uit een evaluatie in het voortraject (2009-2011) van Vicino NHN bleek dat de aanpak over het algemeen positief wordt beoordeeld door huisartsen en GGZ NHN. Verder zijn inmiddels eerste cijfers bekend over de patiëntenstromen.

Beïnvloedende factoren

Bij de totstandkoming van Vicino NHN zaten de juiste personen met elkaar om tafel, met dezelfde visie, met de wil tot innovatie, en de bereidheid het eigenbelang ondergeschikt te maken. De eerstelijnspsychologen waren in eerste instantie terughoudend, omdat zij vreesden een deel van hun caseload kwijt te raken. GGZ NHN hevelt een deel van haar eigen budget over naar Vicino NHN, om bij te dragen aan de substitutie van zorg.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

De NZa beleidsregel Innovatie loopt door tot 1 januari 2015. Vooralsnog wordt vastgehouden aan het huidige concept, waarbij de bestaande trajecten worden 'vertaald' in de vier zorgvraagzwaartepakketten van de generalistische Basis-GGZ. Er wordt inhoudelijk weinig aangepast; qua inhoud sluit het Vicino NHN concept naar eigen zeggen al goed aan op het nieuwe bestel. Het gaat vooral om de omvorming van de tarieven.

5.4 Apart onderdeel van een geïntegreerde GGZ-instelling dat is opgericht voor generalistische Basis-GGZ

Ten tijde van onze inventarisatie (najaar 2013) blijken verschillende geïntegreerde instellingen die geen franchisenemer van Indigo zijn, een eigen zelfstandige afdeling of eigenstandige rechtspositie te hebben opgericht voor het aanbieden van generalistische Basis-GGZ (zie tabel 5.1 voor voorbeelden). De organisaties zijn nog wel gelieerd aan of onderdeel van de moederorganisatie, maar treden naar buiten met een eigen website, eigen folders, et cetera. Voor het lezersgemak wordt in vervolg de term 'apart onderdeel' gebruikt. De werkwijze van de aparte onderdelen is meer generiek en klachtgericht, in tegenstelling tot de stoornisgerichte aanpak waarmee vanuit de moederorganisaties wordt gewerkt. Sommige bestaan al langer (bv. Prezens vanaf 2007), andere zijn recent opgericht (bv. GGzE Direct in het najaar van 2013). Kijkend naar de vormen van ondersteuning die aan de huisartsenzorg worden geboden, verschillen de aparte onderdelen wat betreft de breedte van het ondersteuningsaanbod aan de huisarts (zie tabel 5.1). Sommige, zoals Prezens en Lentis Direct, geven ondersteuning op alle vier de gebieden: zij leveren POH's-GGZ, hebben een standaard screeningsinstrument dat wordt gebruikt door de POH's-GGZ, hebben een (blended) e-health aanbod én verzorgen consultatie aan huisartsen. Andere aparte onderdelen hebben een deel van de ondersteuningsvormen voor de huisartsenzorg in het aanbod²³.

Als voorbeeld van een aanbieder uit deze categorie wordt Denk meer gedetailleerd beschreven op basis van een interview dat in het najaar van 2013 gehouden werd. Dit initiatief viel destijds onder de NZa beleidsregel Innovatie. Na het voorleggen van de uitgebreide uitwerking van het interview aan Denk (te vinden in Bijlage 4), begin 2014, bleek dat zij vanaf 1 januari 2014 geen gebruik meer maken van deze beleidsregel.

23 Opgemerkt dient te worden dat in sommige gevallen vanuit de moederorganisatie consultatie aan huisartsen geboden wordt, zoals door GGZ Friesland in het geval van Denk.

Denk (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

GGZ Friesland heeft in samenwerking met verzekeraar De Friesland het onderdeel Denk opgericht om aan te sluiten bij de ontwikkelingen richting de generalistische Basis-GGZ. Hiervoor werd voor de periode 1 januari 2012 - 1 januari 2015 een NZa beleidsregel Innovatie toegekend. Niet alle verzekeraars in de regio contracteren de zorg van Denk.

Doel en werkwijze

Denk beoogt preventie/vroegherkenning van psychische klachten, en door middel van screening voorkomen van over- of onderbehandeling en het verminderen van instroom in de gespecialiseerde GGZ. Het aanbod bestaat uit vrij toegankelijke online (informatie over) zelfhulp en (groeps)behandeling, gericht op geïndiceerde preventie en curatie. Hiervoor zijn bij Denk basispsychologen, GZ-psychologen, sociaal psychiatisch verpleegkundigen (SPV-en) en een psychomotorisch therapeut werkzaam.

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

Denk levert aan ongeveer 90 huisartsenpraktijken in Friesland een POH-GGZ. De POH-GGZ staat formeel op de loonlijst bij GGZ Friesland. De POH's-GGZ geven psycho-educatie, begeleiden verwijzingen, leveren ondersteuning en kortdurende behandeling aan patiënten, geven voorlichting en advies, verzorgen spreekuren voor specifieke groepen patiënten, en onderhouden het netwerk van zorgaanbieders.

Screening

De POH's-GGZ maken gebruik van bestaande, gevalideerde instrumenten voor de screening. Deze lijsten kunnen digitaal of op papier ingevuld worden.

E-health behandelingen

Er wordt gewerkt met de behandelprogramma's van Curelink die als blended care worden aangeboden. Via een patiëntenportal is ook beschermd e-mailverkeer mogelijk tussen behandelaar en patiënt, bijvoorbeeld voor het bespreken van huiswerk. Het is niet bekend hoeveel mensen gebruik maken van de (informatie over) zelfhulp die op de website wordt aangeboden.

Consultatie

Consultatie door psychiaters verloopt via moederorganisatie GGZ Friesland. Er bestaan najaar 2013 geen formele afspraken over deze consultatie. GGZ Friesland ontvangt geen vergoeding voor het overleg dat tussen huisarts en psychiater plaatsvindt.

Onderzoek

Najaar 2013 zijn nog geen resultaten bekend over de vermindering van instroom naar de gespecialiseerde GGZ, het voorkomen van onderbehandeling, tevredenheid van patiënten en verwijzers, en de effectiviteit van de behandeling. Deze worden in 2014 verwacht.

Beïnvloedende factoren bij oprichting en uitvoer

In eerste instantie was er bij de eerstelijnspsychologen in de regio vrees voor het verkleinen van hun caseload, maar nu is er regelmatig overleg over het organiseren van opleiding, groepsaanbod en evidence based werken. Niet alle verzekeraars contracteren de zorg van Denk, dus deze zorg wordt niet voor alle patiënten vergoed.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Het experiment onder de NZa beleidsregel wordt niet afgemaakt. Per 1 januari 2014 wordt aangesloten bij de reguliere financiering. Het onderdeel van Denk dat zich richt op de POH-GGZ wordt mogelijk afgesplitst van GGZ Friesland. Per 1 januari 2014 zal geen geïndiceerde preventie meer worden geboden, en wordt deze activiteit ondergebracht bij de POH-GGZ. Verder wordt met GGZ Friesland, UMC, eerstelijnspsychologen en huisartsen gewerkt aan de ontwikkeling van een instrument dat aansluit bij de nieuwe verwijscriteria.

5.5 Geïntegreerde GGZ-instelling zonder apart onderdeel voor generalistische Basis-GGZ

Op het moment van de inventarisatie (najaar 2013) zijn er geïntegreerde GGZ-instellingen die geen franchisenemer van Indigo zijn en ook geen apart onderdeel opgericht hebben dat zich richt op generalistische Basis-GGZ. Deze geïntegreerde GGZ-instellingen zijn als een aparte categorie te beschouwen. Ze ondersteunen de huisartsenzorg in de vorm van het leveren van POH's-GGZ, het aanbieden van e-health modules gericht op geïndiceerde preventie en consultatie (zie tabel 5.1 voor voorbeelden).

Wat betreft het leveren van POH-GGZ bestaat er variatie. Een aantal geïntegreerde GGZ-instellingen detachert een POH-GGZ in de huisartsenpraktijk (zoals GGZ Westelijk Noord-Brabant en Mondriaan). Andere instellingen hebben, mede uit belastingtechnisch oogpunt, een stichting of coöperatie opgericht om de POH-GGZ bij huisartsen in te zetten. Voorbeelden zijn Mediant die samen met huisartsenonderneming THOON de St. POH-GGZ Twente heeft opgericht; en Rivierduinen die Coöperatie Eerstelijnsondersteuning heeft opgericht. De POH's-GGZ staan in deze gevallen op de loonlijst bij de geïntegreerde instelling en zijn dus niet in dienst van de daarvoor opgerichte stichting of coöperatie.

Wat betreft e-health behandelaanbod biedt een aantal van de geïntegreerde instellingen internetcursussen die gericht zijn op het voorkomen dat psychische klachten zich ontwikkelen tot een stoornis.

Met betrekking tot consultatie worden psychiaters en andere specialisten in dienst van de geïntegreerde GGZ-instellingen door huisartsen geconsulteerd. In sommige gevallen kan hiervoor een speciaal nummer gebeld worden, waarna een gespecialiseerde hulpverlener consultatief geraadpleegd kan worden (zoals bij Antes). In andere gevallen vindt er rechtstreeks contact plaats tussen huisarts en specialist, omdat zij elkaar kennen (zoals bij Mondriaan, GGZ Westelijk Noord-Brabant en Rivierduinen). Echter, in alle gevallen is het zo dat er geen geformaliseerde afspraken over consultatie zijn gemaakt en dat de geïntegreerde GGZ-instelling er geen financiële vergoeding voor krijgt. De consultatie vindt dan ook voornamelijk telefonisch plaats, omdat het te duur is om 'vrijwillig' een psychiater vrij te maken voor het zien van een patiënt.

5.6 Initiatieven vanuit andere, kleinschaliger GGZ-aanbieders

Naast de hierboven besproken initiatieven vanuit geïntegreerde GGZ-instellingen, zijn er ook vier initiatieven geïdentificeerd vanuit andere, kleinschaliger GGZ-aanbieders: Psygro, het Psychiatrisch Advies Centrum van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, BuurtzorgT en Transparant Next (zie tabel 5.1). Het gemeenschappelijke van de gevonden initiatieven is dat ze allemaal consultatie bieden aan de huisartsenzorg, al verschillen de organisatie en invulling hiervan onderling.

Psygro staat voor Psychiatrische Groepspraktijk en is een tweedelijns zorginstelling die voornamelijk actief is in Noord-Holland in de regio's Zaanstreek-Waterland en West-Friesland. Psygro huurt ruimtes in huisartsenpraktijken, waar zij een SPV en psychiater stationeren voor het leveren van ambulante GGZ. Door de aanwezigheid in de huisartsenpraktijk kunnen de SPV en psychiater laagdrempelig door de huisarts geraadpleegd worden voor (aanvullende) diagnostiek, medicatieadviezen en kortduurende psychiatrische behandeling. Huisartsen verwijzen veelal door naar een hulpverlener van Psygro bij beginnende psychiatrische problematiek zonder spoedeisend karakter, recidiverende zware psychiatrische problematiek die is uitbehandeld in de GGZ, co-morbiditeit tussen lichamelijke en psychische aandoening en medicatievraagstukken. Er wordt door Psygro mondeling en op schrift teruggekoppeld aan de huisarts. In een deel van de huisartsenpraktijken waar Psygro actief is, is daarnaast ook een POH-GGZ werkzaam. Per 2014 heeft Psygro haar behandelaanbod uitgebreid met POH-GGZ en aanbod gericht op de generalistische Basis-GGZ.

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) is een algemeen ziekenhuis in Nijmegen, waarbinnen de polikliniek psychiatrie het Psychiatrisch Advies Centrum (PAC) gevestigd is. Het PAC is indertijd opgezet vanuit de consultatiegelden (zie Hoofdstuk 2) en betreft

een samenwerkingsverband tussen de Regionale Huisartsen Vereniging Nijmegen, UMC St. Radboud, het CWZ en ProPersona. Huisartsen sturen hun patiënt door naar het PAC, waarna deze gezien wordt door een van de psychiaters aldaar. Binnen zeven werkdagen rapporteert deze de conclusies en behandeladviezen terug aan de huisarts. Daarnaast kunnen huisartsen zowel telefonisch als digitaal terecht voor vragen rond diagnostiek en behandeling bij hun patiënten met psychische problematiek.

BuurtzorgT is opgericht op initiatief van GGZ-aanbieder Molemann Mental Health en thuiszorgorganisatie Buurtzorg Nederland. BuurtzorgT heeft kleine zelfstandig opererende wijkteams, die thuis bij psychiatrische patiënten, die op meerdere levensgebieden problematiek ervaren, zowel behandeling als (praktische) ondersteuning en advies geven. Bijvoorbeeld op het gebied van lichamelijke verzorging, boodschappen doen, administratie, en het zoeken naar tijdsbesteding of werk. De samenstelling van de wijkteams wordt deels bepaald door de vraag uit de regio, maar in elk geval nemen (wijk)verpleegkundigen, maatschappelijk begeleider, SPV en psychiater daarin plaats. In november 2012 werd het eerste team in Amersfoort opgericht. Op dit moment zijn er tien teams actief, verdeeld over het land.

Elke patiënt heeft een vast aanspreekpunt in het wijkteam, die samen met de patiënt een begeleidingsplan opstelt. De betrokken psychiater, in de meeste gevallen afkomstig van Molemann, is beschikbaar voor consultatie aan de bij de patiënt betrokken hulpverleners en het leveren van specialistische GGZ. Naast de psychiater kan een BuurtzorgT team in samenspraak met de patiënt en de huisarts extra expertise inschakelen van psychotherapeuten, psychologen en andere specialisten.

De huisarts wordt gezien als de belangrijkste partner van het wijkteam, omdat die het beste overzicht heeft over het wel en wee van de patiënt. Als de huisarts vindt dat psychische behandeling nodig is, kan het wijkteam dit (deels) overnemen. Eerste kwartaal van 2014 start een pilot waarin BuurtzorgT POH-GGZ levert in de huisartsenpraktijk.

De Stichting Transparant Next maakt - binnen het kader van Project Next - gebruik van de NZa beleidsregel Innovatie en wordt daarom op deze plek meer gedetailleerd beschreven op basis van een interview gehouden in het najaar van 2013. Een uitgebreide uitwerking van het interview is te vinden in Bijlage 4. De inhoud is begin 2014 ter aanvulling en goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewde.

Transparant Next (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

De Stichting Transparant Next is opgericht vanuit Transparant, een kleinschalige GGZ-instelling in Leiden. Aanleiding was de aankomende nieuwe ordening van de GGZ per januari 2014. In samenwerking met verzekeraars Zorg & Zekerheid en VGZ werd een pilot ter ondersteuning van de huisartsen opgezet (Project Next), waarvoor een NZa beleidsregel Innovatie werd toegekend voor de periode februari 2013 - februari 2016. Vooralsnog zijn er geen andere verzekeraars bij betrokken.

Doelen

In Project Next werken alle betrokken zorgaanbieders in de regio Zuid-Holland Noord samen bij het verbeteren van de inrichting en uitvoering van de regionale GGZ-keten. Het betreft het ondersteunen van de huisarts en de POH-GGZ met triagediagnostiek, beslissingsondersteuning, e-health modules en consultatie, het ontwikkelen van een keteninformatiesysteem GGZ (waarop alle partijen in de regionale GGZ-keten op aangesloten zullen worden), en het invoeren van bewezen effectieve zorgprogramma's in de generalistische Basis-GGZ. Najaar 2013 is het onderdeel consultatie volledig uitgewerkt.

Consultatie

Huisartsen in de regio kunnen consultatie aanvragen bij de Consultatieve Dienst van Transparant Next. De consulten worden verricht door volwassenen-psychiaters, ouderenpsychiaters en verslavingsartsen, en betreffen zaken als diagnostiek, medicatieadvies, therapietrouw en behandeling. Er zijn verschillende vormen van consultatie, zoals face-to-face met de huisarts (max. 60 minuten per patiënt), telefonisch (15-30 minuten per gesprek) of via e-mail met de huisarts, of face-to-face met de patiënt, al dan niet in aanwezigheid van de huisarts (maximaal drie gesprekken). Consultatie vindt plaats in de huisartsenpraktijk als de huisarts meekijkt, anders op de locatie van Transparant Next. Er wordt voor de Consultatieve Dienst gebruik gemaakt van psychiaters in de verschillende subregio's, zodat patiënten niet ver hoeven te reizen.

Onderzoek

De eerste consulten zijn medio 2013 als pilot uitgevoerd. Deze eerste ervaringen leren dat de consultvragen van de huisarts meestal betrekking hebben op diagnostiek en medicamenteuze behandeling. De deelnemende huisartsen zijn positief over hun eerste ervaringen met de Consultatieve Dienst.

Beïnvloedende factoren

Najaar 2013 contracteren alleen verzekeraars VGZ en Zorg en Zekerheid het aanbod van Transparant Next, waardoor de consultatie niet voor alle patiënten wordt vergoed. De 'begrenzing' van de activiteiten van Transparant Next (consultatie, geen behandeling) is niet voor alle patiënten altijd even duidelijk. Sommige patiënten verwachten dat een eventuele (medicamenteuze) behandeling ook daar gegeven wordt. In het kader van Project Next is een netwerkorganisatie opgericht, met vertegenwoordigers van alle aanbieders in de regionale GGZ-keten. Dit netwerk bevordert de uitrol van de psychiatrische consultatie zoals geleverd door Transparant Next.

Toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Als uit de pilot blijkt dat de consultatie effect heeft, wil Zorg en Zekerheid sturen op een verdere verspreiding in de regio Zuid-Holland Noord. Het is echter nog onduidelijk hoe deze consultatie gefinancierd gaat worden binnen de reguliere bekostiging. Het is de vraag of de tijd die een psychiater nodig heeft voor een goede beoordeling, verslaglegging en advisering in deze nieuwe bekostigingsstructuur past. In 2104 wordt het ondersteuningsaanbod voor de huisarts uitgebreid met onder andere laagdrempelige triagediagnostiek (via het screeningsinstrument Screenquest) en e-health modules (blended variant).

5.7 Beschouwing en conclusie

Najaar 2013: sommige geïntegreerde GGZ-instellingen zijn meer voorgesorteerd dan andere op het nieuwe GGZ-stelsel, ook wat betreft het ondersteunen van de huisartsenzorg

Dit blijkt uit de variatie die er najaar 2013 te zien was wat betreft gerealiseerde voorzieningen gericht op de generalistische Basis-GGZ. Deze liep van GGZ-instellingen die hiervoor een zelfstandige organisatie mede hadden opgericht (zoals Indigo en Vicino NHN), via GGZ-instellingen die hiervoor een apart onderdeel hadden opgericht (zoals Prezens door GGZ inGeest en Denk door GGZ Friesland), tot GGZ-instellingen die dit (nog) niet hadden gedaan. Daarbij dient opgemerkt te worden dat een organisatie als Indigo of een onderdeel als Prezens al de nodige jaren bestaan (respectievelijk vanaf 2006 en 2007), terwijl Vicino NHN en Denk initiatieven van recente(re) datum zijn, toen het beleidskader voor het nieuwe GGZ-stelsel al in voorbereiding of gereed was.

Deze variatie hing samen met de breedte van het ondersteuningsaanbod voor de huisartsenzorg. Bij Indigo en Vicino NHN omvatte dit de inzet van POH's-GGZ, het gebruik van (digitale) screeningsinstrumenten door POH's-GGZ, een aanbod van e-health modules en consultatie. Bij verschillende van de door instellingen opgerichte aparte onderdelen voor generalistische Basis-GGZ was (nog) sprake van een minder breed ondersteuningspakket, evenals bij de geïntegreerde GGZ-instellingen zonder zo'n onderdeel.

Najaar 2013: bevindingen per type ondersteuning huisartsenzorg

Verschillende organisatie van POH-GGZ

Bij Indigo en Vicino NHN kon de POH-GGZ volledig in dienst zijn van deze organisaties, of ook deels nog in dienst zijn van de GGZ-instelling waarmee samengewerkt werd. De geïnterviewde vertegenwoordiger van Vicino NHN gaf aan dat het voordeel van het werkzaam zijn voor beide organisaties is dat de expertise van de POH-GGZ op peil wordt gehouden en er korte lijnen zijn met de specialistische GGZ. In het geval van aparte onderdelen gericht op generalistische Basis-GGZ of instellingen zonder zo'n onderdeel, werd de POH-GGZ gedetacheerd vanuit de GGZ-instelling, direct of via een – vanwege belastingtechnische redenen opgerichte – stichting of coöperatie, waarbij de POH-GGZ nog wel formeel in dienst was van de moederorganisatie.

Bezig met de overgang van bestaande screeningsinstrumenten naar instrumenten die aansluiten bij de nieuwe verwijscriteria

Dit bleek uit de interviews met vertegenwoordigers van Vicino NHN en Denk, initiatieven die gebruik maakten van de NZa beleidsregel Innovatie. Aangegeven werd dat Vicino NHN per januari 2014 gaat starten met het digitale screeningsinstrument van Telepsy (zie Hoofdstuk 6), dat aansluit op de nieuwe echelonnering van de GGZ en de bijbehorende nieuwe verwijis- en indicatiecriteria. GGZ Friesland, waarvan Denk onderdeel is, had plannen voor de ontwikkeling van een eigen instrument dat aansluit bij het nieuwe verwijismodel, in samenwerking met huisartsen, eerstelijnspsychologen en UMC Groningen.

Er is een e-health aanbod, maar het gebruik hiervan lijkt nog beperkt

Alle opgerichte voorzieningen voor generalistische Basis-GGZ en een aantal van de instellingen zonder apart opgericht onderdeel hiervoor, boden eind 2013 e-health modules die gericht waren op het bevorderen van zelfmanagement en/of geïndiceerde preventie. De geïnterviewde vertegenwoordigers van Vicino NHN en Denk gaven aan dat e-health nog niet vaak werd ingezet. Daarnaast werd binnen Denk overwogen om hun online aanbod op dit gebied te schrappen en zich volledig te focussen op een online aanbod gericht op patiënten met een psychische stoornis, omdat geïndiceerde preventie per 2014 onder de huisartsenzorg valt. Op basis van onze inventarisatie kan niet worden gezegd in hoeverre andere aanbieders een soortgelijke 'versmalling' van hun e-health aanbod overwogen.

Er is doorgaans geen sprake van structurele financiering van en afspraken over consultatie

Dat zou een mogelijke reden kunnen zijn dat er nog weinig gebruik leek te worden gemaakt van de consultatiemogelijkheden, al is een 'gouden standaard' voor de mate van consultatie niet voorhanden. Het bieden van consultatie aan huisartsen door meer gespecialiseerde GGZ-hulpverleners kan sinds januari 2014 worden gefinancierd vanuit de POH-GGZ module. Verwacht kan worden dat hierdoor vanuit de diverse opgerichte voorzieningen voor generalistische Basis-GGZ en/of vanuit de geïntegreerde GGZ-

instellingen sterker ingezet gaat worden op het bieden van consultatie, waarbij formele afspraken worden gemaakt met huisartsen.

2014: verwachte beweging bij 'achterblijvende' geïntegreerde GGZ-instellingen

Van de geïntegreerde GGZ-instellingen die najaar 2013 nog geen apart onderdeel voor generalistische Basis-GGZ hadden opgericht, gaf een aantal toen aan dat zij daarvoor wel plannen aan het maken waren. Een voorbeeld hiervan was Mondriaan, en inmiddels heeft deze instelling een apart onderdeel opgericht, genaamd 'Mondriaan Generalistische GGZ'. Daarnaast gaven instellingen die najaar 2013 reeds een apart onderdeel hadden aan dat er plannen waren om deze te ontwikkelen in de richting van een zelfstandige aanbieder van generalistische Basis-GGZ die organisatorisch volledig los staat van de 'moederorganisatie'.

Verwacht kan worden dat uiteindelijk de meeste geïntegreerde GGZ-instellingen in de nabije toekomst zullen samenwerken met een zelfstandige organisatie voor generalistische Basis-GGZ (Indigo of een organisatie à la Vicino NHN) of hiervoor een apart onderdeel opgericht zullen hebben. Een voordeel van een zelfstandige organisatie is dat de schijn vermeden wordt dat de 'moederorganisatie' zijn eigen toestroom van patiënten naar de gespecialiseerde GGZ regelt. Daarbij kan er ook nog voor worden gekozen om huisartsen mede oprichter te laten zijn. Zo hebben huisartsenorganisaties een meerderheidsaandeel in Vicino NHN. Het is hierdoor voorstelbaar dat huisartsen zich sterker betrokken zullen voelen bij de vorm en inhoud van de geleverde GGZ-ondersteuning door Vicino NHN.

Najaar 2013 bieden diverse andere GGZ-aanbieders ondersteuning aan de huisartsenzorg en de meesten breiden hun ondersteuningspakket uit in 2014

Naast initiatieven vanuit geïntegreerde GGZ-instellingen, werden er ook initiatieven geïdentificeerd vanuit andere, kleinschaliger GGZ-aanbieders. De vier besproken initiatieven (Psygro, een Psychiatrisch Advies Centrum (PAC), BuurtzorgT en Transparant Next) boden najaar 2013 alle consultatie aan huisartsen, waarbij er wel verschil was in de wijze waarop de consultatieve functie werd ingevuld en georganiseerd. Daarbij was BuurtzorgT een uitzondering, in de zin dat dit initiatief niet primair gericht was op het geven van consultatie aan de huisarts, maar op het bieden van wijkgerichte zorg aan psychiatrische patiënten met multiproblematiek. Consultatie aan de huisarts was hiervan een 'bijproduct'. Ook verschilde de bestaansduur van de initiatieven. Het PAC bijvoorbeeld werd circa een decennium geleden opgezet vanuit de destijds geldende consultatieregeling, terwijl de Consultatieve Dienst van Transparant Next recentelijk is opgezet met het oog op de nieuwe echelonnering per 2014. Uitgezonderd BuurtzorgT ging het in de initiatieven om geformaliseerde en gefinancierde vormen van consultatie. Daarbij viel de Consultatieve Dienst van Transparant Next onder de NZa beleidsregel Innovatie, waarbinnen uitgebreidere consultatie kon plaatsvinden dan binnen de reguliere financieringsmogelijkheden. Daar staat tegenover dat niet alle zorgverzekeraars de Consultatieve Dienst vergoedden, waardoor niet alle patiënten in de regio er gebruik van konden maken.

Uitgezonderd het PAC, gaven drie van de vier initiatieven aan per 2014 hun ondersteuningsaanbod voor de huisartsenzorg uit te gaan breiden. Zo levert Psygro vanaf 2014 POH-GGZ aan de huisartsenpraktijk en gaat BuurtzorgT beginnen met een pilot met POH-GGZ. Transparant Next zet in 2014 een 'Toolbox voor de POH-GGZ' uit in de huisartsenpraktijk, waar onder andere ondersteuning bij triagediagnostiek en e-health modules onderdeel van uitmaken.

2014: Wat wordt de rol van eerstelijnspsychologen?

Initiatieven van eerstelijnspsychologen gericht op het ondersteunen van de huisartsenzorg zijn in de inventarisatie buiten beschouwing gelaten. Van oudsher heeft de eerstelijnspsycholoog hierin een belangrijke rol, waarbij er één op één contacten bestaan met de huisarts. Binnen het nieuwe stelsel behoort de zorg van eerstelijnspsychologen tot de generalistische Basis-GGZ, die uitsluitend bestemd is voor personen met psychische stoornis. De vraag is wat deze verandering gaat betekenen voor de samenwerking met en de ondersteuning van de huisartsenzorg. Daarbij hebben eerstelijnspsychologen te maken met de verschillende initiatieven die vanuit de voorheen tweedelijns-GGZ geïnitieerd zijn of gaan worden, en die gericht zijn op de generalistische Basis-GGZ: zij zitten in elkaars vaarwater. De geïnterviewde vertegenwoordigers van Denk en Vicino NHN gaven dan ook aan dat er in eerste instantie sprake was van weerstand bij de eerstelijnspsychologen, omdat zij vreesden een deel van hun caseload kwijt te raken aan de nieuwe aanbieders. Na verloop van tijd normaliseerden de verhoudingen zich weer. Om zich sterker te positioneren in het snel veranderende GGZ-landschap, kan in ieder geval verwacht worden dat steeds meer eerstelijnspsychologen zich in de nabije toekomst gaan organiseren in grotere verbanden.

Conclusie

Met de invoering van de nieuwe echelonnering is het veld van GGZ-aanbieders volop in beweging gekomen, ook wat betreft het bieden van ondersteuning aan de huisartsenzorg. Najaar 2013 zijn er op dit gebied verschillende 'voorlopers'. Te verwachten valt dat 'achterblijvers' hun achterstand gaan inlopen. Het ontstane en toekomstige ondersteuningsaanbod vanuit GGZ-aanbieders dient geëvalueerd te worden op bruikbaarheid en effectiviteit om te kunnen bepalen of het bijdraagt aan het realiseren van de beoogde sterke huisartsenzorg.

6 Versterking van de GGZ in huisartsenpraktijk: initiatieven van niet-zorgaanbieders

Hoofdbevindingen

- Najaar 2013 zijn niet-zorgaanbieders doorgaans gericht op een specifieke vorm van ondersteuning van de huisartsenzorg, waarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen:
 - Organisaties die de inzet en organisatie van de POH-GGZ faciliteren (bv. SHOP, Linkkers, Pro Praktijksteun).
 - Aanbieders van nieuw ontwikkelde, digitale screeningsinstrumenten ter ondersteuning van het bepalen van zorgvraagzwaarte en behandel echelon (bv. Telepsy, VitalHealth). Deze instrumenten sluiten aan bij de nieuwe echelonnering en verwijscriteria.
 - Aanbieders van e-health interventies gericht op zelfmanagement en preventie die ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg (bv. Minddistrict, Mentalshare, Psy Health Direct).
- Stichting mirro vormt een uitzondering omdat het (a) een gezamenlijk initiatief is van vier GGZ-instellingen en verzekeraar Achmea en (b) een breed ondersteuningsaanbod heeft voor zowel de huisartsenzorg (via online zelfhulp modules en de mirro-screener) als de generalistische Basis-GGZ (via een behandelprotocol). Achmea stimuleert voor 2014 het gebruik van mirro-producten door GGZ-aanbieders en huisartsvoorzieningen door middel van een verhoging van de tarief vergoeding.
- Er ontstaan regionale verschillen wat betreft het gebruik van de recent ontwikkelde screeningsinstrumenten. TelePsy (TeleScreen en Quickscreen) heeft bijvoorbeeld een sterke positie in Limburg. Waarschijnlijk wordt in de regio's waar Achmea de dominante verzekeraar is, de mirro-screener breed uitgerold.
- Er bestaan kennislacunes rondom de nieuwe screeningsinstrumenten:
 - Er is nog weinig bekend over de vraag of huisartsen uit de voeten kunnen met de instrumenten.
 - Het is nog onduidelijk of de instrumenten goede psychometrische eigenschappen hebben, en wat hun effecten zijn op het verwijsgedrag en patiëntstromen.

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden initiatieven besproken van niet-zorgaanbieders ter versterking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de huisartsenpraktijk. Het gaat daarbij om de situatie zoals deze bestond in het najaar van 2013. De initiatieven zijn geïdentificeerd via zoekacties in de literatuur en gesprekken met deskundigen (zie Bijlage 3). Er is niet geprobeerd een uitputtend overzicht van alle bestaande initiatieven van niet-zorgaanbieders te geven, maar om inzicht te geven in de varianten in de lopende initiatieven. Het hoofdstuk begint met een indeling van de gevonden initiatieven in vier categorieën (paragraaf 6.1). In de daaropvolgende paragrafen (6.2 t/m 6.5) worden de initiatieven per categorie beschreven, waarbij uitgebreid stilgestaan wordt bij twee initiatieven die onder de NZa beleidsregel Innovatie vallen. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing van de belangrijkste bevindingen en een conclusie (paragraaf 6.6).

6.1 Indeling initiatieven van niet-zorgaanbieders

De gevonden initiatieven zijn ingedeeld op basis van het type ondersteuning dat geboden wordt aan de huisartsenzorg. Hierbij is – overeenkomstig de maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk per januari 2014 – gefocust op de POH-GGZ, screeningsinstrumenten, e-health en consultatie. Dit resulteerde in de volgende vier categorieën:

- a) faciliterende organisaties aan de huisartsenzorg;
- b) aanbieders van digitale screening;
- c) aanbieders van e-health interventies;
- d) andere niet-zorgaanbieders.

Tabel 6.1 geeft een overzicht van de per categorie gevonden initiatieven, waarop in het vervolg van het hoofdstuk nader wordt ingegaan. Opgemerkt dient te worden dat sommige initiatieven, zoals TelePsy en Psy Health Direct, ook hulpverleners in dienst hebben en daarom strikt genomen niet enkel en alleen als 'niet-zorgaanbieders' beschouwd kunnen worden. Wat de rol van deze hulpverleners is, wordt nader toegelicht bij de bespreking van de betreffende initiatieven.

Tabel 6.1 Indeling en voorbeelden van initiatieven van niet-zorgaanbieders ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk (situatie najaar 2013)

Categorie	Voorbeelden	Type ondersteuning huisartsenzorg			
		POH-GGZ	Screening	E-health	Consultatie
Faciliterende organisatie aan de huisartsenzorg	SHOP	+			
	Linkkers	+			
	Pro Praktijksteun	+			
Aanbieder van digitale screening	Telepsy (TeleScreen) ¹		+		
	VitalHealth (Screenquest)		+		
Aanbieder van e-health interventies	Minddistrict			+	
	Mental Share			+	
	Psy Health Direct			+	
Andere niet- zorgaanbieder	Stichting mirro ¹		+	+	

¹ Uitgevoerd in het kader van de NZa beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.

6.2 Faciliterende organisaties aan de huisartsenzorg

Deze categorie omvat organisaties die huisartsen faciliteren, onder meer bij de inzet en organisatie van POH's-GGZ. Voorbeelden zijn SHOP, Linkkers en Pro Praktijksteun.

SHOP (Stichting Huisartsen Ondersteuning Praktijkorganisatie) is actief in de regio Haaglanden en biedt verschillende diensten, waaronder advisering over de inzet van POH-GGZ, deskundigheidsbevordering voor huisarts en POH-GGZ en ondersteuning bij de jaarlijkse verantwoording naar de zorgverzekeraar. Het is mogelijk om via SHOP een POH-GGZ medewerker in te zetten in de huisartsenpraktijk, die SHOP structureel 'inleent' van de GGZ-instelling Parnassia Bavo Groep. SHOP treedt op als contractant POH-GGZ met de zorgverzekeraars en declareert namens de huisartsen het moduletarief POH-GGZ en de (telefonische) consulten van de POH-GGZ.

Linkkers (opererend vanuit Arnhem) biedt vergelijkbare diensten aan huisartsvoorzieningen, zoals het geven van advies over de inzet en organisatie van POH-GGZ, het werven en selecteren van POH's-GGZ, het begeleiden van de implementatie van een POH-GGZ en het faciliteren van deskundigheidsbevordering. Ook biedt Linkkers de mogelijkheid het werkgeverschap van de POH-GGZ op zich te nemen door middel van een detacheringsconstructie.

Ook Pro Praktijksteun (opererend vanuit Eindhoven) faciliteert huisartsvoorzieningen in de werving, het werkgeverschap en de begeleiding en aansturing van POH's-GGZ. Gemiddeld werken de POH's-GGZ die bij Pro Praktijksteun in dienst zijn bij twee tot vier verschillende huisartsenpraktijken, afhankelijk van het aantal uren.

6.3 Aanbieders van digitale screening

Er werden initiatieven gevonden die zich primair richten op de digitale ondersteuning van de huisarts en de POH-GGZ bij het bepalen van de zorgvraagzwaarte en verwijfsbestemming van patiënten met psychische problemen. Voorbeelden zijn de TeleScreen van TelePsy en Screenquest van VitalHealth.

ScreenQuest betreft de doorontwikkeling van het digitale screeningsinstrument PrimQuest dat indertijd ontwikkeld is door SynQuest²⁴. ScreenQuest omvat screening- en beoordelvingsvragenlijsten die in de huisartsenpraktijk aan de patiënt voorgelegd kunnen worden. Het doel van het instrument is het ondersteunen van de huisarts of de POH-GGZ bij screening en diagnostiek van psychische klachten bij patiënten en vervolgens het monitoren van het beloop van de klachten. Indien verwijzing vanuit de huisartsenzorg naar meer gespecialiseerde echelons aan de orde is, vergemakkelijkt ScreenQuest de verwijfscommunicatie door relevante gegevens beschikbaar te maken voor de vervolghandelaar.

Een ander voorbeeld van een digitaal screeningsinstrument ter ondersteuning van de huisarts of POH-GGZ is de TeleScreen van TelePsy. Omdat TelePsy gebruikt maakt van de NZa beleidsregel Innovatie, wordt dit initiatief meer gedetailleerd beschreven op basis van een interview gehouden in het najaar van 2013. Een uitgebreide uitwerking van het interview is te vinden in Bijlage 4. De inhoud is begin 2014 ter controle voorgelegd aan de geïnterviewde.

24 SynQuest is een samenwerkingsverband, opgezet in 2008, van negen instellingen in de GGZ. Het doel van dit samenwerkingsverband is het inzichtelijk maken van de zorg en deze evalueren en verbeteren, onder meer door het stimuleren van het gebruik en de implementatie van Routine Outcome Monitoring (ROM) in de GGZ.

TelePsy (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

TelePsy heeft in samenwerking met huisartsen, POH's-GGZ en GGZ-aanbieders in Limburg een digitale screener ontwikkeld voor huisartsen ten behoeve van een uitgebreide diagnostiek en daaruit voortvloeiend verwijzing naar het juiste echelon. Samen met de zorgverzekeraars CZ en VGZ werd een betaaltitel volgens de NZa beleidsregel Innovatie aangevraagd, die toegekend werd voor de periode juli 2011 – juli 2014.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken, betrokken hulpverleners

Meer dan 200 huisartsen in Limburg maken gebruik van TelePsy en in de rest van Nederland komen daar naar verwachting in 2014 enkele honderden bij. Zowel binnen als buiten Limburg kunnen zorgaanbieders (huisartsvoorzieningen en GGZ-aanbieders) een softwarelicentie aanschaffen.

De screeningstool (de TeleScreen) van TelePsy screent op alle assen van de DSM-IV. Het is een adaptieve vragenlijst, wat inhoudt dat op basis van de antwoorden van de patiënt wordt bepaald wat de vervolgvragen zijn. Aan de TeleScreen kunnen specialistische klachtenlijsten worden toegevoegd, om de ernst van bepaalde problemen nader te bepalen, en wordt gevraagd naar voorkeuren voor behandeling. Ook wordt het eventuele suïciderisico van een patiënt uitgevraagd. Als een patiënt weinig klachten heeft, duurt het invullen van de totale vragenlijst ongeveer 20 minuten, bij veel klachten tot een uur. Aan Telepsy zijn psychologen verbonden die een door het systeem gegenereerde rapportage ontvangen met de DSM-classificatie en aanvullende gegevens. De psycholoog toetst in een telefonisch gesprek met de patiënt de juistheid van de indicaties. Op basis van de indicaties uit de TeleScreen en de gegevens van GGZ-aanbieders in KiesBeter.nl genereert de applicatie een passend verwijsadvies, waarbij rekening wordt gehouden met de reisafstand en persoonlijke voorkeuren van de patiënt.

Onderzoek

De Maastricht University voert momenteel onderzoek uit naar de psychometrische kwaliteiten van de TeleScreen en de (kosten)effectiviteit van de inzet van het instrument. Eerste uitkomsten wijzen uit dat zowel patiënten als huisartsen/POH's-GGZ tevreden zijn met de applicatie.

Beïnvloedende factoren

Het inzetten van TelePsy vraagt van de huisarts of POH-GGZ een inschatting of deze manier van screenen geschikt is voor de patiënt. Om de vragenlijsten in TelePsy te kunnen begrijpen, moeten mensen de Nederlandse taal machtig zijn. Daarnaast is het belangrijk dat huisartsen geen patiënten naar TelePsy verwijzen waarbij een crisissituatie dreigt, omdat mensen de vragenlijsten zelfstandig en dus niet in het bijzijn van een zorgverlener invullen.

Toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Vanaf januari 2014 kan de screening van TelePsy bekostigd worden vanuit de regeling POH-GGZ, waarmee het instrument in principe toegankelijk is voor alle verzekerden in Nederland. Vanaf januari 2014 sluit het echelonadvies van TelePsy aan op de nieuwe echelonering van de GGZ, en bijbehorende indicatiecriteria. Hierbij wordt tevens onderscheid gemaakt tussen de vier verschillende zorgvraagzwaarteproducten binnen de generalistische Basis-GGZ. Het advies in de terminologie van de 'oude' ordening (van voor 2014) zal daarnaast nog enige tijd zichtbaar blijven. TelePsy geeft inmiddels overal in het land trainingen om GGZ-aanbieders te scholen in het gebruik van de TeleScreen. Daarnaast heeft TelePsy een verkorte versie van de TeleScreen ontwikkeld, de zogeheten 'QuickScreen', welke door huisartsen en POH's-GGZ zelfstandig kan worden ingezet bij vermoedens van lichte tot matige problematiek. In samenwerking met verschillende GGZ-instellingen en praktijken wordt tot slot gewerkt aan de TeleScreen Junior, ten behoeve van de jongere patiëntpopulatie..

6.4 Aanbieders van e-health interventies

Een andere categorie van gevonden initiatieven betreft aanbieders van e-health interventies. Voorbeelden zijn Minddistrict, Mentalshare en Psy health Direct (zie tabel 6.1). Een belangrijk deel van het online aanbod van deze aanbieders is gericht op het bevorderen van het zelfmanagement van mensen met psychische klachten en op het voorkomen dat de klachten zich ontwikkelen tot een psychische stoornis (geïndiceerde preventie). Binnen het nieuwe GGZ-stelsel vormen het stimuleren van zelfmanagement en geïndiceerde preventie onderdelen van de huisartsenzorg. Een e-health aanbod waar naar verwezen kan worden, kan huisartsen en POH's-GGZ hierbij ondersteunen.

Minddistrict is opgericht in januari 2008, met behulp van GGZ Noord-Holland-Noord, Dimence, Verslavingszorg Noord Nederland en Novadic-Kentron. Minddistrict biedt een breed aanbod aan (zelf ontwikkelde) e-health diensten, waaronder een ruim assortiment aan e-health interventies die bedoeld zijn voor zelfhulp/preventie en de eerste lijn. Voorbeelden zijn modules die gericht zijn op ontspanning, slaapproblemen, angst- of somberheidsklachten, rouwverwerking en het onder controle krijgen van alcoholgebruik of piekeren. De online modules kunnen ook in de vorm van blended care,

onder begeleiding van een hulpverlener (bv. een psycholoog of POH-GGZ), gevolgd worden. Minddistrict biedt gebruikers een gepersonaliseerde en beveiligde digitale omgeving, die toegang biedt tot de modules. Wanneer iemand ervoor kiest de module in blended vorm te volgen, krijgt de hulpverlener (met toestemming van de patiënt) ook een inlogcode en is er de mogelijkheid de module samen te doorlopen. Naast verschillende GGZ-aanbieders en instellingen voor verslavingszorg, maakte najaar 2013 onder andere ook Vicino NHN (zie Hoofdstuk 6) en Zorroo (Zorggroep Regio Oosterschouwen en Omstreken) gebruik van het e-health aanbod van Minddistrict. Zorgverzekeraar Menzis heeft zelfhulpmodules van Minddistrict opgenomen als onderdeel van de gratis toegankelijke online zorgportaal Menz en Geest.

Mentalshare²⁵ (aandeelhouders: Trimbos-instituut, Noaber Foundation en Paranassia Groep) is een ander voorbeeld van een aanbieder van online interventies die geschikt zijn voor de huisartsenzorg. Het aanbod bestaat uit modules die gericht zijn op het onder controle krijgen van alcoholgebruik, somberheidsklachten, werkstress en het verbeteren van de mentale fitheid. Deze modules worden zelfstandig in eigen tijd gevolgd. Daarnaast biedt Mentalshare een module die specifiek bedoeld is voor het verminderen van somberheidsklachten bij diabetes. Tijdens het doorlopen van deze interventie ontvangt de patiënt feedback van een psycholoog. Mentalshare biedt ook een zogeheten zelfhulpwijzer aan. Via deze online site kunnen personen vragenlijsten invullen die een indicatie geven van de ernst van eventuele psychische klachten en, indien passend, een verwijfsadvies geven naar een online interventie van Mentalshare.

Een laatste voorbeeld in deze categorie is Psy Health Direct, een joint venture van Medicinfo en Innohealth²⁵. Psy Health Direct biedt e-health interventies die ingezet kunnen worden in de huisartsenzorg, of waar huisartsen naar kunnen verwijzen. De interventies zijn gericht op burn-out, somberheidsklachten, depressieve klachten of angstklachten. De huisarts beschikt over een eigen dashboard, het 'behandelarenportaal'. Vanuit dit portaal kunnen inloggegevens voor patiënten aangemaakt worden, waarmee deze vervolgens kunnen inloggen in de module en deze starten. De huisarts of POH-GGZ kan vanuit van het behandelarenportaal de voortgang van de behandeling volgen. De huisarts kan een patiënt ook verwijzen naar een online interventie van Psy Health Direct. Tijdens het volgen van de interventie krijgt de patiënt drie gesprekken met zijn of haar persoonlijke begeleider van het Psy Health Direct begeleidingsteam. Deze begeleider is getraind in het voeren van motiverende gesprekken, houdt het verloop van de behandeling in de gaten en ondersteunt en stuurt bij als dat nodig is. Na afloop bekijken de patiënt en de begeleider samen of de gestelde doelen zijn gehaald en wordt omgang met eventuele terugval besproken. De huisarts krijgt een terugkoppeling over de voortgang en resultaten van de behandeling van de persoonlijk begeleider.

Opgemerkt dient te worden dat Minddistrict, Mentalshare en Psy Health Direct ook online screeners bieden, waarmee een inschatting wordt verkregen van de aard en de ernst van psychische klachten en of hun online modules hiervoor een passende behandeling zijn.

25 Recentelijk (juni 2014) zijn Mentalshare en Psy Health Direct gefuseerd onder de naam Mentalshare Direct.

6.5 Andere niet-zorgaanbieders: Stichting mirro

Een andere aanbieder – Stichting mirro – past niet goed onder de drie hierboven besproken categorieën (faciliterende organisaties aan de huisartsenzorg, aanbieders van digitale screening en aanbieders van e-health modules). Stichting mirro is een gezamenlijk initiatief van GGZ-aanbieders en een verzekeraar. Daarnaast is het gericht op het bieden van een ‘breed’ ondersteuningspakket voor zowel de huisartsenzorg als de generalistische Basis-GGZ. Omdat Stichting mirro in het najaar van 2013 onder de NZa beleidsregel Innovatie viel, wordt dit initiatief hieronder meer gedetailleerd belicht, op basis van een toentertijd gehouden interview. Een uitgebreide uitwerking van het interview is te vinden in Bijlage 4. Deze is begin 2014 ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewde.

Stichting mirro (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Stichting mirro is het gezamenlijke initiatief van vier GGZ-instellingen (AZmn/Ambulante Zorggroep Midden-Nederland, GGZ Drenthe, GGZ inGeest, Parnassia Bavo Groep) en verzekeraar Achmea. Aanleidingen voor de oprichting waren het beperkte gebruik van e-mental health en de variatie tussen huisartsenpraktijken in het aantal verwijzingen naar de GGZ. In 2013 is een NZa beleidsregel Innovatie toegekend, met een looptijd van drie jaar. Zorgaanbieders kunnen de producten van Stichting mirro inkopen.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken

Stichting mirro biedt online zelfhulp modules, de mirro-screener (een screenings- en zorgtoewijzingsinstrument voor de huisarts) en een behandelprotocol voor het nieuwe echelon van de generalistische Basis-GGZ. Zowel huisartsen als aanbieders van generalistische Basis-GGZ kunnen gebruik maken van de producten. Er kan gekozen worden om alleen de mirro-screener te gebruiken of een mirro-keurmerk aan te vragen. Met het keurmerk voldoen zorgaanbieders aan verscheidene voorwaarden en geven ze zorg te leveren volgens de mirro-aanpak. Hiertoe organiseert Stichting mirro trainingen.

Screeneer

De mirro-screener bestaat uit een digitale vragenlijst met dertien hoofdklachten volgens de indeling van de DSM-IV. De patiënt kan de gehele screener deels zelfstandig of samen met de huisarts of de POH-GGZ doorlopen, waarna het advies gezamenlijk besproken wordt. Patiënten kunnen maximaal drie hoofdklachten aanvinken. Bij elke aangevinkte hoofdklacht volgt automatisch een set aanvullende vragen. De mirro-screener genereert na beantwoording van de vragen een subscore voor vijf criteria: aard, ernst, risico, complexiteit en duur van de klachten. De afname duurt tot 20 minuten.

E-health

De zelfhulpmodules omvatten informatie, tips, tests, oefeningen, video's en ervaringsverhalen. Beschikbare modules richten zich op: mantelzorg, verslaving, rouwverwerking en het voorkomen van overbelasting. Zeven modules zijn in ontwikkeling (werkende moeders, relatieproblemen, slaapproblemen, het nieuwe werken, alcohol en ouderen, angst en paniek, en geldzorgen). De modules zijn gratis en anoniem toegankelijk. De huisarts/POH-GGZ kan een patiënt verwijzen naar het aanbod.

Onderzoek

De VU doet onderzoek naar het gebruik en de opbrengsten van de zelfhulpmodules (resultaten najaar 2014). Vanaf januari 2013 loopt een onderzoek naar de implementatie van de mirro-screener in huisartsenpraktijken. Resultaten zijn nog niet bekend. Begin 2014 start een onderzoek naar het gebruik van de mirro-screener. Verder is de screener nog niet gevalideerd. Onderzoek hiernaar wordt binnenkort opgestart.

Beïnvloedende factoren

Achmea stimuleert het gebruik van de mirro-producten bij aanbieders van de generalistische Basis-GGZ, door middel van een verhoging van de tarief vergoeding. Naar verwachting zullen hierdoor meer zorgaanbieders de producten gaan afnemen. Huisartsen waren niet betrokken bij de oprichting van Stichting mirro. Inmiddels worden huisartsen actief betrokken bij de doorontwikkeling van de mirro-producten.

Toekomst (vanaf 1 januari 2014)

De mirro-screener geeft een echelonadvies dat aansluit bij de nieuwe echelonnering van de GGZ en bijbehorende indicatiecriteria. Omdat de mirro-producten goed passen in de financieringsstructuur van het nieuwe GGZ-stelsel is besloten niet langer gebruik te maken van de NZa-betaaltitels. Achmea is op dit moment nog als enige verzekeraar betrokken. Er lopen gesprekken met andere verzekeraars en andere zorgaanbieders om toe te treden tot het bestuur.

6.6 Beschouwing en conclusie

Najaar 2013: diverse initiatieven van niet-zorgaanbieders die doorgaans gericht zijn op een specifieke vorm van GGZ-ondersteuning van de huisartsenzorg

De gevonden initiatieven van niet-zorgaanbieders focussen op: a) het faciliteren van de inzet en organisatie van de POH-GGZ; b) het ondersteunen van het bepalen van de zorgvraagzwaarte en het behandelplan van patiënten door middel van nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten; of c) het bieden van e-health interventies die huisartsen of POH's-GGZ kunnen inzetten bij patiënten ten behoeve van zelfhulp of preventie.

Stichting mirro vormt een uitzondering omdat het een initiatief is van vier GGZ-instellingen en een verzekeraar (Achmea) en omdat het een ondersteuningsaanbod heeft voor zowel de huisartsenzorg (via online zelfhulp modules en de mirro-screener) als de generalistische Basis-GGZ (via een behandelprotocol).

Verwachtingen per type ondersteuning

Grotere rol faciliterende organisaties bij de organisatie van POH-GGZ

Met de verruiming en functionalisering van de regeling POH-GGZ per januari 2014, kan verwacht worden dat de rol van organisaties die de inzet en organisatie van de functie POH-GGZ faciliteren, zoals SHOP, Linkkers en Pro Praktijksteun, groter gaat worden.

Gebruik van verschillende digitale screeningsinstrumenten in verschillende regio's

TelePsy heeft zich onder andere een sterke positie verworven in Limburg (waar VGZ en CZ de dominante zorgverzekeraars zijn). Verwacht kan worden dat vooral in de regio's waar Achmea de dominante verzekeraar is, de mirro-screener breed uitgerold gaat worden. Uit Hoofdstuk 5 kwam al naar voren dat ScreenQuest in de regio Zuid-Holland Noord uitgerold wordt. Aldus worden er in verschillende regio's verschillende digitale screeningsinstrumenten gebruikt, een ontwikkeling die strijdig lijkt met de afspraak in het Onderhandelaarsresultaat 2014-2017 om een uniform screeningsinstrument voor de huisartsenzorg te ontwikkelen. De beschrijvingen van TeleScreen (van TelePsy) en de screener van Stichting mirro maken duidelijk dat er verschillen bestaan wat betreft inhoud (de bestaande vragenlijsten waarop de screeners gebaseerd zijn), de uitgebreidheid en daaraan gekoppeld de afnameduur (het invullen van de TeleScreen kan bij complexe klachten 60 minuten duren; bij de mirro-screener is de afnameduur maximaal 20 minuten) en de wijze en plaats van afname (in de thuissituatie of in de huisartsenpraktijk met de huisarts/POH-GGZ). De verkorte versie die TelePsy inmiddels heeft ontwikkeld van de TeleScreen, de zogeheten 'Quickscreen', is overigens vergelijkbaar met de mirro-screener qua afnameduur en in de zin dat het afnemen plaatsvindt in de huisartsenpraktijk.

Los van de verschillen tussen de screeningsinstrumenten, is er nog niet veel bekend over de vraag of huisartsen en POH's-GGZ uit de voeten kunnen met de instrumenten (hoewel eerste ervaringen met bv. Telescreen positief zijn). Daarnaast is nog onduidelijk

of de instrumenten goede psychometrische eigenschappen hebben. Onbekend is ook wat hun effecten zijn op het verwijsgedrag van de huisarts, en bijgevolg op de patiëntstromen naar de generalistische Basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

Bredere uitrol van e-health in huisartsenzorg

De besproken voorbeelden (Minddistrict, Mentalshare en Psy Health Direct) geven aan dat er vanuit niet-zorgaanbieders al een behoorlijk online aanbod (al dan niet in een blended variant) bestaat waar de huisarts of POH-GGZ gebruik van kan maken voor het stimuleren van zelfzorg of voor preventie. Dit wordt bevestigd door een recentelijk uitgevoerde kennissynthese (Riper e.a., 2013). Per januari 2014 kunnen ook e-health interventies bekostigd worden vanuit de regeling POH-GGZ. Verwacht kan worden dat hierdoor het beschikbare online aanbod binnen de huisartsenzorg breder uitgerold gaat worden.

Ontstaan er verschillen tussen verzekeraars wat betreft inkoopvoorwaarden?

Achmea stimuleert – als medeoprichter van Stichting mirro – onder GGZ-aanbieders en huisartsvoorzieningen het leveren van zorg volgens de mirro-aanpak door middel van een verhoging van de tarief vergoeding. Daardoor kan worden verwacht dat in de regio's waar Achmea de dominante verzekeraar is, relatief veel GGZ-aanbieders en huisartsvoorzieningen de mirro-producten (o.a. online zelfhulp modules, de mirro-screener en het behandelprotocol voor de generalistische Basis-GGZ) gaan gebruiken. Het is mogelijk dat de animo onder huisartsen beperkt zal blijken te zijn, omdat zij niet van het begin af aan betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de mirro-producten. Stichting mirro is wel bezig een inhaalslag te maken wat betreft betrokkenheid van huisartsen. Ook worden er pogingen ondernomen om andere verzekeraars te betrekken bij Stichting mirro.

Onze inventarisatie richtte zich niet primair op zorgverzekeraars. Daardoor is het onduidelijk hoe andere verzekeraars aankijken tegen het mirro-concept en of zij mogelijk op een andere wijze sturing willen geven aan de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk.

Conclusie

Niet-zorgaanbieders richten zich veelal op het ondersteunen van een specifiek aspect van de huisartsenzorg (POH-GGZ, bepalen van de zorgvraagswaarte en het behandelchelon, al dan niet begeleide online zelfhulp). Stichting mirro vormt een andersoortig initiatief omdat het opgericht is door vier GGZ-instellingen en verzekeraar Achmea en omdat het een breed ondersteuningsaanbod voor zowel de huisartsenzorg /POH-GGZ als de generalistische Basis-GGZ biedt. Er ontstaan regionale verschillen wat betreft het gebruik van nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten.

Deel C: Een vooruitblik

7 Slotbeschouwing

In de voorgaande delen van dit rapport is:

- a) op basis van de literatuur teruggeblikt op eerdere maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk, en de opbrengsten daarvan; en
- b) een stand van zaken gegeven van in najaar 2013 lopende initiatieven die gericht waren op het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk, dus op de drempel van de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel.

Op basis van de bevindingen wordt een eerste indruk gekregen van de wijze waarop de nieuwe maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk per januari 2014 in de praktijk worden vormgegeven of gaan worden, en wat daarbij aandachtspunten en kennislacunes zijn. In deze slotbeschouwing worden de bevindingen en geconstateerde 'witte vlekken' uit de verschillende hoofdstukken puntsgewijs op een rij gezet. Dit gebeurt eerst per type GGZ-ondersteuning van de huisartsenzorg (POH-GGZ, screening, e-health en consultatie) (paragraaf 7.1) en daarna per type aanbieder (aanbieders van huisartsenzorg, GGZ-aanbieders en niet-zorgaanbieders) (paragraaf 7.2). Vervolgens wordt een blik vooruit geworpen op de regionale en lokale variatie die ontstaat wat betreft de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk (paragraaf 7.3). Afgesloten wordt met algemene conclusies en aanbevelingen (paragraaf 7.4).

7.1 Ontwikkelingen per type GGZ-ondersteuning in de huisartsenpraktijk

7.1.1 Functie POH-GGZ

Nieuwe maatregelen per januari 2014

De module POH-GGZ is versterkt:

- De maximaal mogelijk inzet van een POH-GGZ is verruimd naar 12 uur per week per normpraktijk (2.350 patiënten).
- Het is mogelijk e-health, consultatie en geïndiceerde preventie (groepscurssussen) te bekostigen vanuit de module POH-GGZ.
- Andere aanbieders (dan de huisartsvoorziening) mogen de functie POH-GGZ organiseren en contracteren (functionalisering).

Welke bevindingen zijn er gedaan?

- De meest recent beschikbare cijfers geven aan dat in april 2013 naar schatting 47% van de huisartsen gebruik maakte van een POH-GGZ. Het merendeel van de POH's-GGZ had een achtergrond als SPV en zij werkten gemiddeld 15 uur per week als POH-GGZ.
- Uit landelijke en regionale/lokale studies uitgevoerd tussen 2008-2013 kwam een positief beeld naar voren:
 - POH's-GGZ voerden het merendeel van de beoogde patiëntgebonden taken uit in de dagelijkse praktijk, zoals die omschreven staan in het functieprofiel en de door de NZa opgestelde prestatiebeschrijving.
 - Zowel huisartsen en patiënten als POH's-GGZ zelf waren over het algemeen tevreden over de functie.
- Uit onze inventarisatie van initiatieven bleek dat in het najaar van 2013 de functie POH-GGZ op verschillende manieren werd georganiseerd. Dit gebeurde vanuit zorggroepen (zoals PoZoB), vanuit faciliterende organisaties voor de huisartsenzorg (zoals SHOP, Linkkers en Pro Praktijksteun), vanuit zelfstandige organisaties gericht op generalistische Basis-GGZ (zoals Indigo en Vicino NHN) en vanuit (onderdelen van) geïntegreerde GGZ-instellingen (zoals Mondriaan en Prezens, onderdeel van GGZ inGeest). Sommige geïntegreerde GGZ-instellingen hadden een aparte stichting of coöperatie opgericht (zoals Coöperatie Eerstelijnsondersteuning).
- Vanaf 2014 zijn ook andere aanbieders (zoals Psygro en BuurtzorgT) van plan om POH-GGZ te organiseren.

Welke aandachtspunten en kennislacunes zijn geïdentificeerd?

- De uitgevoerde studies naar de functie POH-GGZ in de dagelijkse praktijk hadden vaak te kampen met methodologische beperkingen, waaronder lage responspercentages of kleine studiepopulaties. Er is behoefte aan landelijk representatief onderzoek.
- De uitgevoerde studies gaven aan dat er regionale en lokale variatie tussen POH's-GGZ bestaat wat betreft contactfrequentie met patiënten en verwijsgedrag. Het is wenselijk om inzicht te krijgen in de grootte van deze variatie, en in de oorzaken en (mogelijke) gevolgen hiervan.
- De uitgevoerde studies gaven verscheidene verbeteringsuggesties ten aanzien van de rol van de POH-GGZ, waaronder:
 - Meer wijkgericht (outreaching) werken.
 - Een grotere rol bij de zorg voor jongeren en ouderen.
 - Een grotere rol bij het bieden van gezondheidsbevordering, (terugval)preventie en het begeleiden van zelfmanagement, al dan niet in de vorm van e-health.
 - Meer tijd voor niet-patiëntgebonden taken, zoals de communicatie en samenwerking met de huisarts en andere disciplines, deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering.
 - Informatievoorziening aan de patiënt (over hulpaanbod, werkwijze en terugkoppeling naar huisarts)

Het is aan te bevelen om na te gaan of deze verbeterpunten landelijk dan wel regionaal gelden, en of de recente maatregelen ter versterking van de module POH-GGZ voldoende ondersteuning bieden om deze verbeteringen te kunnen realiseren.

- Er is nog weinig bekend over of de werkzaamheden en het verwijsgedrag van de POH-GGZ mogelijk beïnvloed worden door de wijze van organisatie van de functie POH-GGZ.
- In het nieuwe stelsel wordt beoogd dat de POH-GGZ patiënten met stabiele chronische problematiek begeleidt. Echter, er is weinig bekend over in hoeverre POH's-GGZ deze rol in de dagelijkse praktijk oppakken, en tegen welke (mogelijke) knelpunten ze daarbij aanlopen.
- Er is een gebrek aan kennis over de (kosten)effectiviteit van de door POH's-GGZ geboden hulp.

7.1.2 Screening: ondersteuning bij het bepalen van zorgvraagzwaarte en behandelchelon

Nieuwe maatregelen per januari 2014

De huisarts heeft in het nieuwe GGZ-stelsel een cruciale rol bij het bepalen van de zorgvraagzwaarte van patiënten met psychische problemen, in de zin dat hij of zij bepaalt of behandeling in de huisartsenzorg, de generalistische Basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ aangewezen is. Ter ondersteuning hiervan is een verwijzingsmodel ontwikkeld, wat vijf verwijscriteria omvat (vermoeden DSM-benoemde stoornis, ernst problematiek; risico; complexiteit; en beloop klachten). In het Onderhandelarsresultaat GGZ 2014-2017 is afgesproken dat voor het beoordelen van deze verwijscriteria een uniform screeningsinstrument wordt ontwikkeld.

Welke bevindingen zijn er gedaan?

- Trendstudies gaven aan dat het verwijzingspercentage van de huisartsenzorg naar de 'oude' tweedelijns-GGZ bleef stijgen, ondanks dat er in de afgelopen 15 jaar diverse maatregelen zijn genomen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Dit geeft aan dat het beïnvloeden van patiëntenstromen lastig is. Het nieuwe GGZ-stelsel werpt drempels op voor verwijzing naar de generalistische Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ (o.a. er dient sprake te zijn van een psychische stoornis, er geldt een eigen risico) om zo de beoogde ombuiging van de verwijzingsstroom daadwerkelijk te realiseren.
- Onze inventarisatie liet zien dat najaar 2013 huisartsen en POH's-GGZ dikwijls gebruik maakten van bestaande, gevalideerde screeningslijsten, die al dan niet digitaal werden afgenomen.
- Najaar 2013 waren er vanuit verschillende niet-zorgaanbieders (zoals TelePsy, Vital-Health en Stichting mirro) verschillende nieuw ontwikkelde, digitale screeningsinstrumenten beschikbaar voor de huisartsenzorg, die aansluiten op de nieuwe echelonning van de GGZ en de bijbehorende verwijz- en indicatiecriteria.

Welke aandachtspunten en kennislacunes zijn geïdentificeerd?

- Er ontstaat regionale variatie in het gebruik van de nieuw ontwikkelde, digitale screeningsinstrumenten. De TeleScreen (het instrument van TelePsy) werd najaar 2013 door veel huisartsen in Limburg gebruikt. Het gebruik van de mirro-screener wordt door verzekeraar Achmea – als medeoprichter van Stichting mirro – gestimuleerd, waardoor verwacht kan worden dat dit instrument in de regio's waar Achmea dominant is gebruikt gaat worden. Begin 2014 is begonnen met de uitrol van ScreenQuest (het instrument van VitalHealth) in de regio Zuid-Holland Noord. Dit roept de vraag op of een landelijke toepassing van een uniform screeningsinstrument – zoals afgesproken in het Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017 – wel gerealiseerd kan worden.
- Landelijk gezien is het onduidelijk in hoeverre er in de huisartsenzorg een overgang plaatsvindt van het gebruik van bestaande screeningsinstrumenten naar de nieuw ontwikkelde instrumenten, en wat hierbij beïnvloedende factoren zijn. Kunnen huisartsen en POH's-GGZ bijvoorbeeld wel uit de voeten met de nieuwe instrumenten? Afgezien van gepubliceerde eerste positieve ervaringen met de TeleScreen, loopt onderzoek hiernaar nog. Daarbij komt dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben aangegeven geen voorstander te zijn van het gebruik van de nieuwe instrumenten vanwege het ontbreken van wetenschappelijke onderbouwing.
- Op dit moment is het inderdaad nog onduidelijk of ze goede psychometrische eigenschappen hebben. Studies hiernaar lopen. Daaruit zal moeten blijken of de instrumenten de huisarts adequaat ondersteunen bij het verwijzen en bijgevolg bijdragen aan de beoogde verschuiving van patiëntstromen.

7.1.3 E-health: ondersteuning bij preventie en zelfmanagement

Nieuwe maatregelen per januari 2014

E-health kan bekostigd worden uit de module POH-GGZ. Geïndiceerde preventie en het bevorderen van zelfzorg behoren in het nieuwe GGZ-stelsel tot het domein van de huisartsenzorg. Een e-health aanbod kan huisartsen en POH's-GGZ hierbij ondersteunen.

Welke bevindingen zijn er gedaan?

- Onze inventarisatie gaf aan dat najaar 2013 diverse niet-zorgaanbieders (zoals Minddistrict, Mentalshare en Psy Health Direct) e-health modules – al dan niet in een blended variant – in hun aanbod hadden, die ingezet kunnen worden binnen de huisartsenzorg.
- Ook de zelfstandige organisaties voor generalistische Basis-GGZ (Indigo en Vicino NHN) en de aparte onderdelen van geïntegreerde GGZ-instellingen voor generalistische Basis-GGZ (zoals Prezens van GGZ inGeest en Denk van GGZ Friesland) hadden

najaar 2013 doorgaans e-health modules in hun aanbod gericht op geïndiceerde preventie en/of zelfmanagement. Geregeld betroffen dit e-health modules van bovengenoemde (of andere) niet-zorgaanbieders. Geïnterviewde vertegenwoordigers van Vicino NHN en Denk gaven aan dat e-health nog niet vaak ingezet werd.

- Ook drie van de vier zorgprogramma's van verschillende zorggroepen of samenwerkende gezondheidscentra die najaar 2013 gebruik maakten van de NZa beleidsregel Innovatie omvatten e-health modules van niet-zorgaanbieders. Echter, hiervan werd weinig gebruik gemaakt. De drempel voor het toepassen van e-health leek bij zowel POH's-GGZ als patiënten vooralsnog (te) hoog te zijn.
- Stichting mirro – een gezamenlijk initiatief van vier GGZ-instellingen en verzekeraar Achmea – bood najaar 2013 een aantal online zelfhulp modules en was bezig met de ontwikkeling van aanvullende interventies.

Welke aandachtspunten en kennislacunes zijn geïdentificeerd?

- Uit het interview met de vertegenwoordiger van Denk (GGZ Friesland) kwam naar voren dat overwogen werd om hun online aanbod op het gebied van zelfhulp en geïndiceerde preventie te schrappen, en te focussen op een online aanbod gericht op patiënten met een psychische stoornis. Het is onduidelijk in hoeverre andere GGZ-aanbieders een soortgelijke 'versmalling' van hun e-health aanbod overwogen, en dit overlaten aan de huisartsenzorg.
- De hierboven genoemde zorgprogramma's op het gebied van GGZ kunnen beschouwd worden als 'voorlopers'. Het is waarschijnlijk dat e-health bij veel huisartsvoorzieningen nog geen standaard onderdeel uitmaakt van het hulpaanbod. Nagegaan zal moeten worden of de uitrol van e-health binnen de huisartsenzorg gestimuleerd gaat worden door de mogelijkheid tot bekostiging vanuit de module POH-GGZ.
- Het beperkte gebruik van het e-health aanbod binnen de vier beschreven zorgprogramma's wijst op de wenselijkheid van kennis van de knelpunten die huisartsen, POH's-GGZ en patiënten hierbij ervaren, en van het uitvoeren van implementatietrajecten om het daadwerkelijke gebruik van e-health in de huisartsenpraktijk te stimuleren.

7.1.4 Consultatie: ondersteuning van specialistische hulpverleners

Nieuwe maatregel per januari 2014

Consultatieve raadpleging door huisartsen van gespecialiseerde GGZ-hulpverleners (zoals een psychiater of een psycholoog) kan worden gefinancierd vanuit de POH-GGZ module.

Welke bevindingen zijn er gedaan?

- Uit onze inventarisatie bleek dat er najaar 2013 op verschillende fronten sprake was van een consultatiemogelijkheid voor de huisartsenzorg.
- Consultatieve raadpleging van een psychiater was een onderdeel van alle vier de zorgprogramma's die we nader bekeken hadden. Hiervan werd weinig gebruik gemaakt, vaak bij niet meer dan enkele procenten van de patiënten die een zorgprogramma instroomden.
- Ook het aanbod van zelfstandige organisaties gericht op generalistische Basis-GGZ (zoals Indigo en Vicino NHN) omvatte najaar 2013 consultatie.
- Wat betreft consultatie vanuit geïntegreerde GGZ-instellingen aan huisartsen was er najaar 2013 doorgaans geen sprake van structurele financiering en afspraken.
- Eind 2013 bood een gemêleerde groep andere GGZ-aanbieders (waaronder Psygro, Psychiatrisch Advies Centrum, BuurtzorgT en Transparant Next) ook consultatie aan de huisarts. De consultatieve functie werd door de verschillende aanbieders verschillend ingevuld en georganiseerd, en was voor BuurtzorgT (een gezamenlijk initiatief van Molemann Mental Health en thuiszorgorganisatie Buurtzorg) niet de primaire activiteit (dat was het bieden van wijkgerichte zorg aan psychiatrische patiënten met multiproblematiek), maar een 'bijproduct'.

Welke aandachtspunten en kennislacunes zijn geïdentificeerd?

- Er ontstaat variatie in de wijze waarop de consultatieve functie wordt ingevuld en georganiseerd. Het is wenselijk zicht te krijgen op de verschillende consultatiemodellen, de mate waarin ze uitgerold worden binnen de huisartsenzorg en wat hun effecten zijn op onder meer patiëntuitkomsten en verwijsstromen.
- Aandacht voor mogelijke niet beoogde effecten is ook belangrijk. Zoals beschreven in Hoofdstuk 2 bleek de destijds geldende consultatieregeling (1999-2007) de verwijzing naar de 'oude' tweedelijns-GGZ te vergemakkelijken, ook wanneer dit niet geïndiceerd leek. Een vergelijkbaar onvoorzien effect zou ook kunnen optreden in het nieuwe GGZ-stelsel. Wanneer bijvoorbeeld een huisarts samenwerkt met een GGZ-aanbieder die consultatie en POH's-GGZ organiseert en levert, zou de huisarts hierdoor geneigd kunnen zijn om sneller en vaker te verwijzen naar deze GGZ-aanbieder (NZa, 2013).
- Een 'gouden standaard' voor de mate van consultatie ontbreekt. Dit bemoeilijkt bijvoorbeeld de interpretatie van de hierboven beschreven bevinding dat binnen de vier zorgprogramma's van zorggroepen/samenwerkende gezondheidscentra weinig gebruik werd gemaakt van consultatie: is dit nu een goed of slecht teken? Inzicht is wenselijk in de behoefte van huisartsen en POH's-GGZ aan consultatie, en wat hierbij beïnvloedende factoren zijn.

7.2 Beweging op alle fronten: vanuit de huisartsenzorg, GGZ-aanbieders en niet-zorgaanbieders

7.2.1 Huisartsenzorg

Welke bevindingen zijn er gedaan?

- Uit onze inventarisatie bleek dat er najaar 2013 een beweging gaande is vanuit zorggroepen of samenwerkende gezondheidscentra richting de ontwikkeling van zorgprogramma's op het gebied van de GGZ.
- De vier beschreven zorgprogramma's die gebruik maakten van NZa beleidsregel Innovatie omvatten najaar 2013 alle de inzet van praktijkondersteuners, het standaard gebruik van bestaande screeningsinstrumenten en de mogelijkheid van psychiatrische consultatie; drie zorgprogramma's boden ook e-health modules.
- In termen van de nieuwe echelonnering werd binnen deze zorgprogramma's – in samenwerking met regionale GGZ-aanbieders – niet alleen invulling gegeven aan de huisartsenzorg, maar ook aan de generalistische Basis-GGZ.

Welke aandachtspunten en kennislacunes zijn geïdentificeerd?

- Actuele, landelijke cijfers ontbreken over hoe wijd verspreid de ontwikkeling van GGZ zorgprogramma's in de huisartsenzorg is.
- De vier nader bekeken zorgprogramma's hadden algemene overeenkomsten, maar varieerden ook wat betreft precieze zorginhoudelijke en organisatorische invulling. Het is wenselijk zicht te krijgen op de variatie tussen GGZ zorgprogramma's, en wat hiervan de oorzaken en (mogelijke) gevolgen zijn.
- In de gehouden interviews werden verschillende belemmerende factoren genoemd bij de implementatie van de zorgprogramma's, waaronder:
 - Drie van de vier zorgprogramma's waren niet gecontracteerd door alle verzekeraars in de regio, zodat niet alle patiënten er gebruik van konden maken.
 - Drie van de vier zorgprogramma's richtten zich op een specifieke doelgroep, waardoor patiënten met andere, veel voorkomende psychische problematiek niet van deze zorgprogramma's konden profiteren.
 - Soms ontbrak de fysieke ruimte om een POH-GGZ te kunnen plaatsen.
 - De registratiedruk en kinderziekten op ICT-gebied, zoals de koppeling van de verschillende registratiesystemen van de ketenpartners.
 - In een geval verliep de samenwerking met eerstelijnspsychologen in het begin wat moeizaam. Nadat ook de psychologen zich hadden verenigd in grotere verbanden, konden belemmeringen worden weggenomen.
- Er is nog weinig bekend over de effecten van de zorgprogramma's op patiëntuitkomsten en verwijsstromen.

7.2.2 GGZ-aanbieders

Welke bevindingen zijn er gedaan?

- Najaar 2013 bestond er bij de grote, geïntegreerde GGZ-instellingen variatie wat betreft gerealiseerde voorzieningen gericht op de generalistische Basis-GGZ, lopend van instellingen die hiervoor een zelfstandige organisatie mede hadden opgericht (zoals Indigo en Vicino NHN), via instellingen die hiervoor een apart onderdeel hadden opgericht (zoals Prezens door GGZ inGeest of Denk door GGZ Friesland), tot instellingen die dit (nog) niet hadden gedaan.
- Indigo en Vicino NHN hadden najaar 2013 een breed ondersteuningsaanbod voor de huisartsenzorg (POH-GGZ, screening, e-health en consultatie), evenals verscheidene van de apart opgerichte onderdelen voor generalistische Basis-GGZ. Andere geïntegreerde GGZ-instellingen (met of zonder apart onderdeel) hadden een minder breed ondersteuningsaanbod.
- Najaar 2013 boden diverse andere GGZ-aanbieders (waaronder Psygro, Psychiatrisch Advies Centrum, BuurtzorgT en Transparant Next) via consultatie ondersteuning aan de huisartsenzorg. Meerdere van deze aanbieders zijn bezig hun ondersteuningsaanbod voor huisartsen uit te breiden.

Welke aandachtspunten en kennislacunes zijn geïdentificeerd?

- Verwacht kan worden dat de meeste geïntegreerde GGZ-instellingen in de nabije toekomst zullen samenwerken met een zelfstandige organisatie voor generalistische Basis-GGZ (Indigo of een organisatie á la Vicino NHN), of hiervoor een apart onderdeel gecreëerd zullen hebben, en dat zij (mede) via deze voorzieningen een breed ondersteuningsaanbod bieden aan de huisartsenzorg. Wanneer instellingen 'achterblijven' op dit gebied, is het wenselijk hiervan de redenen te achterhalen.
- Onze inventarisatie laat zien dat er vanuit andere, kleinschaliger, GGZ-aanbieders een ondersteuningsaanbod voor de huisartszorg ontstaat. Het is wenselijk goed zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de omvang en de aard van dit aanbod.
- Door de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel verandert de rol van eerstelijnspsychologen: ze zijn onderdeel geworden van de generalistische Basis-GGZ. Om zich een sterkere positie te verwerven, is te verwachten dat steeds meer eerstelijnspsychologen zich zullen gaan organiseren in grotere verbanden. Het is aan te bevelen om na te gaan welke gevolgen de veranderde rol en organisatie van eerstelijnspsychologen hebben voor de 'traditionele' ondersteuning van en samenwerking met de huisarts.

7.2.3 Niet-zorgaanbieders

Welke bevindingen zijn er gedaan?

- Najaar 2013 waren er diverse niet-zorgaanbieders actief die producten ter ondersteuning van de huisartsenzorg aanbieden, waaronder organisaties die de organisatie van POH-GGZ faciliteren (zoals SHOP, Linkkers en Pro Praktijksteun), aanbieders van nieuw ontwikkelde, digitale screeningsinstrumenten (zoals TelePsy en Vital

Health) en aanbieders van e-health modules (zoals Mindddistrict, Mentalshare en Psy Health Direct²⁶). Uit onze inventarisatie bleek dat diverse huisartsvoorzieningen en GGZ-aanbieders gebruik maakten van dit aanbod.

- Daarnaast vormde Stichting mirro najaar 2013 een speciaal initiatief omdat het een gezamenlijk initiatief was van vier GGZ-instellingen en verzekeraar Achmea en omdat het een breed ondersteuningsaanbod had voor zowel de huisartsenzorg (via online zelf-hulp modules en de mirro-screener) als de generalistische Basis-GGZ (via een behandel-protocol). Achmea stimuleert het gebruik van mirro-producten door GGZ-aanbieders en huisartsvoorzieningen door middel van een verhoging van de tarief vergoeding.

Welke aandachtspunten en kennislacunes zijn geïdentificeerd?

- Het is wenselijk te monitoren in hoeverre de producten van niet-zorgaanbieders worden uitgerold en toegepast binnen de huisartsenzorg, in hoeverre hierin regionale en lokale variatie ontstaat, en wat de kwaliteit en effecten van de ondersteuningsproducten zijn.
- Onze inventarisatie richtte zich niet primair op zorgverzekeraars. Daardoor is het onduidelijk hoe andere verzekeraars aankijken tegen het mirro-concept en of zij mogelijk op een andere wijze sturing willen geven aan de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk.

7.3 Vooruitblik: regionale en lokale variatie in de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk

Op basis van de bevindingen kan worden geconstateerd dat er regionale en lokale variatie ontstaat wat betreft het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk. De organisatie en de rol van de POH-GGZ kan regionaal of lokaal verschillen, evenals het gebruik in de huisartsenpraktijk van nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten, e-health modules en consultatievormen. Welke partij regionaal of lokaal de voortrekkersrol vervult qua organisatie van de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk zal hierbij waarschijnlijk een belangrijke rol spelen. Op basis van onze inventarisatie kunnen de volgende varianten onderscheiden worden:

Vanuit de huisartsenzorg:

- a) Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk wordt primair georganiseerd vanuit een zorggroep of samenwerkende gezondheidscentra. Voorbeelden zijn PoZoB, DOH en SGE, alle actief in de regio Eindhoven/Zuidoost-Brabant.

Vanuit de GGZ kunnen meerdere varianten worden onderscheiden:

Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk wordt hoofdzakelijk georganiseerd:

- b) vanuit een zelfstandige organisatie voor generalistische Basis-GGZ. Voorbeelden zijn Indigo (actief in diverse regio's in Nederland) en Vicino NHN (regio Noord-Holland Noord);

26 Recentelijk (juni 2014) zijn Mentalshare en Psy Health Direct gefuseerd onder de naam Mentalshare Direct.

- c) vanuit een apart onderdeel voor generalistische Basis-GGZ van een grote, geïntegreerde GGZ-instelling. Een voorbeeld is Prezens (onderdeel van GGZ inGeest; regio Amsterdam);
- d) vanuit een kleinschalige GGZ-aanbieder in samenwerking met alle andere zorgaanbieders in de regionale GGZ-keten (o.a. huisartsen, eerstelijnspsychologen en andere vrijgevestigden en geïntegreerde GGZ-instelling). Een voorbeeld is Transparant Next (regio Zuid-Holland Noord).

De regionale of lokale situatie en positie van de verschillende zorgaanbieders zullen voor een deel bepalen wie de voortrekkersrol oppakt. Zijn er zorggroepen of samenwerkende gezondheidscentra actief op het gebied van GGZ?, Is er een Indigo-vestiging actief?, Hoe actief is de geïntegreerde GGZ-instelling in de regio op het gebied van ondersteuning van de huisartsenzorg?, Hebben eerstelijnspsychologen zich in een groter verband georganiseerd?, etc. Daarbij lijkt sturing vanuit verzekeraars ook een rol te spelen bij de variatie die ontstaat, zoals in het voorbeeld van Stichting mirro.

Benadrukt dient te worden dat dit een eerste indruk is van het landschap dat ontstaat qua versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Ontwikkelingen gaan snel: in hoeverre blijven bovengenoemde varianten bestaan of gaan ze in elkaar op, of ontstaan er nieuwe, aanvullende varianten? Los daarvan, roept de variatie verscheidene vragen op, waaronder:

- In hoeverre verschillen de varianten wat betreft precieze zorginhoudelijke en organisatorische invulling van de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk?
- Verschillen de varianten wat betreft tevredenheid van huisartsen en POH's-GGZ met de geboden ondersteuning?
- Verschillen de varianten wat betreft kwaliteit van en patiënttevredenheid met de geboden GGZ in de huisartsenpraktijk?
- Verschillen de varianten wat betreft het realiseren van de beoogde sterke huisartsenzorg in het nieuwe GGZ-stelsel (o.a. sterke poortwachtersfunctie, stimuleren van zelfzorg, preventie, zorg aan patiënten met stabiele chronische problematiek)?

7.4 Conclusie en aanbevelingen

Conclusie

Met de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel, is het veld sterk in beweging gekomen, ook wat betreft het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk. In de huisartsenzorg zijn zorggroepen en samenwerkende gezondheidscentra bezig met de ontwikkeling van zorgprogramma's op het gebied van de GGZ. Een diverse groep aanbieders (o.a. zorggroepen, faciliterende organisaties, verscheidene GGZ-aanbieders) organiseren POH-GGZ of willen dat gaan doen, er zijn aanbieders van nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten die aansluiten op de nieuwe echelonnering en verwijscriteria, er zijn diverse aanbieders van e-health modules gericht op zelfmanagement en preventie en verscheidene GGZ-aanbieders bieden de mogelijkheid tot consultatie. Najaar 2013 was dit ondersteuningsaanbod al op verschillende plekken in de huisartsenzorg geïmplementeerd, of was dit gaande. Daarbij ontstaat regionale en lokale variatie in de organisatie en de rol van de POH-GGZ en in het gebruik van nieuw ontwikkelde screeningsinstrumenten, e-health modules en consultatievormen. Het is waarschijnlijk dat deze variatie samenhangt met wie regionaal of lokaal de voortrekkersrol neemt qua organisatie van de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: de huisartsenzorg zelf (zorggroepen/samenwerkende gezondheidscentra), een zelfstandige organisatie voor generalistische Basis-GGZ, een (apart onderdeel van) een geïntegreerde GGZ-instelling of een kleinschalige GGZ-aanbieder in samenwerking met alle ketenpartners. Ook lijkt sturing vanuit verzekeraars een rol te spelen bij de variatie die ontstaat.

Aanbevelingen

Werken aan een sterke GGZ in de huisartsenpraktijk door van elkaar te leren

Het bestaan van regionale en lokale variatie laat zien dat er op dit moment meerdere manieren lijken te zijn om een sterke GGZ in de huisartsenpraktijk te bereiken. Daarbij is het belangrijk dat de variatie goed wordt benut om te leren en elkaar te inspireren. Dat betekent een actieve inzet op het verzamelen en verspreiden van regionaal geleerde lessen. Het organiseren van uitwisseling tussen regio's waar nu volop wordt geëxperimenteerd is belangrijk voor de doorontwikkeling en verfijning van bestaande modellen en voor huisartsvoorzieningen die nog moeten starten met het versterken van hun GGZ-aanbod. Ook zijn de geleerde lessen bruikbaar voor de herziening en ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden die aansluiten bij het nieuwe GGZ-stelsel. Waarbij het van belang is dat de kwaliteitsinstrumenten variatie van zorg toelaten, binnen bepaalde kwaliteitsnormen.

Kwaliteitsbewaking met behulp van indicatoren

Op dit moment is het nog onbekend wat het bereik is van de initiatieven zoals hierboven beschreven en of ze daadwerkelijk bijdragen aan de gewenste substitutie van zorg. De 'Monitor Basis-GGZ' - uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS - zal hier antwoord op moeten geven. Daarbij is het essentieel om de kwaliteit van de psychische hulp gegeven door huisartsen en POH's-GGZ te monitoren, met speciale aandacht voor: preventie, zelfmanagement, consultatie van en verwijzingen naar de generalistische Basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ, en zorg aan patiënten met stabiele chronische problematiek. Echter, een set actuele kwaliteitsindicatoren waarmee bovenstaande gemonitord kan worden, ontbreekt voorsnog. De bestaande indicatorenset voor de GGZ van het NHG dateert uit 2010. Het verdient aanbeveling om, zodra de opzet van de Monitor Basis-GGZ beschikbaar is, te bekijken in hoeverre (aanvullende) kwaliteitsindicatoren nodig zijn, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten op de mogelijkheden van bestaande kwaliteitssystemen in de huisartsenzorg en GGZ. De indicatoren kunnen onderdeel worden van de richtlijnen en zorgstandaarden die ontwikkeld of herzien worden in het kader van het nieuwe GGZ-stelsel.

Het tijdig signaleren van kennislacunes en knelpunten en het oplossen daarvan

Deze Trendrapportage signaleert verscheidene aandachtspunten en kennislacunes, waaronder:

- Hoewel POH's-GGZ een cruciale rol hebben in de ondersteuning van huisartsen, is er nauwelijks iets bekend over de effectiviteit van hun inzet. Onbekend is ook in hoeverre POH's-GGZ patiënten met stabiele chronische problematiek begeleiden en tegen welke (mogelijke) knelpunten ze daarbij aanlopen.

- Er zijn meerdere nieuw ontwikkelde digitale screeningsinstrumenten in omloop, waarvan de bruikbaarheid voor huisartsen nog niet altijd duidelijk is. Ook is nog onbekend of deze instrumenten wel goede psychometrische eigenschappen hebben en huisartsen adequate ondersteuning bieden bij het bepalen van het juiste behandelplan.
- Als er een e-health aanbod en consultatiemogelijkheid beschikbaar is in de huisartsenzorg, lijkt het daadwerkelijk gebruik hiervan nog beperkt.
- Er bestaan verscheidene belemmerende factoren bij de implementatie van GGZ zorgprogramma's binnen de huisartsenzorg, zoals dat niet alle verzekeraars een zorgprogramma contracteren en dat de koppeling van verschillende registratiesystemen van de ketenpartners lastig is.
- In hoeverre krijgen huisartsvoorzieningen te maken met verschillende eisen vanuit zorgverzekeraars wat betreft de inrichting van de GGZ in de huisartsenpraktijk.

Het is wenselijk dat de kennislacunes zo snel mogelijk worden opgevuld en dat de betrokken veldpartijen – patiënten, beroepsgroepen en verzekeraars - oplossingen aandragen voor de knelpunten. De transitie naar een sterke GGZ in de huisartsenpraktijk behoeft een goede infrastructuur waarin veldpartijen tijdig melding kunnen maken van aanvullende en toekomstige 'witte vlekken' en knelpunten, en waarin zij hun oplossingen hiervoor kunnen melden, zodat – indien nodig – de ingezette beleidsmaatregelen tijdig verfijnd kunnen worden.

Referenties Hoofdstuk 2

- Asch, I. van, Veerbeek-Senster, M.A., Dijk, C.E. van e.a. (2010). Ouderen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: Nuijen, J. (red). Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en Zorggebruik. p. 181-235. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G. e.a. (2013). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bakker, P. & Jansen, P. (2012). Basis Generalistische GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Enschede: Bureau HHM.
- Bastiaanssen, M.H.H., Loo, M.A.J.M., Terluin, B. e.a. (2011). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out (Herziening 2011). Huisarts & Wetenschap, 54, S11-6.
- Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>.
- Emmen, M.J., Meijer, S.A., Heideman, J.M.C. e.a. (2007). Versterking van de eerstelijns GGZ: effecten op langere termijn. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 85, 166-173.
- Emmen, M.J., Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2008). Positie van de eerstelijnspsycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 86, 142-149.
- Hassink-Franke, L.J.A., Terluin, B., Heest, F.B. van e.a. (2012). NHG-Standaard Angst (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap, 55, 68-77.
- Have, J.J.I.M. ten (2007). Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- Heideman, J., Laurant, M., Lin, N.G.C.B. van e.a. (2006). De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 84, 22-28.

- Heideman, J., Laurant, M., Wensing M.J.P. e.a. (2007). Improving primary mental health care: Impact of a nationwide programme. *Health Policy*, 81, 146-154.
- Kornalijslijper, N., Schoenmakers, C. & Smeets, K. (2004). Evaluatie beleidsmatige samenwerking op regionaal niveau in vijf zorgregio's: onderzoek in het kader van het programma Versterking Eerstelijns GGZ. Den Haag: SGBO.
- KPMG (2002). Probleem en oplossing dichterbij elkaar. Evaluatie van rollen en verantwoordelijkheden van participanten in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Amstelveen: KPMG.
- Meeuwissen, J.A.C. & Donker, M.C.H. (2004). Minder is meer: stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 904-915.
- Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2004). De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek 'Versterking eerstelijns GGZ': integrale eindrapportage. Utrecht/Den Haag: NIVEL, Trimbos-instituut, SGBO.
- Meijer, S.A., Zantinge, E.M. & Verhaak, P.F.M. (2004). Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren: eindrapportage landelijk onderzoek. Utrecht: NIVEL.
- Ministerie van VWS (1997). Beleidsbrief Geestelijke Gezondheidszorg. Tweede Kamerstuk 25 424, nr. 1. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (1998) Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg. Tweede Kamerstuk 25 424, nr. 6. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS (2011). Zorg en ondersteuning in de buurt. Brief aan de Tweede Kamer, 14 oktober 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- NZa (2011). Advies Basis GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2013a). BELEIDSREGEL BR/CU 5091. Generalistische basis GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2013b). REGELING NR/CU-530 Generalistische basis GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

- NZa (2013c). Advies bekostiging POH GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2013d). Risico's voor ongepast en oneigenlijk gebruik Generalistische basis GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nuijen, J., Dijk, C.E. van, Verhaak, P.F.M. e.a. (2010). Volwassenen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: Nuijen, J. (red). Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en Zorggebruik. p. 11-57. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Q-Consult (2014). Uitvraag contractering cGGZ 2014. Arnhem: Q-Consult.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw. RVZ: Zoetermeer.
- Romeijnders, A.C.M., Lamers, E.T.T., Vriezen, J.A. e.a. (2006). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Depressieve stoornis. Huisarts en Wetenschap, 49, 209-12.
- Scholten, M., Pols, J., Drost, Y. e.a. (red.) (2005). Consultatie in de eerstelijns GGZ. De praktijk van consultatie op lokaal niveau. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C. e.a. (2013). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Splunteren, P. van, Bosch, A. van den, Kok, I. e.a. (2011). Implementatie van kennis: de impact van doorbraakprojecten in de GGZ. In: J. Nuijen (red.). Trendrapportage GGZ 2010 Deel 3 Kwaliteit en effectiviteit. pp. 83-113. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veerbeek, M.A., Stirbu-Wagner, I., Verhaak, P. e.a. (2012a). Huisartsenzorg voor volwassenen en ouderen met psychische problemen tussen 2002-2010. In: Nuijen, J. (red). Trendrapportage GGZ 2012. Deel 2a: Toegang en Zorggebruik. p. 19-53. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veerbeek, M.A., Nuijen, J. Smit, D. e.a. (2012b). Volwassenen bij de eerstelijnspsycholoog in 2010: kenmerken en geboden hulp. In: Nuijen, J. (red). Trendrapportage GGZ 2012. Deel 2a: Toegang en Zorggebruik. p. 55-81. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verhaak, P.F.M., Dijk, C.E. van, Nuijen, J. e.a. (2012). Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 30,156-162.

- Verhaak, P.F.M., Groenendijk, J., Zantinge, E.M. e.a. (2006). GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg. Eindrapportage. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut.
- Verhaak, P.F.M., Have, J.J.I.M. ten & Scholte, M.M. (2007). Concurrentie op psychologische zorg: Tweedelijnsinstellingen willen eerstelijnszorg gaan leveren. Medisch Contact, 62, 162-1645.
- Vriezen, J.A., Lamers, E.T.T., Faber, E. e.a. (2007). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Angststoornissen. Huisarts en Wetenschap, 50, s1-s4.
- Weel-Baumgarten, E. van, Gelderen, G. van, Grundmeijer, H. e.a. (2012). NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts en Wetenschap, 55, 252-259.

Referenties Hoofdstuk 3

- Dozeman, E. & Straten, A. van (2012). De praktijkondersteuner GGZ in Amsterdam: op weg naar een sterke Basis GGZ. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Hoof, E. van & Walstock D. (2010). De POH-GGZ in MC Eudokia. Verslag van een pilot met een dubbelfunctie voor maatschappelijk werkers. Enschede: MC Eudokia.
- Horst, L. ter & Haverkamp, S. (2012). Ervaringen van patiënten met de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ. Onderzoeksrapport op basis van een enquête en spiegelgesprek met patiënten van de POH-GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek. Zorgbelang Noord-Holland.
- Have, J.J.I.M. ten (2007). Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- LVG (2008). POH-GGZ nieuwsbrief, 17 december 2008. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.
- LHV (2010). Praktijkondersteuner. Competentieprofiel en eindtermen. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging.
- Leene, I. & Verberk, F. (2008). Functieprofiel (startprofiel) Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg (POH)-GGZ. Utrecht: Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
- NZa (2011a). Beleidsregel BR/CU-7004. Huisartsenzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2011b). Advies Basis GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2013a). Tariefbeschikking Huisartsenzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2013b). Advies Bekostiging POH-GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2013c). Wijzigingen in regeling POH-GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

- Noordman, J. & Verhaak, P.F.M. (2009). Psychische gezondheid in de eerste lijn. De inzet van consulenten geestelijke gezondheid in Gezondheidscentrum West, bij patiënten met psychische of sociale klachten. Utrecht: NIVEL.
- Nijboer, W. (2011). Enquête POH-GGZ West-Overijssel. Zwolle: ProGez.
- Spijker, J., Graaf, R. de, Bijl, R.V. e.a. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181, 208–213.
- Veldman, A.W.C. & Verhaak, P.F.M. (2012). Ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ: deel 2: wat vindt de patiënt ervan? Afstudeerscriptie UMCG – Rijksuniversiteit Groningen.
- Verhaak, P., Beljouw, I. van & Have, J. ten (2010). De opmars van de POH-GGZ. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*, 5, 130-134.
- Verhaak, P.F.M., Voordouw, I., Groenendijk, J. e.a. (2006). GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg. Eindrapportage. Utrecht: NIVEL.
- Verhaak, P., Zee, D. van der, Conradi, M. e.a. (2012). Praktijkondersteuner-ggz maakt verwachtingen waar. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*, 2, 41-46.
- Vink, M. (2013). Cliëntenbelang Amsterdam. Onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de POH-GGZ in Amsterdam. Amsterdam: Cliëntenbelang Amsterdam.

Referenties Hoofdstuk 4 t/m 7

- Everdingen, J. van & Dreesens (2011). Glossarium kwaliteit van zorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jong-van Til, J.T. de, Lemmens, L.C. , Baan, C.A. & Struijs, J.N. (2012). De organisatie van zorggroepen anno 2011. Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: RIVM.
- NZa (2013). Risico's voor ongepast en oneigenlijk gebruik Generalistische basis GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Riper, H., Ballegooijen, W. van, Kooistra, L. e.a. (2013). Preventie & eMental-health. Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft. Kennissynthese 2013. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Struijs, J.N., Til, J.T. van & Baan, C.A. (2009). Experimenteren met de keten-dbc diabetes. De eerste zichtbare effecten. Bilthoven: RIVM.
- Wiegers, T., Hopman, P., Kringos, D. e.a. (2011). Overzichtsstudies. De eerste lijn. Utrecht: NIVEL.
- Wildt, J.E. de, Leusink, G.L. (2008). Nulmeting Zorggroepen. Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.

Bijlage 1

Geraadpleegde databanken en websites

- Magazine voor GGZ en verslavingszorg (MGV): www.mgvonline.nl/
- Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)
- Trimbos-instituut: overzichten jaarverslagen :www.trimbos.nl/
- NIVEL: www.nivel.nl/
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn: www.lvg.org/
- RIVM: www.rivm.nl/
- TNO, thema 'gezond leven': www.tno.nl/
- CBO: www.cbo.nl/
- Bureau HHM: www.hhm.nl/
- PRISMANT (inmiddels onderdeel van Kiwa Carity): www.prismant.nl/
- Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): www.scp.nl/
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): www.rvz.net/
- Gezondheidsraad: www.gezondheidsraad.nl/
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): www.igz.nl/
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ) (inmiddels onderdeel van Zorginstituut Nederland): www.cvz.nl/
- Rob Giel Onderzoekcentrum: www.rgoc.nl/
- Landelijk Platform GGZ: www.platformggz.nl/lpggz/
- Website GGZbeleid: www.ggzbeleid.nl/
- VILANS: www.vilans.nl/
- TRANZO: www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/
- CAPHRI: www.caphri.nl/
- iBMG, instituut voor Beleid & Management Gezondheidszorg: www.bmg.eur.nl/
- Julius Centrum voor gezondheidswetenschappen en eerstelijns geneeskunde: www.juliuscenter.nl/
- CoRPS, Center of Research on psychology in somatic disease: www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/corps/
- SHARE: www.share-project.nl/
- Websites van GGZ-instellingen
- EMGO Institute for Health and Care Research: www.emgo.nl/
- IQ Healthcare: www.iqhealthcare.nl/
- Projecten database ZonMw: www.zonmw.nl/nl/projecten/
- In voor zorg!: www.invoorzorg.nl/
- De Eerstelijns: www.de-eerstelijns.nl/

- Jan van Es Instituut: www.ijic.org/
- www.samenwerkeneerstelijnszorg.nl/
- Huisarts & Wetenschap: www.henw.org/
- Trimbos-instituut: www.trimbos.nl/
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): www.nza.nl/
- SKIPR: www.skipr.nl/
- NARCIS: www.narcis.nl/
- International Journal of Integrated Care

Bijlage 2

Tabellen Hoofdstuk 3

Tabel 1 Kenmerken van landelijk onderzoek naar de POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, uitgevoerd in de periode 2008-2013

Uitvoerder(s)	Onderzoeksthema en uitvoeringsjaar	Onderzoeksmethode	Studie populatie
ROS-netwerk (Regionale Ondersteunings-Structuren)	Inbedding POH-GGZ, werkzame uren in de functie, beroepsachtergrond van de POH-GGZ 2009-2013	Jaarlijkse meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	Huisartsen met een contract met de zorgverzekeraar voor de module POH-GGZ
NIVEL in samenwerking met het ROS-netwerk (Verhaak e.a., 2010)	Inbedding POH-GGZ, arbeidsrechtelijke regeling, beroepsachtergrond van de POH-GGZ, werkzaamheden van de POH-GGZ, ervaren knelpunten en voordelen 2010	Eenmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	76 POH's-GGZ (responspercentage: 64%), waarvan 55% in dienst van een huisartsenpraktijk en 45% gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling of andere organisatie.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Inbedding POH-GGZ, arbeidsrechtelijke regeling, beroepsachtergrond van de POH-GGZ, werkzaamheden van de POH-GGZ tevredenheid 2010	Eenmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	700 huisartsen (responspercentage: 6%)
	Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, doorverwijsmogelijkheden, wachttijden, samenwerking en dienstverband POH-GGZ, financiering POH-GGZ 2013	Eenmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	820 huisartsen (responspercentage: 7%)

Tabel 2 Kenmerken van regionaal onderzoek naar de POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, uitgevoerd in de periode 2008-2013

Uitvoerder(s) en regio/ plaats	Onderzoeksthema en uitvoeringsjaar	Onderzoeksmethode	Studiepopulatie
Zorgbelang Noord-Holland (ter Horst & Haverkamp, 2012) Gooi & Vechtstreek	Ervaringen met de POH-GGZ, gerelateerd aan de toegankelijkheid, continuïteit, informatie en voorlichting, ondersteuning en omgeving 2010-2011	Enmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst Spiegelbijeenkomst ¹	139 patiënten (responspercentage: 46%) 5 patiënten, 6 POH's- GGZ gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling en 1 huisarts
ProGez (Nijboer, 2011) West-Overijssel	Werkzaamheden en meer- waarde van de POH-GGZ 2011	Enmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	39 huisartsen (respons- percentage: 52%); 41 POH's-GGZ gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (responspercentage: 64%)
Huisartsgeneeskunde UMCG en Eerste Lijns Advies Noord-Nederland (Verhaak e.a., 2012; Veldman & Verhaak, 2012), provincie Groningen	Patiëntenpopulatie, werkzaamheden van de POH-GGZ, verschil in taakuitoefening tussen POH's-GGZ in dienst van de huisartsen- praktijk en gedetacheerde POH's-GGZ, waardering van de POH-GGZ; mate van overeenstem- ming tussen hulpbehoefte en ontvangen zorg van POH-GGZ; en effecten geboden zorg door POH-GGZ op de functionele gezondheids- status 2011	Registratie nieuw aange- melde patiëntencontacten door POH's-GGZ gedu- rende 3 maanden Zelfrapportage vragenlijst na het eerste consult (voormeting) en na 3 maanden (nameting)	19 POH's-GGZ, waarvan 9 POH's-GGZ gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling en 10 POH's-GGZ in dienst van een huisartsenpraktijk 159 patiënten met een voor- en nameting (responspercentage: 29%)

1 In de spiegelbijeenkomst zaten de patiënten in een kring en deelden hun ervaringen met elkaar. Betrokken hulpverleners zaten om de kring en waren toevoeder waardoor zij direct zicht kregen op het patiëntperspectief. Het groepsgesprek werd geleid door een onafhankelijk groepsleider.

Tabel 3 Kenmerken van lokaal onderzoek naar de POH-GGZ in de dagelijkse praktijk, uitgevoerd in de periode 2008-2013

Uitvoerder(s) en regio/ plaats	Onderzoeksthema en uitvoeringsjaar	Onderzoeksmethode	Studiepopulatie
Stuurgroep POH-GGZ (Dozeman & van Straten, 2012) Cliëntenbelang Amsterdam (Vink, 2013) Amsterdam	Werkzaamheden van de POH-GGZ, verwijzingen, samenwerking binnen de huisartsenpraktijk, tevredenheid	Eenmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	31 POH's-GGZ gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (responspercentage: 76%); 39 huisartsen met een POH-GGZ (responsper- centage: 38%); 42 huisartsen zonder een POH-GGZ (respons- percentage: onbekend)
	Ervaringen met en verwachtingen van de POH-GGZ, samenwerking rond patiënten, toekomst van de eerstelijns GGZ	Semigestructureerd individueel interview	8 POH's-GGZ; 8 huisartsen
	Ervaringen van patiënten met geboden zorg door POH-GGZ en welke verbeteringen vanuit patiëntenperspectief mogelijk zijn 2012	Semigestructureerd individueel interview Eenmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	16 patiënten 56 patiënten (responspercentage: 12%)
Medisch Centrum Eudokia in samenwerking met de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (van Hoof & Walstock, 2010) Enschede	Werkzaamheden van de POH-GGZ, tevredenheid 2008-2009	Registratie van werk- zaamheden POH-GGZ, eenmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst, interne evaluatie	4 huisartsenpraktijken 2 POH's-GGZ gedetacheerd vanuit de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Aantal patiënten onbekend
NIVEL (Noordman & Verhaak, 2009) Gezondheidscentrum Groningen West	Samenwerking en taakverdeling huisarts en POH-GGZ, tevredenheid	Registratiegegevens uit het Huisarts Informatie Systeem ingevoerd door huisartsen en POH's-GGZ	4 huisartsen 2 POH's-GGZ gedetacheerd vanuit een GGZ instelling
	Psychische klachten, ontvangen behandeling en behandelaar, verwijzing, ervaring en waardering POH-GGZ 2008-2009	Eenmalige meting met gebruik van zelfrapportage vragenlijst	84 patiënten (responspercentage: 27%), waarvan 42 patiënten die contact hadden met een POH-GGZ

Bijlage 3

Initiatieven ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk: methoden voor identificatie, beschrijving en categorisatie

1.1 Inleiding

Deze bijlage gaat in op de methoden die gebruikt zijn om in najaar 2013 lopende initiatieven te identificeren die gericht zijn op het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Daarnaast wordt de aanpak beschreven die toegepast is om de geïdentificeerde initiatieven te beschrijven en te categoriseren. In onderstaand kader is weergegeven welke stappen zijn uitgevoerd bij de inventarisatie van initiatieven. Deze stappen worden hieronder stuk voor stuk nader toegelicht.

- Literatuursearch ten behoeve van de identificatie van initiatieven (paragraaf 1.2)
- Interviews met deskundigen ten behoeve van de identificatie van initiatieven en de afbakening van de inventarisatie (paragraaf 1.3)
- Beschrijving en selectie van initiatieven (paragraaf 1.4)
- Categorisering van initiatieven (paragraaf 1.5)
- Uitgebreide beschrijving van initiatieven vallend onder de NZa beleidsregel Innovatie op basis van interviews (paragraaf 1.6)

1.2 Literatuursearch: identificatie van initiatieven

Als eerste is een search uitgevoerd in zowel de 'witte' literatuur ('peer reviewed' wetenschappelijke artikelen) als de 'grijze' literatuur (niet 'peer reviewed' wetenschappelijke literatuur of niet-wetenschappelijke literatuur). Voor de 'witte' literatuur werden wetenschappelijke databanken (Psychinfo, Pubmed en CINAHL) geraadpleegd. Hierin werd gezocht naar artikelen (gepubliceerd in 2000 of later) over Nederlandse samenwerkingsprojecten tussen de huisartsenzorg en de GGZ die (mede) gericht waren/zijn op de psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk. Voor hetzelfde doel werd de 'grijze' literatuur doorzocht vanaf het jaar 2009. Deze omvatte databanken en websites van onder andere Nederlandstalige tijdschriften, onderzoeksinstituten, GGZ-instellingen,

Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en), universiteiten en overheidsinstellingen (zie ook Bijlage 1). De gevonden literatuur werd doorgenomen, resulterend in een eerste inventarisatie van actuele initiatieven die gericht zijn op het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk.

1.3 Interviews met deskundigen: identificatie van initiatieven en afbakening inventarisatie

Deels gelijktijdig met en deels volgend op de literatuursearch werd een serie interviews gehouden met deskundigen op het gebied van (de versterking van) de psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk. De interviews waren bedoeld om initiatieven te identificeren, aanvullend op de literatuursearch, en om de precieze focus en afbakening van de inventarisatie te bepalen. Elk van de gesprekken werd gevoerd door twee leden van het projectteam en opgenomen met een voicerecorder. Voor elk gesprek werd een interviewschema gemaakt, toegespitst op de specifieke kennis van de gesprekspartner. Algemene elementen bij de interviews waren:

- Een korte introductie waarin het doel, de aanpak en het globale tijdpad van de inventarisatie werden toegelicht.
- De afbakening van de inventarisatie: welke in- en exclusiecriteria moeten bij de inventarisatie worden gebruikt? Welke initiatieven zijn belangrijk om mee te nemen?
- Met welke initiatieven is de geïnterviewde bekend? En wat is hierbij belangrijke literatuur?
- Wat zijn andere relevante databronnen (databanken, websites, etc.) om te doorzoeken voor het identificeren van aanvullende initiatieven?

Elk interview werd afgesloten met de vraag welke organisaties, experts of expertgroepen naar de mening van de geïnterviewde ook benaderd zouden moeten worden. Op deze wijze (de zogeheten 'sneeuwbalmethode') werden nieuwe deskundigen geïdentificeerd, met wie vervolgens een afspraak voor een interview werd gemaakt. Deze cyclus werd afgesloten op het 'verzadigingspunt', het moment dat een interview niet meer leidde tot nieuwe inzichten en/of nieuwe experts. Uiteindelijk werden dertien interviews gehouden in de periode oktober 2012 – maart 2013 met vertegenwoordigers van de volgende organisaties:

- GGZ Nederland (brancheorganisatie voor instellingen in de GGZ en verslavingszorg).
- ROS-netwerk (Regionale Ondersteuningsstructuren).
- Indigo (zorgaanbieder op het gebied van de generalistische Basis-GGZ).
- NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).
- Trimbos-instituut (deskundige op het gebied van implementatie van innovatie binnen de eerste lijn).
- Trimbos-instituut (deskundige op het gebied van zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening).
- Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) (koepel van cliënten- en familie-organisaties in de GGZ).

- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).
- Landelijke Vereniging POH-GGZ.
- VGZ (zorgverzekeraar).
- Pro Persona (geïntegreerde GGZ-instelling).
- Expertgroep Kaderhuisartsen GGZ (psyHAG).

1.4 Beschrijving en selectie van initiatieven

Over de relevante en actuele initiatieven die in de literatuur werden gevonden of door de experts in de interviews werden genoemd, is vervolgens aanvullende informatie verzameld op basis van de websites (inclusief bijbehorende links) van de desbetreffende initiatieven. Wanneer informatie ontbrak of niet duidelijk was, werd bij de initiatieven telefonisch navraag gedaan. Op basis van de beschikbare informatie zijn de initiatieven beschreven, waarbij gebruik gemaakt werd van een vast format, dat de volgende kenmerken omvatte:

- Initiatiefnemer(s): Welke organisatie(s) hebben het initiatief geïnitieerd?
- Betrokkenen: Welke andere organisaties zijn betrokken bij het initiatief?
- Locatie: In welke plaatsen/regio's wordt het initiatief uitgevoerd?
- Doelstelling: Wat zijn de doelen van het initiatief?
- Doelgroep: Op welke patiëntengroep(en) richt het initiatief zich?
- Type GGZ-ondersteuning: Op welke manier(en) ondersteunt het initiatief de psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk?

Overeenkomstig de versterkende maatregelen die per januari 2014 ingevoerd zijn (d.w.z. de verruiming en functionalisering van de regeling POH-GGZ en het verwijzingsmodel huisartsenzorg), lag de focus hierbij op²⁷:

- a) POH-GGZ;
- b) screeningsinstrumenten;
- c) e-health;
- d) consultatie verleend door gespecialiseerde GGZ-hulpverleners (zoals een psychiater of een psycholoog).

De beschrijving van de initiatieven leerde dat er een breed scala aan initiatieven geïdentificeerd was. Wel werden er weinig 'kleinschalige' initiatieven gevonden, zoals initiatieven van individuele huisartsenpraktijken/gezondheidscentra of initiatieven van vrijgevestigde GGZ-hulpverleners. Dit is ook niet verrassend gegeven de toegepaste zoekstrategieën (literatuursearches; raadpleging van experts), waarmee vooral de initiatieven werden geïdentificeerd die grootschaliger zijn en een bredere bekendheid genieten. Voor een goed overzicht van de typen kleinschalige initiatieven zijn aanvul-

²⁷ Omdat pas in een laat stadium – september 2013 – bekend werd dat groepscursussen ook bekostigd kunnen worden uit de regeling POH-GGZ, is deze vorm van GGZ-ondersteuning van de huisartsenzorg niet meegenomen in de inventarisatie.

lende zoekstrategieën nodig. Daarom is er voor gekozen om de weinige initiatieven van individuele huisartsenpraktijken/gezondheidscentra en van vrijgevestigde GGZ-professionals die wij gevonden hadden niet mee te nemen in de verdere categorisatie en beschrijving van de initiatieven.

1.5 Categorisering van initiatieven

Op basis van de beschrijvingen van de gevonden initiatieven is een voorlopige categorisering van initiatieven gemaakt. Deze is medio 2013 in een brainstormsessie aan de volgende vijf ROS-adviseurs voorgelegd, omdat zij in hun regio nauw betrokken zijn bij samenwerkingsinitiatieven tussen de huisartsenzorg en de GGZ:

- Robert Waterreus - Zorgimpuls (ROS regio Rotterdam en omstreken).
- Henk-Jan de Winter - Caransscoop (ROS regio Apeldoorn, Arnhem, Zutphen / Oost-Achterhoek, Oude IJssel en Salland).
- Eva van Steenberghe - REOS (ROS regio Zuid-Holland Noord).
- Marlene de Regt - ZONH (ROS regio Noord-Holland).
- Roland Reisch- Robuust (ROS regio Nijmegen, land van Cuijk).

Het doel van de bijeenkomst was om te komen tot een uitgewerkte en bruikbare indeling van gevonden initiatieven. Ook werd nagegaan of er nog relevante initiatieven ontbraken. De uitkomst van deze discussie was een verdere uitwerking en verduidelijking van de indeling van initiatieven. Op basis hiervan is door de projectgroep een definitieve categorisering bepaald, die in schema 1 wordt weergegeven.

Zoals het schema aangeeft, is er voor gekozen om een onderscheid te maken op basis van drie typen aanbieders (huisartsenzorg, GGZ, en niet-zorgaanbieders). Initiatieven vanuit GGZ-aanbieders zijn verder uitgesplitst in vier categorieën; dit geldt ook voor initiatieven vanuit niet-zorgaanbieders. Indien er nog onduidelijkheid bestond over een kenmerk van een initiatief, werd aanvullende informatie verkregen bij een direct betrokkene.

Opgemerkt dient te worden dat dit geen absolute categorisatie betreft, maar dat deze indeling inzichtelijk maakt welke typen initiatieven er najaar 2013 bestonden ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Benadrukt moet worden dat het ook geen volledige categorisatie betreft, omdat bijvoorbeeld initiatieven van individuele huisartsenpraktijken en initiatieven van vrijgevestigde GGZ-hulpverleners niet zijn meegenomen in de inventarisatie.

Schema 1 Indeling van initiatieven ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk (situatie najaar 2013)

Type aanbieder	Categorie	Voorbeelden van gevonden initiatieven	Welke GGZ-ondersteuning wordt geboden in de huisartsenpraktijk? (POH-GGZ; screening; e-health; consultatie ²)
Aanbieders van huisartsenzorg	Zorggroep of samenwerkende gezondheidscentra		Hoofdstuk 4
GGZ-aanbieders	Zelfstandige aanbieder van generalistische Basis-GGZ		
	Apart opgericht onderdeel voor generalistische Basis-GGZ van een geïntegreerde GGZ-instelling ¹		Hoofdstuk 5
	Geïntegreerde GGZ-instelling zonder een apart onderdeel voor generalistische Basis-GGZ		
	Andere GGZ-aanbieder		
Niet- zorgaanbieders	Faciliterende organisatie aan de huisartsenzorg		
	Aanbieder van digitale screening		Hoofdstuk 6
	Aanbieder van e-health interventies		
	Andere niet-zorgaanbieder		

1 Geïntegreerde GGZ-instelling: grote instelling die intramurale GGZ, deeltijdbehandeling en ambulante GGZ biedt, al dan niet in combinatie met verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en forensische psychiatrie.

2 Verleend door een GGZ-professional (bv. een psychiater of een psycholoog).

1.6 Uitgebreide interviews met initiatieven vallend onder de NZa beleidsregel Innovatie

Er is voor gekozen om bijzondere aandacht te geven aan negen gevonden initiatieven die vallen onder de NZa beleidsregel Innovatie. Deze beleidsregel geeft verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid om maximaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met nieuwe zorgprestaties waarvoor nog geen financiering bestaat. Deze initiatieven kunnen beschouwd worden als 'voorlopers' op het gebied van GGZ-ondersteuning in de huisartsenpraktijk, waarvan geleerd kan worden. De verdeling van de initiatieven die gebruik maken van de NZa beleidsregel over de drie onderscheiden typen aanbieders is als volgt: aanbieders van huisartsenzorg: vier initiatieven; GGZ-aanbieders: drie initiatieven; en niet-zorgaanbieders: twee initiatieven. Met de volgende vertegenwoordigers van deze initiatieven is een interview gehouden:

- De Ondernemende Huisarts (DOH) - Anne-Marie der Kinderen (kaderhuisarts GGZ).
- Zorg in Ontwikkeling (ZIO) - Marianne Frederix (coördinator chronische zorg).
- Praktijkondersteuning Zuid-Oost Brabant (PoZoB) - Martha Caers (projectmanager).
- Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE) - Katinka Mijnheer (programma coördinator) en Odette Herijgers (huisarts).
- Vicino NHN - Lucretia d'Fonseca (directeur divisie maatschappelijke psychiatrie GGZ Noord-Holland Noord).
- Denk - Sybolt Okke de Vries (programmadirecteur en psychiater).
- Transparant Next - Liesbeth van Londen (oprichter Transparant Next en psychiater), Adriaan Timmers (huisarts) en Tom Hoekstra (psychiater).
- Telepsy - Marco Essed (directeur).
- Stichting mirro - Remko Segers (manager) en Mirthe Klinkhamer (communicatie-medewerker).

Ten behoeve van de interviews is een semigestructureerd format uitgewerkt, waarin – waar relevant - dezelfde onderwerpen zijn uitgevraagd:

- De ontstaansgeschiedenis van het initiatief, de betrokken zorgverzekeraars, de looptijd van de NZa beleidsregel Innovatie en de wijze van financiering.
- Doel van het initiatief, de doelgroep en de inhoudelijke kenmerken van het initiatief.
- Betrokken hulpverleners en hun rol in de zorg.
- Elementen van GGZ-ondersteuning van de huisartsenzorg:
 - De inzet en taken van een POH-GGZ;
 - De ondersteuning van de huisarts/POH-GGZ in het bepalen van de zorgvraagzwaarte en verwijlsbestemming, bijvoorbeeld door middel van (digitale) screeningsinstrumenten;
 - De ondersteuning in de vorm een e-health behandelaanbod;
 - De ondersteuning in de vorm van consultatie van meer gespecialiseerde GGZ-hulpverleners (zoals een psychiater of een psycholoog).
- Eventuele andere vormen van GGZ-ondersteuning van de huisartsenzorg en samenwerking in de regio.

- Eventueel onderzoek naar de effecten van het initiatief, zoals een verminderde doorstroming naar de specialistische GGZ, behandeluitkomsten, of tevredenheid bij patiënt en hulpverlener.
- Beïnvloedende factoren bij de totstandkoming en uitvoering van het initiatief.
- De visie op de – in najaar 2013 – nabije toekomst, met speciale aandacht voor de maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk die per januari 2014 ingevoerd worden. Nagegaan is in hoeverre een initiatief in najaar 2013 al aansloot op deze nieuwe maatregelen, welke elementen behouden zouden kunnen worden, en welke aangepast.

Alle interviews zijn op locatie uitgevoerd door twee leden van het projectteam (in de periode augustus – oktober 2013) en zijn met een voicerecorder opgenomen. De interviews zijn op basis van het interviewformat uitgewerkt. Conceptversies hiervan werden ter beoordeling en eventuele correctie of aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd, waarna de uitgebreide beschrijvingen van initiatieven definitief vastgesteld werden, zoals gepresenteerd in Bijlage 4. Korte versies hiervan worden gepresenteerd in de hoofdstukken 4 tot en met 6.

Bijlage 4

Uitgebreide beschrijvingen van initiatieven die gebruik maakten van de NZa beleidsregel Innovatie (situatie najaar 2013)

De Ondernemende Huisarts (DOH): zorgprogramma Depressie (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

In 2009 werd bij een aantal huisartsenpraktijken van DOH een Doorbraakproject Depressie uitgevoerd. Op grond van positieve ervaringen met het project werd de doorbraakmethode in 2010/2011 in de gehele zorggroep geïmplementeerd. In eerste instantie werd deze implementatie gefinancierd door de Regionale Ondersteunings Structuur (ROS) Robuust. Toen deze financiering na een jaar afliep, terwijl zowel hulpverleners als patiënten tevreden waren over de werkwijze, is in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ een zorgprogramma Depressie ontwikkeld, waarvoor een DBC in het kader van de NZa beleidsregel Innovatie werd aangevraagd. Deze is per 1 januari 2013 toegekend en heeft een looptijd tot 1 januari 2016. Een andere grote zorgverzekeraar in de regio, CZ, wilde aanvankelijk de DBC niet contracteren, maar ging per 1 juli 2013 toch akkoord, vanwege de 'Slimmer met zorg'-projecten die vanaf medio april 2013 in de regio worden uitgevoerd. 'Slimmer met zorg' is een regionaal experiment met als doel de bevordering van de gezondheidszorg tegen lagere kosten (o.a. substitutie van de tweede naar de eerste lijn). CZ werkt hierbij samen met VGZ, Zorgbelang²⁸, DOH en de zorggroep PoZoB. De andere verzekeraars in de regio hebben het zorgprogramma Depressie per 1 juli 2013 ook gecontracteerd, zodat het zorgprogramma voor alle verzekerden beschikbaar is.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Doel van het zorgprogramma Depressie is het bieden van geïntegreerde eerstelijns zorg aan patiënten met een depressie. Het zorgprogramma Depressie biedt stepped care ketenzorg volgens de Multidisciplinaire richtlijn Depressie en de NHG-Standaard Depressie, waarbij, naast de POH-GGZ, wordt samengewerkt met maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten en psychiaters voor consultatie. Binnen

28 Zorgbelang behartigt de belangen van zorgvragers in de regio en zetten zich in voor de kwaliteit van de zorg. Er zijn 13 regionale Zorgbelangorganisaties die met elkaar en met de landelijke patiëntenorganisaties zijn verbonden via Zorgbelang Nederland. Via deze samenwerking kunnen zij zich profileren als gesprekspartner op landelijk niveau.

het zorgprogramma wordt onderscheid gemaakt tussen depressieve klachten, en lichte/ matige en ernstige depressie. Daarop worden respectievelijk geïndiceerde preventie en een zogeheten eerstestaps- en een tweedestapsinterventie aangeboden. Bij de eerstestapsinterventie, zonder medicatie, zijn huisarts, POG-GGZ, fysiotherapeut en maatschappelijk werk betrokken. De tweedestapsinterventie wordt uitgevoerd door huisarts en/of psycholoog.

In elke (groeps)praktijk van DOH is een zogeheten aandachtshuisarts GGZ aanwezig. Deze is goed op de hoogte met de landelijke richtlijnen rond depressie, stuurt de POH-GGZ aan, en houdt er bij de overige huisartsen in de praktijk toezicht op dat bijvoorbeeld de geselecteerde screeningsinstrumenten voor depressie worden gebruikt.

In de regio wordt verder samengewerkt met de zorggroep PoZoB, onder meer in een werkgroep overleg over de implementatie van Care2U, een Keten Informatie Systeem (KIS).

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

Voorwaarde voor toelating tot het zorgprogramma is dat in een huisartsenpraktijk een POH-GGZ aanwezig is. Deze is in dienst van de huisarts zelf, niet van DOH, en heeft een HBO-opleiding gevolgd. De huisarts verricht bij vermoeden van depressieve klachten de diagnostiek, ondersteund door de afname van de VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)²⁹. In het geval dat de screener een verhoogde kans op depressie aangeeft, wordt de Beck Depression Inventory (BDI) bij de patiënt afgenomen door de huisarts. De huisarts bepaalt vervolgens of geïndiceerde preventie of een eerstestaps- of tweedestapsinterventie wordt ingezet.

De POH-GGZ stelt samen met de patiënt het behandelplan op en geeft de patiënt uitleg en informatie over de depressie. In het geval van lichte problematiek, zonder medicamenteuze behandeling, biedt de POH-GGZ ondersteunende gesprekken, geeft bewegings- en sportadviezen en kan verwijzen naar een hierin gespecialiseerde fysiotherapeut, naar de online zelfhulpcursus Kleurjeleven.nl en als dat nodig is en in overleg met de huisarts naar de maatschappelijk werker of een eerstelijnspsycholoog.

Screening

De screening met 4DKL en BDI vindt in 2013 nog op papier plaats, maar per januari 2014 wordt het KIS (Keten Informatie Systeem) Care2U geïmplementeerd, waarbij de screeners online worden ingevuld en worden gekoppeld aan het HIS (Huisartsen Informatie Systeem). Ook zorgt Care2U er dan voor dat de huisarts automatisch elke zes weken een reminder krijgt dat de meting met de BDI herhaald moet worden. Deze herhaalmetingen worden uitgevoerd door degene die op dat moment de patiënt in behandeling heeft. Dat kan de huisarts, de POH-GGZ of de psycholoog zijn.

29 Voor een beknopte omschrijving van genoemde instrumenten in deze rapportage zie Bijlage 5.

E-health behandelingen

DOH biedt de module 'Kleur je Leven' van Mentalshare aan. De patiënt kan hiervoor via een inlogcode die de POG-GGZ verstrekt naar de website van de huisartsenpraktijk. Ondanks een introductie bij alle POH's-GGZ wordt deze e-health module slechts mondjesmaat gebruikt. POH's-GGZ vinden het lastig om e-health aan te bieden, ook omdat er bij patiënten vaak weerstand tegen bestaat.

Consultatie

Binnen het zorgprogramma Depressie bestaat de mogelijkheid van consultatie van een psychiater. Hiervoor is een psychiater van GGzE³⁰ en een psychiater van het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop beschikbaar voor alle aan DOH verbonden huisartsen. Van deze mogelijkheid wordt beperkt gebruik gemaakt. Gemiddeld zien deze psychiaters 1 à 2 patiënten per week. In het najaar van 2013 zijn in het kader van nascholing twee consultatiebijeenkomsten gehouden, waarin huisartsen, POH's-GGZ en de psychiater van GGzE samen thema's als medicatie en cognitieve gedragstherapie hebben besproken. Daarbij werden ook bestaande casussen besproken. De psychiater kan zich op deze bijeenkomsten een beeld vormen van het kennisniveau van de deelnemers, waarmee hij rekening kan houden bij de consultatie.

Onderzoek naar het zorgprogramma

Ten tijde van het interview (najaar 2013) heeft er nog geen onderzoek plaatsgevonden naar de effectiviteit van het zorgprogramma. Er wordt wel bijgehouden hoeveel patiënten gebruik maken van het zorgprogramma, wat de verdeling is tussen lichte, matige en ernstige depressie, hoe vaak patiënten worden gezien en door wie, of de 4DKL en BDI zijn afgenomen en hoe lang de behandeling duurde. Uitkomsten hiervan zijn (nog) niet gepubliceerd op het moment van interviewen.

Beïnvloedende factoren

Alle behandelingen door de eerstelijnspsycholoog worden geheel vergoed, zonder eigen risico of eigen bijdrage, en het aantal behandelingen door de psycholoog mag binnen het zorgprogramma in 2013 tussen de vijf en de tien liggen, met een gemiddelde van acht, meer dan de maximaal vijf consulten die in dat jaar vergoed worden vanuit de basisverzekering. Daarnaast hebben de eerstelijnspsychologen in de regio zich georganiseerd in een zorggroep, waardoor het voor DOH makkelijker is afspraken met elkaar te maken. Er is sprake van een goede samenwerking met PoZoB, waarmee bijvoorbeeld ook regelmatig gezamenlijk werkgroep overleg wordt gevoerd over Keten Informatie Systeem Care2U, om van elkaar te leren. Het zorgprogramma beschikt over een aandachtshuisarts GGZ, die ervoor verantwoordelijk is dat het zorgprogramma volgens de regels wordt uitgevoerd en dat de kennis van de GGZ op peil blijft door middel van de consultatiebijeenkomsten.

30 In het interview met SGE, regiogenoot van DOH is op het gebied van consultatie sprake van samenwerking met GGzE Direct, een nieuw onderdeel van GGzE dat zich richt op de generalistische Basis-GGZ. Ook DOH zou gesprekken voeren met GGzE Direct voor verdere samenwerking.

Bij aanvang van de NZa beleidsregel Innovatie werd het zorgprogramma alleen door VGZ gecontracteerd. Bij de praktijken van DOH die in Eindhoven zaten, konden daarom het merendeel van hun patiënten aanspraak maken op het zorgprogramma, maar in Geldrop, meer een CZ-regio, niet. Per 1 juli 2013 is dit probleem opgelost. Een knelpunt vormen de kinderziekten in de digitale communicatie tussen de ketenpartners, de koppeling tussen HIS en Care2U. Dat blijkt uit een pilot die sinds mei 2013 wordt uitgevoerd. Omdat iedereen met een eigen systeem werkt, is het niet eenvoudig om alle organisaties (fysiotherapeuten, eerstelijnspsychologen, huisartsen, etc.) aan te sluiten. In de praktijken die niet aan de pilot deelnemen, moeten de POH's-GGZ alles met de hand in Excel-sheets invullen, een procedure die veel tijd kost en foutgevoelig is. Ook de huisarts en de POH-GGZ werken in verschillende systemen, respectievelijk HIS en Care2U. Bij DOH is bewust gekozen voor de huisarts als verwijzer naar andere GGZ-hulpverleners. Voor die verwijzing moet de huisarts echter ook in Care2U werken. Dit roept weerstand op bij de huisartsen.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Bij het opstellen van het zorgprogramma Depressie is al deels rekening gehouden met de invoering van de generalistische Basis-GGZ per 2014, zodat DOH eind 2013 verwacht dat er niet veel hoeft te worden gewijzigd in 2014. Hierbij wordt wel geconstateerd dat in de generalistische Basis-GGZ de huisarts geen hoofdbehandelaar mag zijn. DOH ziet hier een probleem. Volgens DOH zou de huisarts de regie moeten voeren en daardoor wel hoofdbehandelaar moeten kunnen zijn. Een persoon met psychische klachten heeft vaak ook somatische klachten, of problemen in het patiëntensysteem. Met een generalist als hoofdbehandelaar (de huisarts) treedt er geen versnippering op.

Zorg in Ontwikkeling (ZIO): zorgprogramma Angst en Depressie (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

De introductie van de POH-GGZ in 2008 werd door de huisartsen van de regio Maastricht-Heuvelland niet omarmd. In deze regio was een groot deel van de huisartsen al voorzien van een GGZ-medewerker, die vanuit de eerstelijns- of tweedelijns-GGZ in hun praktijk was gedetacheerd. Dit betrof een psycholoog of een SPV. De vrees bestond dat de kwaliteit van de huisartsenondersteuning terug zou lopen met de komst van de POH-GGZ, omdat zowel het functieprofiel als de bijbehorende bekostiging afweek van de bestaande situatie. Vanuit de wens de bestaande situatie te continueren, werd een werkgroep samengesteld met huisartsen en aanbieders van eerstelijns- en tweedelijns-GGZ. In overleg met zorgverzekeraar VGZ werd een zorgprogramma Ketenzorg GGZ ontwikkeld. Voor dit zorgprogramma werd een eerstelijns keten-DBC in het kader van de NZa beleidsregel Innovatie aangevraagd. Deze werd op 1 april 2011 toegekend en loopt officieel t/m december 2013. De keten-DBC wordt overigens alleen door VGZ gecontracteerd. Op twee praktijken na hebben alle huisartsenpraktijken (N=58) zich aangesloten.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Doel van het zorgprogramma Ketenzorg GGZ is het leveren van kwalitatief hoogstaande geïntegreerde eerstelijnszorg tegen beheersbare en bestuurbare kosten. In eerste instantie is het zorgprogramma gericht op adequate diagnostiek conform de richtlijnen (basismodule). Indien er sprake is van ernstige klachten, wordt de patiënt direct doorverwezen naar de tweede lijn. In het geval van een milde gediagnosticeerde depressie of angststoornis wordt een evidence-based behandelmodule voor GGZ-problematiek in de eerste lijn ingezet. Deze module is gebaseerd op (inter)nationale richtlijnen, en de behandeling wordt ondersteund door ernstmetingen met gevalideerde meetinstrumenten. In het geval van andere diagnoses wordt reguliere zorg aangeboden.

ZIO fungeert als hoofdcontractant en sluit contracten over prijs, kwaliteit en volume af met de onderaannemers, zoals individuele huisartsen, vrijgevestigde psychologen en tweedelijns GGZ-instellingen. Tevens wordt in het contract opgenomen dat er volgens het protocol van Ketenzorg GGZ wordt gewerkt en dat iedereen in MediX werkt, het Ketenzorg Informatie Systeem (KIS) van ZIO.

Ondersteuning van de huisarts door de GGZ medewerker

In de meeste gevallen is de GGZ-medewerker een basis- of eerstelijnspsycholoog. Bij drie praktijken betreft het een SPV. De GGZ-medewerker ondersteunt de huisarts bij zowel de diagnostiek als de behandeling. Op het moment dat de huisarts het vermoeden heeft van GGZ-problematiek wordt de patiënt doorverwezen naar de GGZ-medewerker. De GGZ-medewerker verricht diagnostiek en verduidelijkt de hulpvraag samen met de patiënt. De GGZ-medewerker bespreekt de bevindingen met de huisarts en samen met huisarts en patiënt wordt gekeken waar en hoe de patiënt het beste behandeld

kan worden. In het geval van een behandeling in de eerste lijn, wordt deze door de GGZ-medewerker en de huisarts samen uitgevoerd. Bij een niet-medicamenteuze behandeling ligt de nadruk bij de GGZ-medewerker. Deze houdt, afhankelijk van de ernst, vier tot 12 gesprekken met de patiënt, met een gemiddelde van acht. In het geval van een combinatiebehandeling houden zowel de GGZ-medewerker als de huisarts maximaal acht gesprekken. Er is hier dus sprake van meer sessies dan het aantal van vijf sessies eerstelijnspsycholoog zoals deze in 2013 vanuit het basispakket worden vergoed. In het geval van alleen medicamenteuze behandeling wordt de GGZ-medewerker niet bij de behandeling ingeschakeld.

Screening

Bij vermoeden van psychische klachten vult de patiënt op basis van vrijwilligheid de Brief Symptom Inventory (BSI) in. Als blijkt dat er op grond van de uitkomst van de BSI sprake zou kunnen zijn van een depressie of een angststoornis worden meer gerichte, gevalideerde instrumenten ingezet, als voor-, tussen- en nameting. In het geval van depressie is dat de Beck Depression Inventory (BDI), in het geval van een angststoornis is er de beschikking over vijf verschillende instrumenten, afhankelijk van het type angststoornis³¹. Deze metingen zijn wel verplicht in het kader van het zorgprogramma.

Alle vragenlijsten worden op papier afgenomen en later in het KIS ingevoerd. Online versies bleken tot dusver technisch niet haalbaar. Per 2014 wordt het zorgprogramma Ketenzorg GGZ herzien, wat eventueel inhoudt dat andere vragenlijsten gebruikt gaan worden. Het streven is deze vragenlijsten wel digitaal ter beschikking te hebben.

E-health behandelingen

E-health maakt geen onderdeel uit van de behandelmodules. Dat was een bewuste keuze. Op de eerste plaats was de werkgroep die het zorgprogramma heeft ontwikkeld van mening dat er in een behandeltraject minimaal één face-to-face contact moet plaatsvinden. Op de tweede plaats waren de ervaringen elders (zoals bij PoZoB) dat te weinig patiënten enthousiast waren te krijgen voor e-health behandeling.

Consultatie

Het protocol van het ketenzorgprogramma voorziet in de mogelijkheid om eenmalig een psychiater in te schakelen bij de diagnostiek of bij de behandeling. De betrokken psychiaters zijn werkzaam bij de GGZ-instellingen Mondriaan of Virenze. Van deze mogelijkheid tot consultatie wordt weinig gebruik gemaakt, in minder dan 1% van de gevallen. Om precies te zijn: in 2012 werd voor 2129 patiënten in de basismodule 19 keer consultatie aangevraagd. In de behandelmodule depressie was dat zes op de 1279, in de behandelmodule angst twee op de 253³². Als mogelijke verklaring hiervoor wordt aangegeven dat de GGZ-medewerker in dienst is bij een GGZ-instelling en er veel overleg 'in de wandelgangen' is.

31 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS); Panic and Agoraphobia Scale (PAS); Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS); Clinical Anxiety Scale (CAS); PTSS Klachtenschaal.

32 Uit: Jaarverslag 2012.

Onderzoek naar het zorgprogramma

Ten tijde van het interview in het najaar van 2013 zijn er alleen cijfers bekend over het aantal consulten en de mate van verbetering. In de behandelmodule depressie werden in 2012 gemiddeld 6,2 consulten verstrekt door de GGZ-medewerker, had 30% na afsluiting van het behandeltraject geen vervolgbehandeling meer nodig en werd 8% doorverwezen naar de tweede lijn. In de behandelmodule angst werden gemiddeld 5,7 consulten verstrekt, had 33% geen behandeling meer nodig en werd 10% doorverwezen naar de tweede lijn. Er zijn echter geen cijfers bekend over de situatie voor de invoering van het zorgprogramma, zodat een vergelijking met de oude situatie niet mogelijk is.

Op het moment van interviewen wordt een afstudeeronderzoek uitgevoerd vanuit de faculteit gezondheidswetenschappen van de Universiteit van Maastricht. In dit onderzoek worden de ervaringen van patiënten en zorgverleners met de verschillende aspecten van het zorgprogramma Ketenzorg GGZ vastgelegd en wordt door middel van interviews onderzocht wat verbeterpunten zijn. Resultaten van dit onderzoek zijn najaar 2013 nog niet gepubliceerd.

Beïnvloedende factoren

Er mogen binnen het zorgprogramma gemiddeld acht gesprekken plaatsvinden, waarbij geen sprake is van een eigen risico of eigen bijdrage. Dit in tegenstelling tot de vijf sessies eerstelijnspsycholoog die in 2013 vanuit het basispakket vergoed worden, en waarvoor wel een eigen bijdrage en eigen risico geldt.

Het zorgprogramma Ketenzorg GGZ wordt alleen door VGZ gecontracteerd. Huisartsen informeren echter niet altijd naar waar een patiënt verzekerd is, zodat ook patiënten naar het zorgprogramma toegeleid worden die niet verzekerd zijn bij VGZ. Dat maakt het zorgprogramma onaantrekkelijk voor huisartsen, wat de implementatie belemmert. Huisartsen vinden ook de beperking van het aanbod tot alleen depressie en angst te smal. Tot slot wordt opgemerkt dat door de nadruk op angst en depressie soms wordt vergeten dat de basismodule (diagnostiek) voor elke patiënt met psychische klachten kan worden ingezet (mits de patiënt verzekerd is bij VGZ).

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Ten tijde van het interview in najaar 2013 wordt gemeld dat met het aflopen van de Ketenzorg GGZ beleidsregel het zorgprogramma aangepast gaat worden. ZIO start per 1 januari 2014 met het aanstellen van een POH-GGZ. De POH-GGZ komt bij ZIO of bij de huisarts in dienst, waardoor deze onafhankelijk kan opereren. Er zijn ook plannen om binnen de POH-GGZ specialisaties aan te brengen, bijvoorbeeld voor verslavingszorg, jeugd of ouderen. Een dergelijke gespecialiseerde POH-GGZ zou de hele regio kunnen bedienen. De huidige GGZ-medewerkers kunnen solliciteren naar de functie van POH-GGZ bij ZIO, of uitvoerder worden van de generalistische Basis-GGZ. ZIO wil stimuleren dat de vrijevestigde psychologen in de regio zich gaan organiseren bij de uitvoering van de generalistische Basis-GGZ.

Er wordt gestreefd naar de inpassing van e-health behandelingen binnen het zorgprogramma. Wat betreft diagnostiek wordt gedacht aan een screener, die alleen op indicatie wordt ingezet. ZIO is van mening dat het inzetten van een uitgebreide screener bij alle patiënten te belastend is. Voor een eerste screening lijkt de 4DKL een goed instrument te zijn. Deze 4DKL zal per januari 2014 worden opgenomen in het KIS. Het is nog onduidelijk hoe het verwijzingsmodel voor de huisartsenzorg zoals ontwikkeld door Bureau HHM, ingepast zal worden in het zorgprogramma.

Aan consultatie zal meer aandacht worden geschonken, zowel consultatie van een psychiater als andere gespecialiseerde GGZ-hulpverleners (zoals een psychotherapeut). Met consultatie zou moeten worden voorkomen dat mensen onnodig worden doorverwezen naar de generalistische Basis-GGZ.

Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB): zorgprogramma GGZ (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

In juni 2008 is PoZoB gestart met het inzetten van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Een groot deel van de patiënten kon hierdoor binnen de huisartsenzorg geholpen worden, maar anderen moesten worden verwezen. Daarmee verdwenen zij uit beeld bij de huisarts, wat als onwenselijk werd beschouwd. PoZoB heeft daarop in de regio samenwerking gezocht met andere hulpverleners, in eerste instantie met de verslavingsconsulenten, die al in de huisartsenpraktijken vertegenwoordigd waren en vanaf 2009 met de eerstelijnspsychologen. Tegelijkertijd werd onderzocht of het mogelijk was een ketenzorgprogramma GGZ op te zetten. Als onderdeel van het zorgprogramma werd een monitoringsysteem opgezet waarmee door de gehele keten heen de patiënt gemonitord kon worden. Bij de ontwikkeling en uitwerking van het zorgprogramma werd samengewerkt met zorgverzekeraars VGZ en CZ en werd goedkeuring voor de NZa beleidsregel Innovatie verkregen, lopend van 1 december 2011 tot 1 december 2014. Ook andere verzekeraars hebben het zorgprogramma gecontracteerd, met uitzondering van Achmea en DSW. Het zorgprogramma wordt beschouwd als huisartsenzorg, waarvoor geen eigen risico of eigen bijdrage geldt. Ten tijde van het interview hebben 115 van de 200 aangesloten huisartsen een POH-GGZ en 88 van deze huisartsen werken met het zorgprogramma.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Het zorgprogramma GGZ van PoZoB biedt ketenzorg voor patiënten met psychische problemen in de eerste lijn, waarbij zorg op maat wordt geleverd, met als doel de patiënt binnen de eerste lijn te houden. Dit betekent bijvoorbeeld dat er geen sprake is van een maximaal aantal consulten bij een eerstelijnspsycholoog, maar van een gemiddelde van zes consulten, waarbij de psycholoog zelf kan bepalen bij wie er minder en bij wie er meer consulten nodig zijn. De ruimte om meer consulten te verstrekken (dan de maximaal vijf sessies die in 2013 vanuit het basispakket vergoed worden) maakt het mogelijk om te voorkomen dat een deel van de patiënten naar de tweede lijn moet worden verwezen.

Wanneer een patiënt in het zorgprogramma komt, wordt een monitoringtraject ingezet. De patiënt vult hierbij digitaal een monitoringsinstrument in, dat deels ter ondersteuning van de diagnostiek wordt gebruikt. De gegevens worden ingevoerd in het Keten Informatie Systeem (KIS) Care2U, waarin ook alle andere informatie, zoals anamnese, diagnose en medicatie wordt opgenomen. Met dit monitoringsysteem wordt de patiënt gevolgd. Na een jaar volgt een herhalingsmeting, ongeacht of de patiënt nog in zorg is, en zo ja, waar deze in zorg is (bv. in de tweede lijn). Op basis hiervan kan de huisarts bepalen of de patiënt op juiste plek terecht is gekomen en of de klachten afdoende verholpen zijn.

Afhankelijk van de psychische problematiek en behandeling wordt een team rondom de patiënt samengesteld, bestaande uit twee of meer eerstelijns zorgprofessionals: huis-

arts, POH-GGZ, apotheker, verslavingsconsulent en psycholoog. Ook zijn er meerdere psychiaters beschikbaar die de patiënt eenmalig kunnen zien of telefonisch benaderd kunnen worden voor een advies aan de huisarts. Alle ketenpartners hebben toegang tot Care2U en doen hun verslaglegging in het systeem, zodat er geen zaken dubbel hoeven worden gedaan.

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

De achtergrond van de POH-GGZ is basispsycholoog, algemeen maatschappelijk werker, of HBO-verpleegkundige, allen met ervaring in de tweedelijns-GGZ. Alle POH's-GGZ zijn bij PoZoB in dienst en hebben een opleiding tot POH-GGZ gevolgd. Praktijken hebben gemiddeld negen uur POH-GGZ tot hun beschikking.

Bij het vermoeden van psychische klachten schakelt de huisarts de POH-GGZ in. De POH-GGZ doet de vraagverheldering en verricht diagnostiek, mede aan de hand van het monitoringsinstrument, waarin onder meer de Beck Depression Inventory (BDI) is opgenomen. Als de hulpvraag duidelijk is, wordt in overleg met de huisarts bepaald waar de patiënt het beste geholpen kan worden. Als dat binnen de eerste lijn is, wordt verwezen naar de eerstelijnspsycholoog of verslavingsconsulent.

De POH-GGZ verricht zelf geen behandeling. De psycholoog kan wel een aantal taken delegeren naar de POH-GGZ, zoals huiswerk bespreken, motivering, en controle na behandeling. De POH-GGZ en psycholoog bespreken in veel gevallen eens per maand gezamenlijk de patiënten.

De POH-GGZ verzorgt verder het monitoringtraject van de patiënt en voert na een jaar de herhalingsmeting uit. Afhankelijk van de uitkomsten van deze herhalingsmeting kan de POH-GGZ weer contact opnemen met de patiënt, bijvoorbeeld wanneer deze aangeeft nog behoefte aan hulp te hebben. Hiermee kan een terugval worden voorkomen.

Screening

Bij de start van het monitoringtraject wordt een nulmeting uitgevoerd. Hierbij wordt onder meer de BDI afgenomen. Daaraan kunnen naar behoefte andere vragenlijsten worden toegevoegd, zoals de Symptom Checklist 90 (SCL-90) of de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS). De vragenlijsten worden momenteel nog op papier aan de patiënt meegegeven en handmatig in het KIS (Keten Informatie Systeem) Care2U ingevoerd. Ten tijde van het interview loopt een pilot bij vijf POH's-GGZ om deze lijsten digitaal te versturen naar de patiënt. De uitkomsten, zoals de totaalscore of normscore worden dan automatisch in Care2U opgenomen. Care2U is gekoppeld aan het HIS (Huisarts Informatie Systeem), zodat deze informatie direct voor de huisarts toegankelijk is.

E-health behandelingen

Er is de beschikking over het programma 'Beating the Blues' van Psy Health Direct. Verder zijn er plannen om 'Fear Fighter' in te voeren voor de behandeling van paniek en fobieën, ook van Psy Health Direct. De POH-GGZ bepaalt in principe op grond van het vraagverhelderingstraject of een patiënt geschikt is voor een e-health module. Het

is de bedoeling dat e-health standaard onderdeel wordt van het zorgprogramma, maar momenteel wordt het nog maar weinig toegepast. Hulpverleners moeten wennen aan het werken met e-health en patiënten verwachten nog face-to-face contacten in plaats van zelf aan de slag te moeten gaan met een computerprogramma. PoZoB wil in de toekomst meer nadruk leggen op het motiveren van patiënten en hulpverleners in het gebruik van e-health behandelingen. Verder wil PoZoB dat de POG-GGZ de begeleiding van 'Beating the Blues' gaat doen, in plaats van een GZ-psycholoog zoals nu gebruikelijk is.

Consultatie

De psychiaters die aangesloten zijn bij het zorgprogramma voor consultatieve raadpleging (eenmalige consultatie) zijn in dienst van GGzE, Maxima Medisch Centrum en van vrijgevestigde praktijk Helmind. Over het algemeen neemt de POH-GGZ contact op met de psychiater (wel in overleg met huisarts), maar de huisarts kan dit ook zelf doen. Er wordt weinig gebruik gemaakt van consultatie. De prevalentie was in 2012 2% van de 4500 patiënten in het zorgprogramma, waarvan 50% voor diagnostiek en 50% voor behandeling.

Onderzoek naar het zorgprogramma

Bij de herhalingsmeting na een jaar wordt een aantal vragenlijsten (opnieuw) bij de patiënt afgenomen. Voor depressieve klachten is dat de BDI, voor angstklachten de Generalized Anxiety Disorder 7-item schaal (GAD-7). Kwaliteit van leven wordt vastgelegd met de Short Form 12 (SF-12). Verder bevat de herhalingsmeting vragen over medicatiegebruik, ziekteperceptie, ziekteverzuim, middelengebruik, leefstijl en patiënt- en hulpverlener tevredenheid.

Wat betreft de depressieve en/of angstklachten is er bij de herhalingsmeting sprake van een verbetering. Patiënten en hulpverleners zijn over het algemeen tevreden en er is sprake van een hogere kwaliteit van leven en een verbeterde leefstijl bij patiënten. Er is ook sprake van een afname van de doorstroom naar de tweede lijn. Bij aanvang van het zorgprogramma in 2011 bleef 75% van de patiënten in de eerste lijn in zorg. De doelstelling om dit percentage te laten toenemen tot 80% werd in 2012 gehaald³³.

Er lijkt sprake te zijn van een gunstig effect van het zorgprogramma. Door het ontbreken van controlegroepen of normscores is het echter niet mogelijk deze uitkomsten met die van de reguliere eerstelijns GGZ-zorg te vergelijken.

Beïnvloedende factoren

Zuidoost-Brabant is een goed georganiseerde regio, waar veel animo is voor de functie POH-GGZ. Dat was gunstig voor het opzetten van het zorgprogramma. Verder werken de hagro³⁴-feedbackbijeenkomsten die jaarlijks worden georganiseerd met betrokken hulpverleners bevorderend. In deze bijeenkomsten wordt de samenwerking geëvalueerd en wordt besproken wat er beter kan.

33 Verantwoording zorgprogramma GGZ 2012; S. Steenhuisen, R. Wittgen, A. Romeijnders, N. van Elderen, M. Caers. Maart 2013.

34 Huisartsengroep.

Om goede afspraken te kunnen maken met de eerstelijnspsychologen, moesten deze zich organiseren in een zorggroep. Dat heeft tijd en moeite gekost. In het begin moesten de psychologen ook wennen aan het principe van 'zorg op maat'. Ze waren gewend aan een maximaal aantal toegestane sessies, en onzeker over het feit dat zij op grond van eigen inzichten meer sessies mochten gebruiken. Verder had men bij het in gebruik nemen van een nieuw ICT-systeem te maken met de onvermijdelijke kinderziektes. Een praktische belemmering is het feit dat er huisartsen zijn die graag een POH-GGZ in de praktijk willen hebben, maar die fysiek niet de ruimte hebben om die te plaatsen. Ten slotte zijn er beïnvloedende factoren van financiële aard. Het maatschappelijk werk heeft nauwelijks ruimte om actief te zijn in de huisartsenzorg, omdat zij in een andere financieringsstructuur zitten. Ze passen daardoor niet in het zorgprogramma, terwijl er wel behoefte aan is. Verder is het lastig om de bekostiging voor het zorgprogramma rond te krijgen als met een POH-GGZ wordt gestart. Dit komt omdat de POH-GGZ niet per consult wordt betaald, maar pas aan het eind van een kwartaal.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Ten tijde van het interview in najaar 2013 wordt gemeld dat voor 2014 vooralsnog wordt vastgehouden aan de huidige werkwijze. Deze komt volgens PoZoB voor een groot deel al overeen met het nieuwe beleid. Alleen vormen in het zorgprogramma de huisartsenzorg en de generalistische Basis-GGZ één geheel. Er wordt wel nagedacht over aanpassingen voor een betere bestending in de toekomst. Verwacht wordt dat deze aanpassingen vooral de financiering zullen betreffen. Er wordt nu bijvoorbeeld in een derde van de gevallen een beroep gedaan op de eerstelijnspsycholoog en de vraag is of deze zorg gefinancierd kan blijven worden binnen het zorgprogramma. Het is verder nog onduidelijk hoe het verwijsmodel voor de huisartsenzorg zoals ontwikkeld door Bureau HHM vorm zal worden gegeven.

De samenwerking met GGzE verloopt goed. Er zijn gezamenlijke overleggen en werkgroepen ter verbetering van de communicatie en samenwerking³⁵. Er is wellicht sprake van het overnemen van de preventie-activiteiten van de gespecialiseerde GGZ. In één huisartsenpraktijk wordt hiervoor op het moment van interviewen een pilot uitgevoerd.

35 In het interview met SGE, regiogenoot van PoZoB, is op het gebied van consultatie sprake van samenwerking met GGzE Direct, een nieuw onderdeel van GGzE dat zich richt op de generalistische Basis-GGZ. Ook PoZoB voert gesprekken met GGzE Direct voor verdere samenwerking.

Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE): zorgprogramma Depressie (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Op basis van de ervaringen opgedaan met een doorbraakproject Depressie is bij SGE een zorgprogramma Depressie ontwikkeld. Dit zorgprogramma beschrijft de totale zorg voor volwassen personen (>18 jaar) in de eerste lijn die in meer of mindere mate aan een depressie lijden. Daarbij wordt uitgegaan van de NHG-Standaard Depressie en de Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Samen met zorgverzekeraar VGZ is voor dit zorgprogramma een DBC ontwikkeld die officieel per juni 2013 is ingegaan, maar door VGZ met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2013 voor drie jaar wordt vergoed. Deze DBC valt onder de NZa beleidsregel Innovatie en heeft een looptijd tot juni 2016. CZ stimuleerde in eerste instantie de ontwikkeling van het zorgprogramma, maar deze verzekeraar trok zich terug omdat men toentertijd geen nieuwe DBC's wilde contracteren. Ook de andere verzekeraars hebben zich niet aangesloten, zodat een behandeling binnen het zorgprogramma alleen voor VGZ-verzekerden wordt vergoed.

Binnen het zorgprogramma wordt als ondersteuning van huisartsen bij de diagnostiek standaard de VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) gebruikt. Bij de huisartsen bestaat echter de behoefte aan nog meer ondersteuning bij de diagnostiek en de behoefte om patiënten beter te informeren over hun psychische problemen. De 4DKL voldeed hieraan niet voldoende.

Om de diagnostiek van de huisartsen beter te ondersteunen werd door de Universiteit van Maastricht, in samenwerking met de SGE, Psyscan ontwikkeld. Psyscan is een digitale screener, die eveneens gebaseerd is op de 4DKL, maar is aangevuld met open vragen. Deze screener wordt door de patiënt thuis ingevuld. In juni 2013 kreeg de SGE de toezegging van de NZa om Psyscan als aanvullend project binnen de reeds toegekende beleidsregel Innovatie uit te voeren, met als doel het invoeren en testen van de Psyscan ten behoeve van het zorgprogramma Depressie. Voor de financiering van dit project geldt een opslag op de financiering binnen de beleidsregel. Met de daadwerkelijke implementatie van de Psyscan is op 7 december 2013 gestart.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

De zorg binnen het zorgprogramma Depressie wordt via de stepped care aanpak aangeboden. Een laagdrempelige, generalistische aanpak waar het kan en een gespecialiseerde, door diagnose gestuurde aanpak waar het moet.

Het zorgprogramma Depressie bestaat uit vijf modules gericht op:

1. Depressieve klachten.
2. Lichte depressie, eerste episode.
3. Terugkerende lichte depressie of een depressieve episode langer dan 3 maanden.
4. Eerste matige ernstige depressie, tijdelijke behandeling.
5. Onderhoudsmodule, aanhoudende behandeling.

Voor elk van de modules is beschreven welke interventies zijn geïndiceerd en door wie deze worden uitgevoerd. Naast de inzet van een POH-GGZ wordt binnen het zorg-

programma Depressie samengewerkt met: een GZ-psycholoog, een psychiater (voor consultatie), het maatschappelijk werk, een fysiotherapeut en een bewegingsconsulent. Met deze hulpverleners zijn inhoudelijke, in de modules omschreven, afspraken gemaakt.

Het eerste doel van de implementatie van Psyscan is een verbeterde ondersteuning van huisartsen en POH's-GGZ bij de diagnostiek van depressieve klachten ten behoeve van het zorgprogramma Depressie. Een tweede doel is patiënten met depressieve klachten beter te kunnen informeren over hun klachten en de mogelijke behandelingen. Met de hulpverleners in de regio zijn communicatieafspraken gemaakt over de manier van verwijzing en terugkoppeling in het HIS.

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

In het geval van een vermoeden van depressieve klachten voert de huisarts een eerste diagnostiek uit, ondersteund met de afname van de 4DKL (en vanaf 7 december 2013 met de Psyscan). In het geval dat de screener een verhoogde kans op depressie aangeeft, wordt de Beck Depression Inventory (BDI) afgenomen door de huisarts bij het eerste gesprek na de afname van de Psyscan. Deze POH-GGZ die in dienst is van SGE, verduidelijkt vervolgens samen met de patiënt de klachten en adviseert de huisarts over de meest passende module. In het geval van modules 1-3 biedt de POH-GGZ zelf de basiszorg (vijf gesprekken model, cursussen, al dan niet online). Ook zorgt de POH-GGZ ervoor dat elke zes weken een aanvullende meting met de BDI wordt uitgevoerd. Ten slotte verzorgt de POH-GGZ ook de nazorg. In geval van modules 4 en 5 wordt de eerstelijnspsycholoog indien nodig ingeschakeld.

Screening

Op het moment van interviewen worden de gebruikte instrumenten ter ondersteuning van de diagnostiek nog op papier afgenomen en verwerkt in het HIS (Huisarts Informatie Systeem). Met de implementatie van Psyscan wordt het mogelijk de instrumenten digitaal af te nemen en weg te schrijven in het HIS. De Psyscan genereert op basis van de metingen een mogelijke diagnose. Wat is de aard en de ernst van de klachten? Deze informatie wordt zowel aan de huisarts als aan de patiënt verstrekt. Deze kunnen de uitslag dan samen bespreken. Wanneer de patiënt inlogt om de Psyscan in te vullen, wordt er op het scherm informatie gegeven over wat depressie is, wat iemand zelf zou kunnen doen en wat het behandelaanbod van SGE is.

E-health behandelingen

E-health behandeling is in het zorgprogramma opgenomen. Er is de beschikking over 'Kleur je Leven', 'Grip op je Dip', 'Beating the Blues' en de online therapie voor depressieve klachten van Interapy, waarbij de patiënt via het internet door een psycholoog wordt begeleid (blended care). Ondanks dat er veel bekendheid aan wordt gegeven, en dat er trainingen worden gegeven aan huisartsen, POH's-GGZ en eerstelijnspsychologen, wordt er van e-health nog maar weinig gebruik gemaakt. Zowel voor de zorgaanbieders als voor de patiënten bestaat er nog een drempel voor het gebruik van e-health. De meesten prefereren boven een digitaal contact, zoals bij Interapy, nog face-to-face contacten.

Consultatie

Binnen de DBC bestaat de mogelijkheid tot telefonische consultatie van een psychiater (werkzaam bij GGzE Direct³⁶) voor advies en behandeling. Een face-to-face contact tussen patiënt en psychiater wordt in de nabije toekomst in de DBC opgenomen. Getracht wordt om binnen de DBC constructie een psychiater te betrekken die naast telefonische consultatie ook beschikbaar is voor een eenmalig face-to-face consult. In 2014 wordt de generalistische Basis-GGZ ingevoerd waarin ook consultatiemogelijkheden met GGzE en andere partijen georganiseerd worden.

Onderzoek naar het zorgprogramma

Vanaf 2009 wordt jaarlijks een meting gedaan naar de effecten van het zorgprogramma aan de hand van managementindicatoren. Hieruit blijkt dat er aanwijzingen zijn dat door toepassing van het zorgprogramma er sprake is van een afname van het medicatiegebruik bij patiënten met milde en ernstige klachten. Verder wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van minimale interventies als mindfulness en runningtherapie. Vanaf 2014 zal er elk kwartaal een meting worden gedaan.

Psyscan is pas in december 2013 gestart, waardoor de effecten ervan nog niet kunnen worden vastgesteld. Ten behoeve van de aanvraag voor de NZa beleidsregel Innovatie is er wel bij twee gezondheidscentra een pilotonderzoek uitgevoerd, vooral gericht op de ervaringen met het gebruik van Psyscan. Zowel huisartsen als patiënten vonden Psyscan prettig om mee te werken, ondanks aanloopproblemen op ICT-gebied. Psyscan bleek bruikbaar zowel bij patiënten met lichtere als met ernstiger klachten. Beiden werden herkend. De werkelijke effectiviteit en meerwaarde van Psyscan zal echter moeten worden vastgesteld in onderzoek dat door de Universiteit van Maastricht wordt uitgevoerd.

Beïnvloedende factoren

Gunstig voor het zorgprogramma als geheel is het feit dat SGE een geïntegreerde eerstelijns organisatie is met korte lijnen. Daarbij komt nog dat elk gezondheidscentrum een aandachtshuisarts heeft die samen met een POH-GGZ de andere huisartsen adviseert en eventueel corrigeert. Daar staat tegenover dat het zorgprogramma in eerste instantie alleen door VGZ wordt gefinancierd, zodat niet iedere patiënt er gebruik van kon maken, ook al zou deze goed in het programma passen. Inmiddels blijkt dat alle verzekeraars VGZ volgen als dominante zorgverzekeraar. De verwachting is dat dit ook in 2014 het geval is.

Specifiek kijkend naar de Psyscan, werkten de positieve ervaringen hiermee in de pilot (uitgevoerd door de Universiteit van Maastricht) bevorderend voor een verdere implementatie. Er lijkt echter wel sprake te zijn van een toegenomen registratiedruk. Het is de bedoeling dat Psyscan bij een vermoeden van depressieve klachten wordt ingezet ter ondersteuning van de huisarts. Uit het pilotonderzoek bij twee gezondheidscentra bleek dat dit niet altijd gebeurde. Psyscan werd door de huisarts soms gezien als een

36 GGzE Direct functioneert per 1 september 2013. Het is een nieuw onderdeel van GGzE dat zich richt op de generalistische Basis-GGZ.

extra handeling die ook aan de patiënt moet worden uitgelegd. De afname en verwerking kost veel tijd. Desondanks bleek uit de pilot duidelijk dat het gros van de huisartsen tevreden was over Psyscan.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Ten tijde van het interview, najaar 2013, wordt verwacht dat de DBC voor het zorgprogramma Depressie in 2014 wordt gecontinueerd en eventueel wordt uitgebreid met een zorgprogramma Angststoornissen. Verder wordt verwacht dat door het gebruik van Psyscan meer personen met milde problemen zullen worden herkend. Voor hen zal 'Mentaal Fit' worden ingevoerd, geïndiceerde preventie in de vorm van een groepscursus voor mensen met milde klachten op het gebied van depressie, angst, coping, somatisatie en dergelijke. Ook wordt gewerkt aan het inbouwen van face-to-face consultatie van de psychiater in de DBC.

Er wordt gewerkt aan een verdere verbetering van de samenwerking tussen SGE en GGzE Direct, dat is opgezet door GGzE. GGzE Direct voert ook dergelijke gesprekken met de zorggroepen in de buurt, DOH en PoZob. Doel van een verbeterde samenwerking is het opzetten van een directe lijn naar de gespecialiseerde GGZ, ten behoeve van patiënten die vanuit de gespecialiseerde GGZ uitstromen. In het geval dat er sprake is van een terugval kan de patiënt weer direct terugkeren naar de gespecialiseerde GGZ.

VGZ contracteert vooralsnog de modules uit het zorgprogramma. In 2014 gaat SGE wel veranderingen richting generalistische Basis-GGZ inzetten, maar wat betreft contracten gaat dat pas in 2015 spelen, als de NZa beleidsregel afloopt. Er zal worden bekeken in hoeverre de zorgvraagzwaartepakketten overeenkomen met de modules in het zorgprogramma Depressie. SGE zit in dezelfde regio als de zorggroepen DOH en PoZoB. Er zijn met deze beide zorggroepen afspraken gemaakt over samenwerking bij de uitrol van Psyscan.

Vicino NHN (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Vicino NHN is in eerste instantie opgericht op initiatief van GGZ Noord-Holland Noord, maar al snel werden twee huisartsenorganisaties, Noord-Kennemerland en Kop van Noord-Holland, en zorgverzekeraar VGZ erbij betrokken. Aanleiding tot de oprichting was het stoppen van de financiering vanuit de consultatieregeling van in de huisartsenpraktijken gedetacheerde sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) van GGZ NHN. De huisartsen wilden de ondersteuning door de SPV graag behouden. Samen met GGZ NHN en VGZ werd gezocht naar alternatieven. Vanuit de gedachte dat het beter was om zorg dicht bij huis te leveren en lichte zorg te geven waar het licht kan en zware zorg waar het zwaar moet, werd een ketenzorgprogramma ontwikkeld. In 2009-2011 werd hiervoor een pilotonderzoek uitgevoerd bij een beperkt aantal praktijken. Uit een evaluatie in 2011 bleek dat de pilot succesvol was. Alle belanghebbenden, de deelnemende huisartsen en GGZ NHN, waren hier positief over. Op basis van de positieve ervaringen in de pilot werd samen met VGZ gezocht naar mogelijkheden om deze samenwerking voort te zetten en uit te breiden. Hiervoor werd de NZa beleidsregel Innovatie aangevraagd. Deze werd op 1 januari 2012 toegekend, lopend tot 1 januari 2015. Per 1 januari 2013 is Vicino NHN officieel een BV met drie aandeelhouders, twee vanuit de twee bovengenoemde huisartsenorganisaties en één vanuit GGZ NHN.

De financiële middelen van Vicino NHN komen op het moment van interviewen deels uit de regeling POH-GGZ en deels uit middelen die GGZ NHN overhevelt (substitutie tweede naar eerste lijn). Inmiddels zijn naast VGZ ook alle andere zorgverzekeraars aangesloten, met uitzondering van DSW.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken en betrokken hulpverleners

Het doel van Vicino NHN is om zoveel mogelijk mensen in de eerste lijn en dicht bij huis te helpen. De gedachte is dat dit de zorg laagdrempelig maakt en bijdraagt aan het betaalbaar houden van de GGZ. Als het nodig is, kan de gespecialiseerde GGZ snel worden ingeschakeld. Vicino NHN is bedoeld voor alle patiënten met psychische klachten, en voor zowel kortdurende als chronische problematiek.

Bij Vicino NHN voert de huisarts de regie. In het geval van een vermoeden van psychische klachten stelt de huisarts een voorlopige diagnose en bepaalt op grond daarvan welk traject wordt ingezet. Als er sprake is van een crisissituatie, verwijst de huisarts direct naar de specialistische GGZ. In alle andere gevallen wordt een traject binnen Vicino NHN ingezet. Er zijn vijf trajecten:

- Een traject met zelfhulpinterventies (e-health), onder begeleiding van de POH-GGZ. Ook de blended methode past hierin, een combinatie tussen e-health en face-to-face contacten.
- Een screening met de Vier Dimensionale KlachtenLijst (4DKL) met zo nodig een kortdurende behandeling door de POH-GGZ, zonder dat er een andere hulpverlener bij betrokken wordt. De POH-GGZ heeft ruimte voor gemiddeld vijf gesprekken voor deze lichtere gevallen.

- Mogelijkheden tot 'co-behandeling', het inschakelen van een behandelaar uit de specialistische GGZ voor consultatie.
- Screening met de 4DKL en daarna een kortdurende behandeling van gemiddeld acht gesprekken door een behandelaar. Deze behandelaar is gecontracteerd door Vicino NHN, mits aan een aantal kwaliteitseisen van Vicino NHN is voldaan. Deze behandelaar is meestal een eerstelijns psycholoog die declareert bij Vicino NHN en die terug rapporteert aan de POH-GGZ en de huisarts. Er bestaat de mogelijkheid om op te schalen naar bijvoorbeeld 12 gesprekken, zolang 'overall' het gemiddelde maar acht gesprekken is. Op deze wijze kunnen patiënten met ernstiger problematiek worden behandeld die anders naar de gespecialiseerde GGZ zouden worden verwezen.
- Traject lang, bedoeld voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Vicino NHN heeft samen met de huisartsen een programma ontwikkeld voor de vraag wanneer EPA patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ kunnen uitstromen en binnen de huisartsenzorg kunnen worden ontvangen. Er bestaat de mogelijkheid tot op- en afschalen. Als het minder goed gaat met de patiënt en/of er ligt een behandelvraag, kan de patiënt zonder tussenstappen (zoals een intake) weer direct overgenomen worden door het FACT wijkteam en de oorspronkelijke behandelaar. Dit geldt ook bij een crisis of decompensatie. Behandeling door de specialistische GGZ valt onder het traject 'co-behandeling'.

Vicino NHN werkt samen met diverse regionale partijen, onder andere op het gebied van maatschappelijk werk, verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en eerstelijns psychologische zorg. Inmiddels heeft 80% van de huisartsen in beide deelnemende regio's zich aangemeld, wat neerkomt op 150 praktijken.

Ondersteuning van de huisarts door de POH-GGZ

Alle aangesloten huisartsen hebben de beschikking over een POH-GGZ van Vicino NHN. Afhankelijk van de vraag en het type praktijk varieert de beschikbaarheid van vier tot 12 uur per week. Sommige POH's-GGZ zijn volledig in dienst bij Vicino NHN, anderen zijn zowel bij Vicino NHN als bij GGZ NHN in dienst, waardoor zij nog een directe lijn hebben met de GGZ, de verslavingszorg, ouderenzorg en dergelijke. In samenwerking met de RINO (een opleidingsinstituut op het terrein van o.a. GGZ) heeft Vicino NHN een eigen opleiding tot POH-GGZ opgesteld, voor SPV-en die nu als POH-GGZ bij Vicino NHN werken. Hoewel het aantal POH's-GGZ met een volledig contract toeneemt, streeft Vicino NHN ernaar dat een deel van de POH's-GGZ een deelcontract bij GGZ NHN houdt, om op deze manier verzekerd te zijn van expertise vanuit de specialistische GGZ.

De POH-GGZ verzorgt de screening van patiënten en verricht kortdurende behandelingen (maximaal vijf gesprekken) in het geval van lichtere klachten. De POH-GGZ verzorgt verder de toeleiding naar online zelfhulpinterventies. Ook kan de POH-GGZ deze begeleiden (blended care). Ten slotte fungeert de POH-GGZ als schakel tussen huisarts en gespecialiseerde GGZ wat betreft de EPA patiënten. Voor deze patiënten is 12 uur per patiënt per jaar beschikbaar, uit te smeren over meerdere korte gesprekken.

Screening

Zoals gezegd vindt screening plaats middels de 4DKL, die door de patiënt thuis, of op de praktijk kan worden ingevuld. Afname kan digitaal of op papier plaatsvinden. Voor de digitale versie wordt samengewerkt met Minddistrict. Bij afsluiting van een behandeling wordt de 4DKL nogmaals afgenomen. Bij de psychologen loopt de digitale afname van de 4DKL niet via Minddistrict, omdat ze daar niet bij zijn aangesloten. Achteraf kan er wel een koppeling worden gemaakt met de 4DKL vragenlijsten die via Minddistrict zijn afgenomen.

Vicino NHN start per januari 2014 met een meer uitgebreide tool voor screening en diagnostiek ten behoeve van een betere en meer objectieve toewijzing naar een behandeling. Er is daarbij gekozen voor e-diagnostiek van Telepsy (zie Hoofdstuk 6 voor een uitgebreide beschrijving). Verder wil Vicino NHN doorgaan met het invoeren van instrumenten zoals de Outcome Questionnaire (OQ-45) en de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (zie Bijlage 5) voor de patiënten die instromen vanuit de gespecialiseerde GGZ, waarbij de POH-GGZ deze vragenlijst gaat afnemen.

E-health behandelingen

Vicino NHN werkt sinds begin 2013 met de zelfhulpinterventies van Minddistrict, onder andere de modules voor angst en depressie. Alle POH's-GGZ zijn getraind in het geven van begeleide zelfhulpinterventies via e-health. Een deel van hen werkte hier al eerder mee. Aangegeven wordt dat monitoring naar het gebruik nodig is. Het blijkt dat het werken met e-health nog niet 'in het systeem' van alle POH's-GGZ zit, en dat heeft invloed op hun motivatie van om er mee aan de slag te gaan.

Consultatie

Aan Vicino NHN zijn twee psychiaters verbonden voor consultatie aan de huisarts/POH-GGZ, voor respectievelijk 12 en 20 uur per week. Dat kan gebeuren op 'afstand', zonder de patiënt te zien, maar ook na een face-to-face contact met een patiënt. Ook kunnen andere specialismen geraadpleegd worden, uit bijvoorbeeld de verslavingszorg, ouderenzorg of FACT. Van consultatie vanuit deze specialismen wordt niet veel gebruik gemaakt.

Onderzoek naar de effecten van Vicino

De pilot van Vicino NHN in 2009-2011 is geëvalueerd door onderzoekers van GGZ NHN zelf. Deze evaluatie betrof voornamelijk de tevredenheid van huisartsen en GGZ NHN met de aanpak van Vicino NHN. Deze aanpak werd over het algemeen positief beoordeeld.

Verder zijn er eerste cijfers bekend over de patiëntenstromen (persoonlijke communicatie met geïnterviewde eind 2013). In 2012 zijn er 2374 behandeltrajecten uitgevoerd binnen Vicino NHN. 1658 (70%) van deze trajecten betroffen een korte behandeling door de POH-GGZ en 40 trajecten (2%) een langdurige begeleiding van EPA-patiënten. De resterende 676 trajecten (28%) betroffen uitsluitend een intake bij de POH-GGZ. Kijkend naar deze laatstgenoemde categorie, was bij 46% van de trajecten de klacht

afgehandeld tijdens het intakegesprek, of kon deze met behulp van zelfmanagement worden opgelost. Na de intake betrof 26% van de trajecten een doorverwijzing naar de eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werk, en 21% een doorverwijzing naar de gespecialiseerde GGZ. In de resterende 7% van de gevallen kreeg een traject een vervolg bij de huisarts, of betrof het een verwijzing naar een andere hulpverlener/aanbieder.

Opgemerkt dient te worden dat in de loop van 2013 de eerste contracten tussen eerstelijnspsychologen en Vicino NHN werden gesloten. Eind december 2013 waren dat er 70. Er wordt daarom verwacht dat het aantal behandelingen door eerstelijnspsychologen zal toenemen.

Beïnvloedende factoren

Bevorderend in de totstandkoming van Vicino NHN was dat de juiste personen met elkaar om tafel kwamen te zitten. Personen die dezelfde visie deelden, wilden innoveren, en bereid waren om over de eigen schaduw heen te stappen en het eigenbelang ondergeschikt te maken. Dat gold zowel voor de huisartsen als voor de deelnemers vanuit GGZ NHN. Al werden de huisartsen pas echt enthousiast over Vicino NHN toen besloten werd de organisatie onder te brengen bij de twee huisartsenorganisaties, waardoor Vicino NHN niet meer als een 'project van de tweede lijn' werd gezien. Ook eerstelijnspsychologen waren in eerste instantie terughoudend bij de opzet van Vicino NHN, omdat zij vreesden een deel van hun caseload kwijt te raken.

GGZ NHN hevelt een deel van haar eigen budget over naar Vicino NHN, om bij te dragen aan de substitutie van zorg. Deze overheveling heeft een positief effect op de zorgverzekeraars in de zin dat zij welwillend staan ten opzichte van innovaties.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Op het moment van het interview, najaar 2013, loopt de NZa beleidsregel Innovatie nog een jaar door, tot 1 januari 2015. Vicino NHN gaat zich in 2014 voorbereiden op de nieuwe echelonnering van de GGZ. Vooralsnog wordt vastgehouden aan het huidige concept, waarbij de bestaande trajecten worden 'vertaald' in de vier zorgvraagzwaartepakketten van de generalistische Basis-GGZ. Er wordt inhoudelijk niet veel aangepast; qua inhoud sluit het Vicino NHN concept naar eigen zeggen al goed aan op het nieuwe bestel. Het gaat vooral om de omvorming van de tarieven.

Wat betreft de financiering komen er ook veranderingen. Wanneer de beleidsregel afloopt, zal de behandeling deels onder de regeling POH-GGZ en deels onder de generalistische Basis-GGZ gaan vallen, waarbij zorgvraagzwaartepakketten moeten worden ingekocht.

Denk (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Om aan te sluiten bij de ontwikkelingen richting de generalistische Basis-GGZ, heeft GGZ Friesland het onderdeel Denk opgericht.

Met De Friesland Zorgverzekeraar is het traject voor de NZa beleidsregel Innovatie afgelegd, wat resulteerde in een toekenning voor de periode 1 januari 2012 - 1 januari 2015. Met uitzondering van Menzis en CZ vergoeden de andere zorgverzekeraars inmiddels ook de zorg van Denk. In het kader van de NZa Beleidsregel zijn twee tarieven afgesproken. Het eerste tarief is voor 'oriëntatie' (€210). Dit houdt in dat een patiënt na verwijzing door de huisarts een intake krijgt bij Denk (maximaal drie consulten) en daarna: a) voldoende hersteld is, b) terugverwezen wordt naar de huisarts voor verdere behandeling, of c) doorverwezen wordt naar meer specialistische zorg dan Denk kan bieden. Het tweede tarief is voor 'oriëntatie en behandeling' (€720). Dit houdt in dat de patiënt na verwijzing door de huisarts een intake krijgt bij Denk en vervolgens gebruik maakt van hun aanbod aan individuele- en/of groepsbehandeling. Gemiddeld mogen er acht behandelingen (in totaal acht uur) plaatsvinden, wat de vrijheid biedt om per individuele patiënt te bekijken hoeveel uur aan behandeling er nodig is.

Doel en werkwijze

Met het opzetten van Denk beoogde GGZ Friesland de volgende doelen te bereiken: preventie/vroegherkenning van psychische klachten, het voorkomen van overbehandeling, het verminderen van instroom in de gespecialiseerde GGZ en het voorkomen van onderbehandeling door screening. Hiertoe heeft Denk het volgende aanbod:

- 1) Informatie: op haar website biedt Denk informatie over veel voorkomende psychische klachten of problemen. Deze informatie is voor iedereen toegankelijk.
- 2) Zelfhulp: om zelfstandig, dus zonder begeleiding van Denk, met deze klachten aan de slag te gaan, geeft Denk via de website informatie over zelfhulpboeken die men zou kunnen raadplegen, informatie over online zelfhulpprogramma's die men bij de klachten kan volgen, en informatie over andere online cursussen die men voor zijn of haar klachten zou kunnen volgen. Ook deze informatie is vrij toegankelijk.
- 3) Behandeling door hulpverleners van Denk: dit zijn individuele behandelingen, maar ook veelal groepsbehandelingen, gericht op geïndiceerde preventie en curatie. Hiervoor zijn bij Denk basispsychologen, GZ-psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en een psychomotorisch therapeut werkzaam (in totaal 10,57 FTE). Formeel staan zij op de loonlijst bij GGZ Friesland.

Naast dit aanbod biedt Denk ook POH-GGZ in de huisartsenpraktijk.

Ondersteuning van de huisarts door POH-GGZ

Denk levert momenteel aan ongeveer 90 huisartsenpraktijken in Friesland een POH-GGZ. Daarbij voert Denk het werkgeverschap uit en heeft de huisarts de inhoudelijke verantwoordelijkheid. Formeel staan de POH-GGZ op de loonlijst bij GGZ Friesland. Bijna

alle POH's-GGZ die door Denk geleverd worden, hebben een achtergrond als SPV. Zij hebben een aanvullende opleiding tot POH-GGZ gevolgd, welke Denk samen met de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden organiseert. De taken die de POH's-GGZ van Denk uitvoeren, bestaan onder meer uit: psycho-educatie; begeleiden van verwijzingen; kortdurende ondersteuning en behandeling van patiënten; het geven van voorlichting en advies en het verzorgen van spreekuren voor specifieke patiëntengroepen; en het onderhouden van het netwerk van zorgaanbieders.

Screening

De POH's-GGZ maken gebruik van screeningslijsten, waarbij de 4DKL, BDI, MMSE en een screeningslijst voor ADHD het vaakst gebruikt worden. Deze lijsten kunnen digitaal of op papier ingevuld worden.

E-health behandelingen

Het is niet bekend hoeveel mensen gebruik maken van de (informatie over) zelfhulp die op de website van Denk worden aangeboden.

Bij patiënten die bij Denk na aanmelding in behandeling komen, wordt gebruik gemaakt van 'blended' care, een combinatie van e-health en face-to-face contact. De keuze voor blended care is gebaseerd op eerdere ervaringen met 'pure' online behandeling. Daaruit bleek dat de drop-out van patiënten groot was. Binnen de behandeling van Denk wordt gewerkt met de behandelprogramma's van Curelink. Daarnaast is er via de eerder genoemde patiëntenportal ook beschermd e-mailverkeer mogelijk tussen behandelaar en patiënt. Zo kan via de portal huiswerk opgestuurd worden door de patiënt en kan er op gereageerd worden door de professionals.

Consultatie

Bij het onderdeel Denk zijn geen psychiaters in dienst, dus consultatie aan huisartsen verloopt via moederorganisatie GGZ Friesland. Er bestaan op het moment van interviewen geen formele consultatieafspraken tussen de huisartsen en GGZ Friesland. GGZ Friesland ontvangt daarom geen vergoeding voor overleg dat tussen huisarts en psychiater plaatsvindt.

Onderzoek

Najaar 2013 zijn nog geen resultaten bekend op gebieden als: vermindering van instroom naar de gespecialiseerde GGZ, het voorkomen van onderbehandeling d.m.v. screening, patiëntkarakteristieken die voorspellend zijn voor effectiviteit van behandeling en tevredenheid van patiënten en verwijzers. Deze resultaten worden in de loop van 2014 verwacht en zullen de periode mei 2012 - december 2013 betreffen.

Beïnvloedende factoren bij oprichting en uitvoer

De eerstelijnspsychologen in de regio waren in eerste instantie niet enthousiast over de oprichting van Denk, vooral voortkomend uit vrees voor het verkleinen van hun

caseload. Aangegeven wordt dat dit inmiddels niet meer het geval is. Er is regelmatig overleg met elkaar over hoe beide partijen met elkaar kunnen optrekken in bijvoorbeeld het organiseren van groepsaanbod, opleiding en evidence based werken.

Het gegeven dat niet alle zorgverzekeraars de zorg van Denk hebben gecontracteerd, en dus niet bij alle patiënten zorg door Denk vergoed wordt, is iets waar de huisarts rekening mee moet houden bij het verwijzen van een patiënt.

De toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Najaar 2013 had Denk de volgende plannen voor de toekomst.

POH-GGZ

Het onderdeel van Denk dat zich richt op de POH-GGZ zal mogelijk per 2015 afgesplitst worden van GGZ Friesland. De Friesland zorgverzekeraar heeft namelijk aangegeven af te willen van de schijn die kan ontstaan dat GGZ Friesland daarmee zijn eigen patiënten instroom regelt via de POH's-GGZ van Denk. De verwachting van de geïnterviewde is dat de meeste huisartsen er waarschijnlijk geen behoefte aan hebben om ook het werkgeverschap van de POH-GGZ op zich te nemen.

Behandelaanbod

Het behandelaanbod van Denk richt zich op het moment van interviewen zowel op geïndiceerde preventie, als op curatie. Per 1 januari 2014 zal er geen geïndiceerde preventie meer geboden kunnen worden, en zullen deze activiteiten ondergebracht moeten gaan worden bij de POH-GGZ. Daarom zal Denk haar behandelaanbod tegen het licht houden, om te kijken wat er binnen de nieuwe kaders behouden kan blijven en welk aanbod eventueel bij de POH-GGZ ondergebracht kan worden.

Verwijsmodel

GGZ Friesland, Universitair Medisch Centrum Groningen, eerstelijnspsychologen en huisartsen werken samen aan de ontwikkeling van een instrument om gerichte en adequate verwijzing naar de generalistische Basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ te realiseren. Dit instrument kan zowel door huisarts/POH-GGZ gebruikt gaan worden, als door GGZ Friesland zelf. Er wordt aangesloten bij de verwijscriteria van HHM: vermoeden DSM-benoemde stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten. Het idee is echter dat dezelfde combinatie van factoren bij de ene stoornis tot een verwijzing naar generalistische basis GGZ kan leiden, maar bij een andere stoornis verwijzing naar gespecialiseerde GGZ vereist. Hierin moet het te ontwikkelen instrument onderscheid maken.

Na het voorleggen van het uitgewerkte interview aan Denk, begin 2014, kwam aanvullende informatie naar voren. Zo bleek dat Denk inmiddels besloten had om het experiment onder de NZa Beleidsregel niet af te maken, maar om per 1 januari 2014 mee te gaan in de reguliere financiering van de generalistische Basis-GGZ. Een belangrijke reden hiervoor was dat daarmee het probleem verholpen wordt dat de zorg van Denk

niet vergoed werd voor patiënten van Menzis en CZ. Daarnaast overweegt Denk de informatie over psychische klachten en zelfhulp van haar website te halen, aangezien de functie preventie niet meer door Denk uitgeoefend kan worden. In plaats van het up-to-date houden van dergelijke informatie, wil Denk zich meer richten op het ontwikkelen van online producten die gericht zijn op de aanpak van stoornissen. Echter, vooralsnog staat de informatie gericht op preventie wel op de website.

Transparant Next (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

De Stichting Transparant Next is in 2013 opgericht vanuit Transparant, een kleinschalige GGZ-instelling in Leiden. Een aanleiding hiervoor was de aankomende nieuwe ordening van de GGZ per januari 2014. De situatie was oorspronkelijk zo dat Transparant naast het bieden van tweedelijns-GGZ, ook GGZ-ondersteuning bood aan huisartsen. Met het nieuwe GGZ-stelsel in het vooruitzicht is er voor gekozen om het aanbod van Transparant te beperken tot – in de termen van de nieuwe echelonnering – gespecialiseerde GGZ. Voor de ondersteuning van de huisartsenzorg is een aparte organisatie opgericht, Transparant Next. Hoewel Transparant en Transparant Next bestuurlijk twee aparte stichtingen zijn, zijn ze wel met elkaar vervlochten: de raden van bestuur en de raden van toezicht bestaan uit dezelfde personen en er wordt gewerkt met dezelfde ondersteunende diensten.

Om het aanbod van Transparant Next bij een aantal zorggroepen in de regio Zuid-Holland Noord uit te kunnen testen, werd met zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid een aanvraag ingediend voor de NZa beleidsregel Innovatie. Voor dit zogeheten Project Next werd de beleidsregel toegekend voor de periode februari 2013 - februari 2016. Na de pilotfase moet er opnieuw met de verzekeraar overeenstemming bereikt worden over de invulling van een aantal diensten van Transparant Next. De andere verzekeraars die in de regio actief zijn zullen vervolgens ook gevraagd worden of ze deze vorm van ondersteuning van de GGZ in de huisartsenpraktijk willen volgen.

Doelen

In Project Next, vernoemd naar de initiatiefnemer Transparant Next, werken alle betrokken zorgaanbieders³⁷ in de regio Zuid-Holland Noord samen in het verbeteren van de inrichting en uitvoering van de regionale GGZ-keten, met een focus op de huisartsenzorg en de (t.t.v. het interview aankomende) generalistische Basis-GGZ. Dit gebeurt in samenwerking met zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid en met ondersteuning van de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) REOS. De doelen van Project Next zijn als volgt:

- Het ondersteunen van de huisarts en diens POH-GGZ met triagediagnostiek, beslissingsondersteuning, e-health modules en consultatie.
- Het ontwikkelen van een keteninformatiesysteem GGZ, waarop alle partijen in de regionale GGZ-keten aangesloten zullen worden.
- Het implementeren van bewezen effectieve zorgprogramma's in de generalistische Basis-GGZ, met het oogmerk om praktijkvariatie tussen behandelaars terug te brengen.

37 Transparant Next, regionale afdeling ZHN van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, coöperatie PsyAlite GGZ U.A. voor BIG psychologen en psychotherapeuten, Huisartsenvereniging Rijnland en GGZ Rivierduinen.

Ten tijde van het interview – najaar 2013 – is Transparant Next nog bezig met de ontwikkeling van triagediagnostiek en de beslissingsondersteuning. Het bieden van consultatie is in het pilottraject al wel van start gegaan.

Consultatie

Huisartsen in de regio Zuid-Holland Noord kunnen consultatie aanvragen bij de Consultatieve Dienst van Transparant Next. De consulten worden verricht door volwassene-psychiaters, ouderenpsychiaters en verslavingsartsen. Daarbij kan de huisarts face-to-face (max. 60 minuten per patiënt), telefonisch (15-30 minuten per gesprek) of via e-mail overleggen met één van de consultgevers over zijn of haar patiënt. Daarnaast is consultatie mogelijk in de vorm van een gesprek tussen de consultgever en de patiënt, al dan niet in aanwezigheid van de huisarts. Als het een meekijkconsult wordt, dan vindt consultatie plaats in de huisartsenpraktijk, anders op de locatie van Transparant Next. Er vinden maximaal drie onderzoek gesprekken met de patiënt plaats om antwoord te geven op de consultatievraag van de huisarts. Het eerste gesprek, waarin uitgebreide diagnostiek wordt verricht, duurt 90 minuten. Vervolggesprekken duren 60 minuten. Daarnaast is er 60 minuten indirecte tijd gereserveerd voor schriftelijke terugrapportage aan de huisarts en tijdige (binnen een week) elektronische rapportage in het dossier/elektronisch patiëntendossier/HIS.

Voor alle consultatievormen geldt dat de huisarts hoofdbehandelaar is en blijft. Hun consultatievragen kunnen onder meer betrekking hebben op:

- Psychiatrische diagnostiek.
- Medicatieadvies.
- Overmatig bezoek van een patiënt aan de huisarts/POH-GGZ.
- Een patiënt met een psychische stoornis die zich onttrekt aan de behandeling.
- Advies over therapietrouw.
- Advies met betrekking tot een eventuele verwijzing.
- Advies over de omgang met en/of behandeling van een patiënt.

De Consultatieve Dienst zit op het moment van interviewen – najaar 2013 – in de pilot fase waaraan circa 20 huisartsenpraktijken/gezondheidscentra deelnemen. Er wordt naar gestreefd dat, na verloop van tijd, alle huisartsen in de regio Zuid-Holland Noord gebruik maken van de Consultatieve Dienst. Er wordt voor de Consultatieve Dienst gebruik gemaakt van psychiaters in de verschillende subregio's, zodat patiënten niet ver hoeven te reizen. Daarbij wordt ook rekening gehouden met reeds bestaande relaties tussen zorggroepen en lokale psychiaters, zodat deze, indien gewenst, in stand kunnen blijven.

Onderzoek

De eerste consulten zijn medio 2013 uitgevoerd. Deze eerste ervaringen leren dat de consultvragen van de huisarts meestal betrekking hebben op diagnostiek en medicamenteuze behandeling. Het komt voor dat een consultvraag over medicamenteuze behandeling uiteindelijk uitmondt in een advies over de diagnostiek. De deelnemende

huisartsen zijn positief over hun eerste ervaringen met de consultatieve dienst. Aan het eind van de pilot fase kan een indruk verkregen worden of deze succesvol verlopen is.

Beïnvloedende factoren

Op het moment van interviewen vergoeden alleen zorgverzekeraars VGZ en Zorg en Zekerheid het aanbod van Transparant Next. In de regio Zuid-Holland Noord zijn echter verschillende andere verzekeraars actief, waardoor de huisarts voor elke patiënt bij wie een psychiatrisch consult van Transparant Next nodig wordt geacht, moet nagaan bij wie de patiënt verzekerd is en of de consultatie wel vergoed wordt.

De 'begrenzing' van de activiteiten van Transparant Next (consultatie, geen behandeling) is niet voor alle patiënten altijd even duidelijk. Sommige patiënten komen op consultatie bij Transparant Next en hebben de verwachting dat eventuele (medicamenteuze) behandeling ook daar gegeven wordt. Dit blijkt bijvoorbeeld uit verzoeken aan de consultgever om een recept voor medicatie uit te schrijven. In deze gevallen is het voor de patiënt niet duidelijk dat de rol van de consultgever gericht is op het geven van een gedegen advies aan de huisarts. Op deze momenten wordt discipline gevraagd van de consultgever om zich te richten op de consultatievraag, hoe graag hij of zij de patiënt zelf ook zou willen behandelen. Anders gezegd, de consultgever moet geen moeite hebben om een patiënt enkele malen te spreken en daarna weer 'over te dragen' aan de huisarts.

In het kader van Project Next is een netwerkorganisatie opgericht, met vertegenwoordigers van alle aanbieders in de regionale GGZ-keten. Dit netwerk staat achter de psychiatrische consultatie zoals geleverd door Transparant Next, wat de uitrol bevordert.

Toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Als uit de evaluatie van de pilot fase blijkt dat de Consultatieve Dienst van Transparant Next succesvol is, wil zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid erop gaan sturen dat meer huisartsen in de regio Zuid-Holland Noord er gebruik van maken.

In principe sluit de Consultatieve Dienst van Transparant Next goed aan bij het nieuwe echelon generalistische Basis-GGZ. Het is de bedoeling dat aanbieders van generalistische Basis-GGZ, zoals eerstelijnspsychologen, door middel van consultatie expertise kunnen 'invliegen' vanuit de gespecialiseerde GGZ. Echter, de zorgvraagzwaarteproducten aan de hand waarvan de generalistische Basis-GGZ bekostigd wordt, omvatten gemiddeld 15 minuten consultatie door een psychiater. Het is de vraag of de tijd die een psychiater nodig heeft voor goede beoordeling, verslaglegging en advisering uit kan in deze nieuwe bekostigingsstructuur. Ook is het de vraag in hoeverre bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen consultatie gaan vragen binnen de zorgvraagzwaarteproducten, omdat dit 'eigen' behandeltime kost en zij de consultatie zelf moeten gaan betalen.

Naast het bieden van consultatie, wil Transparant Next in de nabije toekomst ook laagdrempelige triagediagnostiek bieden aan de huisarts en POH-GGZ. De triagediagnostiek is bedoeld voor de patiënten die zich bij de huisarts melden met een zorgvraag op het gebied van psychiatrische of psychosociale problemen die dusdanig complex is dat de huisarts of de POH-GGZ de beoordeling niet zelf kan doen. De huisarts/

POH-GGZ en patiënt krijgen na de triagediagnostiek een onderbouwd behandel- of verwijzingsadvies.

Na het voorleggen van het uitgewerkte interview aan Transparant Next, begin 2014, kwam naar voren dat op het gebied van triagediagnostiek inmiddels de keuze is gemaakt om gebruik te maken van Screenquest van Vital Health (zie ook Hoofdstuk 6). Screenquest omvat digitale vragenlijsten, die gekoppeld zijn aan het huisinformatiesysteem (HIS) of keteninformatiesysteem (KIS). De ondersteuning bij triagediagnostiek via Screenquest maakt onderdeel uit van een 'Toolbox voor de POH-GGZ' die Transparant Next heeft ontwikkeld. Deze Toolbox bestaat naast de screeningsondersteuning uit de volgende onderdelen:

- Ingebouwde beslissingsondersteuning: op basis van de ingevulde antwoorden op de screeningsvragenlijsten krijgt de huisarts uitslag over het al dan niet bestaan van een (DSM benoemde) psychische stoornis en advies over in welk echelon de patiënt behandeld zou kunnen worden. In geval van verwijzing maakt het systeem automatisch een verwijsbrief aan met scores en indicatie voor zorgvraagzwaartepakket in de generalistische Basis-GGZ.
- E-health modules om patiënten met de meest voorkomende lichte tot matig ernstige psychische klachten te kunnen behandelen in de huisartsenpraktijk. Het gaat hierbij om blended behandeling, waarbij de POH-GGZ de modules begeleidt.

In het eerste kwartaal van 2014 wordt de Toolbox gelanceerd en zal vervolgens binnen het kader van Project Next getest worden binnen een aantal zorggroepen in de regio Zuid-Holland Noord.

TelePsy (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

De ontwikkeling van TelePsy startte in 2010, in samenwerking met huisartsen en GGZ-professionals in Limburg, nadat uit onderzoek bleek dat veel mensen met psychische problematiek niet adequaat werden verwezen binnen de GGZ. De conclusie was dat uitgebreide screenende diagnostiek en daaruit voortvloeiend verwijzing naar het juiste echelon, bij voorkeur bij de huisarts zou moeten plaatsvinden en dat het inzetten van een digitaal screeningsinstrument hierbij ondersteunend zou kunnen zijn. Huisartsengroepen in de regio en zorgverzekeraars CZ en VGZ reageerden enthousiast op het idee om met behulp van digitale screening al vóór de verwijzing onderzoek te doen naar de aard en ernst van psychische klachten. Huisartsen, POH's-GGZ en verschillende GGZ-aanbieders werden betrokken in het ontwikkeltraject. TelePsy kreeg in juli 2011 de betaaltitel van de NZa, deze loopt tot juli 2014. In januari 2012 is de applicatie in bedrijf genomen. Inmiddels maken meer dan 200 huisartsen in Limburg gebruik van TelePsy en in de rest van Nederland komen daar naar verwachting in 2014 enkele honderden huisartsen bij.

Bij TelePsy zijn naast programmeurs ook psychologen in dienst die, voor de regio Limburg, de uitkomsten van de ingevulde screeners telefonisch toetsen bij de patiënt. Zowel binnen als buiten Limburg kunnen zorgaanbieders die de software van TelePsy willen gebruiken een softwarelicentie aanschaffen. Voorbeelden van 'afnemers' zijn Lentis, GGNet, Lionarons GGZ en PSYA, maar ook zorggroepen en samenwerkingsverbanden zoals HOZL, Vicino NHN en BGO Midden Holland. Zij hebben veelal zelf psychologen in dienst die de resultaten beoordelen en het rapport versturen.

Naast CZ en VGZ hebben ook andere zorgverzekeraars de screening van TelePsy de afgelopen jaren vergoed, waaronder Menzis, De Friesland Zorgverzekeraar en Zorg en Zekerheid. Meer dan 7000 patiënten hebben sinds de start van TelePsy gebruik gemaakt van het screeningsinstrument.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken

De screeningstool (de TeleScreen) van TelePsy screent op alle assen van de DSM-IV. Het is een adaptieve vragenlijst, wat inhoudt dat op basis van de antwoorden van de patiënt wordt bepaald wat de vervolgvragen zijn. Kan een patiënt niet (meer) voldoen aan de criteria van een bepaalde stoornis of indicatie, dan wordt de vragenset afgebroken en gaat de vragenlijst verder naar het volgende onderwerp. Op deze manier worden, ondanks het grote bereik, niet meer vragen gesteld dan nodig. Aan de TeleScreen kunnen specialistische klachtenlijsten worden toegevoegd, om de ernst van bepaalde problemen nader te bepalen. Dat zijn bestaande lijsten, zoals de BDI-II voor depressieve klachten. Daarnaast wordt naar voorkeuren voor behandeling gevraagd, zoals leeftijd of geslacht van de behandelaar en of de patiënt open staat voor een e-health behandelmodule. Ook wordt het eventuele suïciderisico van een patiënt uitgevraagd. Als iemand daar hoog op scoort, wordt er vanuit het systeem een notificatiemail verstuurd naar de psychologen van TelePsy, of van de instelling die TelePsy heeft ingekocht, zodat zij

vervolgacties kunnen ondernemen. Hoewel TelePsy nadrukkelijk niet is bedoeld voor crisisgevoelige patiënten, komen suïcidemeldingen vanuit het systeem dagelijks voor. Om die reden heeft TelePsy een suïcide-achterwacht ingesteld die een melding zo snel als mogelijk taxeert op zijn waarde en indien nodig contact opneemt met de patiënt en/of zijn of haar huisarts. Ook toont het systeem bij de zwaardere suïcidevragen een melding, waarbij de patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid van een vrijblijvend en anoniem gesprek via 113Online, of de crisisdienst van de instelling die TelePsy heeft ingekocht.

De huisarts kan een patiënt om diverse redenen bij TelePsy aanmelden, bijvoorbeeld wanneer hij of zij overweegt te verwijzen naar de GGZ, medicatie wil voorschrijven of als er een vermoeden van psychische klachten is, waarvan de aard en de ernst niet duidelijk is. Wanneer een huisarts zich aanmeldt bij TelePsy, krijgt hij een account. Vervolgens kan hij TelePsy op verschillende manieren benaderen: rechtstreeks via de website van TelePsy of via koppelingen met bijvoorbeeld een huisartsinformatiesysteem (HIS) of keteninformatiesysteem (KIS).

Na aanmelding door de huisarts krijgt de patiënt een mail van TelePsy, waarin wordt uitgelegd wat de bedoeling is. Vervolgens wordt de patiënt via een automatische link doorgestuurd naar een beveiligde omgeving in de applicatie, waar de TeleScreen klaar staat om afgenomen te worden. Voordat een patiënt begint, wordt gevraagd of zijn gegevens gedeeld mogen worden met de huisarts en gebruikt mogen worden voor wetenschappelijk onderzoek. Dat laatste is overigens geen verplichting. Indien een patiënt geen e-mailadres heeft, kan de vragenlijst ook ingevuld worden op een tablet of computer in de huisartsenpraktijk.

Als een patiënt weinig klachten heeft, duurt het invullen van de totale vragenlijst ongeveer 20 minuten. Bij meerdere/complexere klachten, kan de invulduur tot wel een uur in beslag nemen. Na invulling krijgt een psycholoog een door het systeem gegenereerde rapportage met de DSM-classificatie en aanvullende gegevens, zoals voorkeuren voor behandeling en eventuele aanvullend gebruikte vragenlijsten. De psycholoog belt de patiënt op om de indicaties, gebaseerd op de uitkomsten van de vragenlijsten, te toetsen en zo nodig aan te passen. Op basis van de uiteindelijke indicaties geeft de applicatie een echelonadvies. Een advies kan echter ook zijn: zelfhulp, of een doorverwijzing naar bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, de POH-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. TelePsy heeft op basis van de gegevens van Kiesbeter.nl de contractgegevens en behandelingsomvang van de meeste GGZ-aanbieders ingebouwd. Ook heeft TelePsy gegevens over de meest gebruikte e-health behandelmodules ingebouwd. Op basis van de indicaties uit de TeleScreen kan de applicatie op die manier direct een passend verwijzingsadvies genereren, waarbij rekening wordt gehouden met de reisafstand en persoonlijke voorkeuren van de patiënt.

Na akkoord van de psycholoog genereert TeleScreen een automatisch rapport, met een samenvatting van de resultaten. Deze wordt via ZorgMail verstuurd naar het HIS van de huisarts. Een uitgebreid rapport is te raadplegen via het account van de huisarts. Dit rapport kan de huisarts bij verwijzing uitprinten en aan de patiënt meegeven. De patiënt kan dit rapport meenemen naar de hulpverlener naar wie hij verwezen is,

waardoor deze beter is voorbereid en tijd bespaart binnen het behandeltraject. Na twee weken krijgt de patiënt via TelePsy een follow-up tevredenheidsvragenlijst toegestuurd.

Onderzoek

TelePsy heeft van de regionale ondersteuningstructuur (ROS) Robuust een subsidie ontvangen waarmee door de Maastricht University onderzoek wordt gedaan naar de (kosten)effectiviteit van het instrument. Als eerste stap binnen het onderzoek is gekeken naar de bruikbaarheid (feasibility) van de TeleScreen in de huisartsenpraktijk (Dijksma e.a., 2013). Aan dit onderzoek namen zowel patiënten (n=242) als huisartsen/POH's-GGZ (werkzaam in 59 huisartsenpraktijken uit de regio Limburg) deel. De patiënten waren tevreden over de TeleScreen; ze gaven aan zich gehoord te voelen en zich te kunnen vinden in de uitkomsten en het verwijzadvies. Ze waren tevreden met de bespreking van hun klachten met de psycholoog tijdens de telefonische terugkoppeling van de uitkomsten. Ook de deelnemende huisartsen en POH's-GGZ waren tevreden over de applicatie. Ze verwachtten dat het systeem voordeel op kan leveren voor de patiënten, doordat de klachten systematisch geïnventariseerd worden en een verwijzadvies gegeven wordt. Ook gaven ze aan zich door het gebruik van de TeleScreen gesteund te voelen bij het herkennen van de klachten van patiënten, ondanks dat het instrument in veel gevallen een ander echelonadvies gaf dan de zorgverleners vooraf verwachtten.

Omdat de implementatie van e-health toepassingen over het algemeen niet gemakkelijk gaat, waren de onderzoekers verrast door de positieve beoordeling van het gebruik van TelePsy door de hulpverleners. Volgens de onderzoekers zou een reden hiervoor kunnen zijn dat de inzet van de TeleScreen niet veel extra tijd kost. Een andere reden kan zijn dat huisartsen goed inzicht krijgen in de klachten van de patiënt en het verwijzadvies.

De Maastricht University voert momenteel onderzoek uit naar de psychometrische kwaliteiten van de TeleScreen en de (kosten)effectiviteit van de inzet van het instrument.

Tevredenheidsmetingen

Alle patiënten die door TelePsy gescreend zijn, krijgen twee weken na de invuldatum standaard een tevredenheidsvragenlijst toegestuurd. Uit de antwoorden van 242 patiënten (responspercentage: 69%) blijkt dat ze over het algemeen tevreden zijn over de lengte van de vragenlijsten, dat ze het prettig vinden dat hun klachten goed zijn uitgevraagd, dat ze zich serieus genomen voelen en dat ze alles op hun gemak kunnen invullen. Ongeveer de helft van de patiënten geeft aan dat ze het prettiger hadden gevonden als hun klachten door een persoon waren uitgevraagd, in plaats van digitaal. Patiënten geven aan de vragen niet emotioneel belastend te vinden, ook al kunnen sommige vragen wel zo worden ervaren, bijvoorbeeld als er gevraagd wordt naar suïcidaliteit en seksualiteit. Uit de tevredenheidsmeting blijkt dat 5% van de mensen die zijn aangemeld niet starten met het invullen van de TeleScreen, of deze niet afmaken.

TelePsy heeft ook twee jaar achter elkaar een tevredenheidsonderzoek onder de deelnemende huisartsen in Limburg gehouden. De respondenten gaven TelePsy beide keren een 8. Redenen hiervoor waren dat de huisartsen zich ondersteund voelen en

het idee hebben dat hun patiënten er baat bij hebben. Ruim een kwart (28%) gaf aan minder medicatie voor te schrijven, naar aanleiding van de door het systeem gegeven adviezen. Het echelonadvies wordt in de meeste gevallen goed opgevolgd. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan het advies over de behandelinstelling op te volgen. Binnen de geadviseerde echelons hebben huisartsen vaak zelf goede verwijsrelaties.

Uit de gegevens van TelePsy blijkt dat de aangesloten huisartsen in Limburg ongeveer twee tot drie keer per maand een patiënt aanmelden.

Beïnvloedende factoren

Het inzetten van TelePsy vraagt van de huisarts of POH-GGZ een inschatting of deze manier van screenen geschikt is voor de patiënt. Om de vragenlijsten in TelePsy te kunnen begrijpen, moeten mensen de Nederlandse taal machtig zijn. Daarnaast is het belangrijk dat huisartsen geen patiënten naar TelePsy verwijzen waarbij een crisissituatie dreigt, omdat mensen de vragenlijsten zelfstandig en dus niet in het bijzijn van een zorgverlener invullen.

Toekomst (vanaf 1 januari 2014)

Vanaf januari 2014 kan de screening van TelePsy bekostigd worden vanuit de regeling POH-GGZ, waarmee het instrument in principe toegankelijk is voor alle verzekerden in Nederland.

Sinds januari 2014 sluit het echelonadvies van TelePsy aan op de nieuwe echelonering van de GGZ, en bijbehorende indicatiecriteria. Hierbij wordt tevens onderscheid gemaakt tussen de vier verschillende zorgvraagzwaarteproducten binnen de generalistische Basis-GGZ. Het advies in de terminologie van de 'oude' ordening (van voor 2014) zal daarnaast nog enige tijd zichtbaar blijven.

Ten tijde van het interview kostte een rapport van TelePsy €149,88. In 2014 bedraagt dit € 85,-, omdat het concept van TelePsy inmiddels goed staat en nu minder ontwikkelkosten zijn. Ook de rapportage door psychologen is goed geautomatiseerd. De kosten van een rapport komen ongeveer overeen met de kosten van één gesprek bij een psycholoog.

TelePsy geeft inmiddels overal in het land trainingen om GGZ-aanbieders te scholen in het gebruik van de TeleScreen. Daarnaast heeft TelePsy een verkorte versie van de TeleScreen ontwikkeld, de zogeheten 'QuickScreen', welke door huisartsen en POH's-GGZ zelfstandig kan worden ingezet bij vermoedens van lichte tot matige problematiek. In samenwerking met verschillende GGZ-instellingen en praktijken wordt tot slot gewerkt aan de TeleScreen Junior, ten behoeve van de jongere patiëntpopulatie.

Stichting mirro (situatie najaar 2013)

Ontstaansgeschiedenis, looptijd beleidsregel en financiering

Stichting mirro is het gezamenlijke initiatief van vier GGZ-instellingen (AZmn/Ambulante Zorggroep Midden-Nederland, GGZ Drenthe, GGZ inGeest, Parnassia Bavo Groep) en zorgverzekeraar Achmea. Een aanleiding om Stichting mirro op te richten was dat er grote verschillen tussen huisartsenpraktijken gezien werden wat betreft het aantal verwijzingen naar de GGZ. Om tot meer gestandaardiseerde verwijzingen te komen, is vanuit Stichting mirro een screener ontwikkeld. Een andere aanleiding voor de oprichting van Stichting mirro was dat het gebruik van e-mental health nog beperkt is, ondanks dat het vaak gaat om interventies die bewezen effectief zijn. De vier bovengenoemde GGZ-instellingen en Achmea hebben een innovatieve betaaltitel aangevraagd bij de NZa. Deze is in 2013 goedgekeurd voor een looptijd van drie jaar.

Bij de ontwikkeling en organisatie van Stichting mirro zijn huisartsen indertijd niet betrokken. Omdat het niet betrekken van de huisartsen inmiddels als een gemis wordt ervaren, worden acties ondernomen om hen meer te betrekken. Zo zijn op het moment van interviewen (eind 2013) huisartsen in enkele pilots (vanuit GGZ Drenthe en Parnassia) aangehaakt.

Voor wat betreft de systematiek van de vergoeding die in rekening wordt gebracht voor het gebruik van de mirro-producten en/of het mirro-keurmerk (zie hieronder) geldt: hoe meer zorgaanbieders hiermee werken, hoe hoger de inkomsten van Stichting mirro. Omdat de stichting geen winstoogmerk heeft, wordt jaarlijks geëvalueerd of de hoogte van de vergoedingen naar boven of beneden bijgesteld moet worden om adequate ondersteuning te bieden.

Doel, doelgroep, inhoudelijke kenmerken

Stichting mirro biedt drie producten: online zelfhulp (preventie), de mirro-screener (een screenings- en zorgtoewijzingsinstrument) en een behandelprotocol voor het nieuwe echelon van de generalistische Basis-GGZ (dat ten tijde van het interview nog niet ingevoerd was). Met de producten die specifiek het zorgproces ondersteunen (de screener en het behandelprotocol) ambieert Stichting mirro dat iedere patiënt, ongeacht de zwaarte van de psychische klachten, direct en op uniforme wijze wordt verwezen naar de meeste passende zorg en eenduidig wordt behandeld. De producten zijn afgestemd op de veranderingen in de GGZ per 1 januari 2014. De online zelfhulp ondersteunt mensen bij het zelfstandig herkennen, aanpakken en voorkomen van psychische klachten. De mirro-screener is bedoeld voor screening van de aard en ernst van psychische klachten in de huisartsenpraktijk en geeft een verwijsadvies op basis van de uitkomsten. Het behandelprotocol voor de generalistische Basis-GGZ gaat uit van het KOP-model (de Klacht, de Omstandigheden en de Persoonlijke stijl), een behandelmethodiek dat ook toegepast wordt door Indigo.

Zowel huisartsenvoorzieningen als aanbieders van generalistische Basis-GGZ kunnen gebruik maken van de mirro-producten. Beiden kunnen ervoor kiezen alleen de mirro-screener te gebruiken, of zij kunnen een mirro-keurmerk aanvragen. Met het keurmerk

laten zorgaanbieders zien dat ze zorg leveren volgens de mirro-aanpak. Er wordt een voorlopig keurmerk afgegeven aan aanbieders die voldoen aan een aantal voorwaarden. Een belangrijke voorwaarde voor GGZ-aanbieders is dat de aanbieder generalistische Basis-GGZ levert volgens de daarvoor wettelijk geldende eisen per 1 januari 2014. Een andere belangrijke voorwaarde, zowel voor GGZ-aanbieders als voor huisartsenvoorzieningen, is het afgeven van een intentieverklaring waarin de aanbieder verklaart te gaan werken met het mirro-concept en zijn medewerkers hiertoe op te leiden. Daarnaast dient met ten minste één huisartsenpraktijk c.q. GGZ-aanbieder ketenafspraken te zijn gemaakt over het werken volgens het mirro-concept. Deze afspraken moeten zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Het voorlopige keurmerk wordt voor een jaar afgegeven, waarna het kan worden omgezet in een definitief keurmerk. Eén van de belangrijkste voorwaarden hiervoor is dat medewerkers getraind zijn in (de toepassing van) het mirro-concept, de online zelfhulp, het screeningsinstrument en (voor GGZ-aanbieders) het behandelprotocol. Stichting mirro organiseert de trainingen hiervoor.

Screener

De screener bestaat uit een digitale vragenlijst met dertien hoofdklachten die verband houden met psychische klachten of aandoeningen, zoals beschreven in de DSM-IV. Wanneer de huisarts een vermoeden heeft van psychische klachten bij een patiënt, kan hij of zij de mirro-screener inzetten. Meestal wordt dit gedaan door de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. De patiënt kan de gehele screener samen met de huisarts of de POH-GGZ doorlopen. Het is ook mogelijk de patiënt de screener deels zelfstandig te laten invullen, waarna het advies gezamenlijk besproken wordt. Voor het geheel zelfstandig invullen van de screener is niet gekozen, vanuit de ervaring tot nu toe dat het invullen ervan dusdanig confronterend kan zijn voor een patiënt, dat het wenselijk is dat daar een professional bij aanwezig is. Daarnaast is het wenselijk dat er iemand aanwezig is om, indien nodig, vragen te verduidelijken of door te vragen op bepaalde onderdelen uit de screener.

Patiënten kunnen maximaal drie hoofdklachten aanvinken. Bij elke aangevinkte hoofdklacht volgt automatisch een set aanvullende vragen. Daarnaast is er de mogelijkheid om andere klachten/problemen aan te geven. Tot slot volgen enkele algemene vragen. De mirro-screener genereert na beantwoording van de vragen een subscore voor vijf criteria, te weten: aard, ernst, risico, complexiteit en duur van de klachten. Deze criteria sluiten aan bij de criteria van het verwijzingsmodel voor de huisartsenzorg, dat sinds januari 2014 gehanteerd moet worden (Bureau HHM, 2012). De scores worden getoond in een grafiek en gecombineerd leiden ze tot een advies voor behandeling. De behandeladviezen sluiten aan bij de nieuwe echelonnering van de GGZ en omvatten: huisartsenzorg/POH-GGZ (eventueel inzet online zelfhulp), generalistische Basis-GGZ (in de vorm van de vier zorgvraagzwaarteproducten kort, middel, intensief of chronisch) en gespecialiseerde GGZ.

De afname van de lijst duurt 12 tot 20 minuten. Er is een verslag van de uitkomsten van de screener beschikbaar als PDF-document. Dit kan door de huisarts worden opge-

slagen in het huisartsinformatiesysteem (HIS). De mirro-screener stimuleert de inzet van e-mental health, door bij de uitkomsten van de vragenlijst en het advies specifiek aan te geven of een patiënt hier baat bij zou kunnen hebben. De reden waarom Stichting mirro deze optie in de screener aangeeft, is om het gebruik van bestaande e-mental health producten te stimuleren.

E-health

Stichting mirro biedt online zelfhulp in de vorm van thematische websites met zelfhulp-modules. Op deze websites kunnen mensen zelfstandig aan de slag. De sites bieden informatie, tips, tests, oefeningen, video's en ervaringsverhalen. Op het moment van interviewen zijn vier zelfhulpmodules beschikbaar (mantelzorg, gamecheck/verslaving, rouwverwerking en het voorkomen van overbelasting/burn-out). Zeven modules zijn in ontwikkeling (werkende moeders, relatieproblemen, slaapproblemen, het nieuwe werken, alcohol en ouderen, angst en paniek, en geldzorgen). Het online zelfhulp aanbod is gratis en anoniem toegankelijk. Begeleiding of contact met een zorgprofessional is geen onderdeel van het aanbod. De huisarts of POH-GGZ kan een patiënt wel verwijzen naar het online aanbod van Stichting mirro, in geval de aard en de ernst van de psychische problematiek niet onder de generalistische Basis-GGZ valt. Het online aanbod kan ook ingezet worden tijdens een periode van 'watchful waiting', en kan handvatten geven om het gesprek over de klachten met de patiënt aan te gaan. Ten tijde van het interview was de ervaring dat de online modules voornamelijk door POH's-GGZ ingezet werden, en dat huisartsen er incidenteel mee werkten. Het aanbod wordt ook door mensen zelf gevonden en gebruikt, en onder meer door werkgevers ingezet.

Onderzoek

Er loopt observationeel onderzoek vanuit de afdeling Klinische psychologie van de VU naar het gebruik en de opbrengsten van de zelfhulpmodules. Bezoekers van de website worden uitgenodigd voor deelname aan dit onderzoek. In het najaar van 2014 worden de resultaten verwacht. Effectonderzoek is niet mogelijk, omdat de websites en online modules landelijk vrij beschikbaar zijn en anoniem bezocht kunnen worden. Bezoekers zijn dus niet te volgen en er kan geen goede controlegroep worden gevormd.

In januari 2013 is gestart met de implementatie van de mirro-screener in huisartsenpraktijken die samenwerken met de aan Stichting mirro deelnemende GGZ-instellingen en binnen deze instellingen zelf. Eind 2013 namen 50 POH's-GGZ deel aan deze pilots. Resultaten waren op het moment van interviewen nog niet bekend. Daarnaast start begin 2014 een onderzoek naar het gebruik van de mirro-screener. De eerste resultaten hiervan worden eind 2014 verwacht. De eerste ervaringen vanuit zorgverleners (huisartsen en POH's-GGZ) die de screener gebruiken, geven aan dat deze het instrument gestructureerd afwerken en daardoor al in het eerste gesprek meer informatie krijgen dan in een intake waarbij geen gebruik gemaakt wordt van de screener. Daarmee kunnen zorgverleners sneller een eerste stap zetten in de vervolgbehandeling en gericht verwijzen. Ondanks dat het afnemen van de screener meer tijd kost dan een gesprek volgens het oude model, kan het voor zorgverleners winst opleveren, omdat er

al veel uitgevraagd is en de aard van de klachten beter in beeld is. De screener is nog niet gevalideerd; onderzoek hiernaar wordt binnenkort opgestart.

Minimale Dataset (MDS)

Eén van de normen van het mirro-keurmerk voor de generalistische Basis-GGZ, is dat de zorgaanbieder een Minimale Dataset (MDS) aanlevert. De MDS is een set van data die Stichting mirro verzamelt over de screening en behandeling. Deze gegevens worden gebruikt voor onderzoek naar het effect en de verbetermogelijkheden van de eigen producten en voor het opstellen van spiegelrapportages voor de zorgaanbieders die het mirro-keurmerk dragen. De dataverzameling en -bewerking door Stichting mirro gebeurt conform de richtlijnen van het College Bescherming Persoonsgegevens. Alle gegevens die Stichting mirro verzamelt worden gepseudonimiseerd aangeleverd, zodat ze niet meer te herleiden zijn naar een persoon.

Beïnvloedende factoren

Achmea stimuleert het gebruik van de mirro-producten bij aanbieders van de generalistische Basis-GGZ, door middel van een verhoging van de tarief vergoeding.

Huisartsen waren niet betrokken bij de oprichting van Stichting mirro. Dat wordt inmiddels als een gemis ervaren. Om hier iets aan te doen wordt een inhaalslag gemaakt, onder meer door huisartsen actief te benaderen met de producten van Stichting mirro en te betrekken bij de doorontwikkeling ervan.

Toekomst (vanaf 1 januari 2014)

De producten van Stichting mirro sluiten bijna naadloos aan op de financieringsstructuur van het nieuwe GGZ-stelsel. Om praktische en administratieve redenen is daarom besloten om, ook voor de vier primair betrokken instellingen, de NZa-betaaltitels voor de mirro-producten niet meer te gebruiken.

De stimulans vanuit Achmea richting GGZ-aanbieders om 'zorg volgens mirro' te bieden zal naar verwachting het effect hebben dat meer zorgaanbieders de producten zullen gaan afnemen. Hoewel Achmea op dit moment als enige verzekeraar betrokken is, heeft Stichting mirro gesprekken lopen met andere verzekeraars en andere zorgaanbieders om toe te treden tot het bestuur.

Om huisartsen meer te betrekken bij Stichting mirro en de (door)ontwikkeling van het ondersteuningsaanbod, wordt in 2014 een klankbordgroep/adviesgroep ingericht, waarin huisartsen en vertegenwoordigers van zorggroepen zitting hebben. In deze groep worden ervaringen met de mirro-screener en het behandelprotocol besproken en kunnen adviezen en ideeën gegeven worden.

Mogelijke andere toekomstige ontwikkelingen hebben betrekking op het ontwikkeling van mirro-producten voor de doelgroep kinderen en jeugd, voor werkgevers en voor de doelgroep 'chronisch' binnen de generalistische Basis-GGZ.

Bijlage 5

Overzicht genoemde instrumenten

Beck Depression Inventory (BDI) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst, waarmee de ernst van de depressieve klachten kan worden vastgesteld.

Brief Symptom Inventory (BSI) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst voor het in kaart brengen van diverse psychische klachten.

Clinical Anxiety Scale (CAS) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst voor het vaststellen van de mate van globale angst en anticipatieangst.

Generalized Anxiety Disorder 7-item schaal (GAD-7) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst voor het vaststellen van de mate van gegeneraliseerde angst.

Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) is een door de behandelaar in te vullen observatielijst om het psychisch en sociaal functioneren van een patiënt in kaart te brengen.

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) is een gestructureerd interview waarin de mate van angst en vermijding in sociale interacties wordt vastgesteld. Het interview wordt gescoord door een therapeut of onafhankelijk beoordelaar.

Mini-Mental State Examination (MMSE) is een instrument voor het screenen en vaststellen van de ernst van cognitieve stoornissen. De vragenlijst wordt mondeling afgenomen bij patiënten en richt zich op aspecten als oriëntatie in tijd en plaats, eenvoudige geheugentests, concentratie, taal, rekenen, praxis en visuoconstructie.

Outcome Questionnaire (OQ-45) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst die psychische klachten, lichamelijke klachten en (sociaal) functioneren meet. De vragenlijst kent een totaalscore en vier subschalen (symptomatische distress, angst en somatische distress, interpersoonlijke relaties, sociale rol).

Panic and Agoraphobia Scale (PAS) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst voor het vaststellen van de ernst van een paniekstoornis.

PTSS Klachtenschaal is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst voor het vaststellen van de aanwezigheid van posttraumatische stresssymptomen op drie domeinen: herbelevingen, vermijdingsgedrag en verhoogde arousal.

Short Form 12 (SF-12) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst voor het meten van de kwaliteit van leven op het gebied van lichamelijk en sociaal functioneren en welbevinden, waaronder mentale gezondheid, vitaliteit en pijn.

Symptom Check List (SCL-90) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst. De vragenlijst meet het psychisch functioneren op acht dimensies, waaronder angst en agorafobie. Aan de hand van normscores kan worden bepaald of er sprake is van een verhoogde kans op een stoornis.

Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst voor het vaststellen van de mate van burn-out bij werknemers.

VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL) is een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst die scores oplevert op vier dimensies: distress (onaangename emotionele ervaringen), depressie, angst en somatisatie. Aan de hand van normscores kan worden bepaald of er sprake is van een verhoogde kans op een stoornis.

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) is een gestructureerd interview voor het vaststellen van de ernst van dwangstoornissen. Het interview wordt gescoord door een therapeut of een onafhankelijke beoordelaar.



In het per 1 januari 2014 ingevoerde nieuwe GGZ-stelsel krijgt de huisartsenzorg een nog belangrijkere rol dan voorheen. Ter ondersteuning hiervan is extra geld beschikbaar gesteld voor de inzet van de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ), het aanbieden van e-health modules en het consulteren van GGZ-professionals. Ook is er een verwijfsmodel op hoofdlijnen ontwikkeld dat de huisarts ondersteunt bij het verwijzen naar het juiste behandelchelon. 2014 en verder zal een transitieperiode zijn, waarin door aanbieders en verzekeraars handen en voeten moet worden gegeven aan de maatregelen ter versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Een goed moment om in dit themarapport terug te kijken op eerdere maatregelen en de opbrengsten daarvan, een stand van zaken te geven van de situatie in het najaar van 2013 wat betreft het versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk, en op basis daarvan een blik vooruit te werpen in de nabije toekomst.

Dit themarapport is opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.