

GGZ dicht bij de burger

Het gaat goed met de GGZ in de huisartsenpraktijk. In 2015 had meer dan 83 procent van de huisartsen een POH-GGZ, volgens de Monitor Generalistische Basis GGZ. In Zuidoost-Brabant gaan ze nog een stapje verder. Huisartsen, eerstelijns GGZ en specialistische GGZ werken gebroederlijk samen in het eerstelijnsketenzorgproject GGZ. De huisarts is hoofdbehandelaar in een traject van *matched care*. En, als de voortekenen niet liegen, met succes. Hoe doen zij dat? In gesprekken met enkele hoofdrolspelers gingen we op zoek naar overdraagbare lessen.



Het programma gaat uit van de vraag van de patiënt en beantwoordt die zo dicht mogelijk bij huis. De huisarts of de POH doet een intake en gebruikt daarbij gestandaardiseerde vragenlijsten die ook worden gebruikt voor monitoring van de zorg. Uitgangspunt is *matched care*: de zorg wordt zo laagdrempelig mogelijk aangeboden, maar ook zo specialistisch als noodzakelijk, uitgaand van de vraag van de patiënt. Dat kan doordat niet de DSM-diagnose, maar de hulpvraag leidend is. Er is dus één betaaltitel per patiënt. Om de zorg te realiseren kunnen huisarts of POH een eerstelijnspsycholoog, verslavingsconsulent en een psychiater consulteren. Voorlopige aanwijzingen duiden op aanzienlijk minder verwijzingen naar de specialistische GGZ en goed herstel.

Kansen grijpen

De samenwerking tussen huisartsen en GGZe is gestart voor 2008. Een reeks gunstige omstandigheden kwam samen. GGZe wilde haar aanwezigheid in de eerste lijn verbeteren. Het contact met de huisartsen in de regio was mager te noemen. Patiënten die overgedragen werden naar de huisarts verdwenen uit zicht. Bovendien had de organisatie volgens GGZe-directeur Marileen Bouts te kampen met wachtlijsten. De intake verliep vaak moeizaam vanwege omslachtige procedures. Bouts zocht contact met de drie grote huisartsengroepen in de regio: Praktijkondersteuning Zuidoost-Brabant (PoZoB), De Ondernemende Huisarts (DOH) en Stichting

Gezondheidscentra Eindhoven (SGE). Samen brachten ze de ervaring van patiënten grondig in beeld. Zo werd bijvoorbeeld de basale vraag gesteld: 'wat vinden jullie van onze brieven?'

De huisartsengroepen hadden op hun beurt speciale belangstelling voor GGZ. Er liep bij DOH al een depressieprogramma. De introductie van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk maakte een nieuw GGZ-zorgprogramma mogelijk. De huisartsengroepen hadden al ervaring met somatische integrale zorgprogramma's rond diabetes, astma-COPD en hart-vaatziekten.

Toen de aanbieders gezamenlijk naar verzekeraars VGZ en CZ stapten, zagen die een kans voor versterking van integrale zorg en substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Voor VGZ en CZ was de goede relatie tussen de partijen een belangrijke voorwaarde. Volgens zorginkoper Angelique Gillis (VGZ) heeft een vernieuwing "geen betekenis als er geen intrinsieke motivatie is om die samenwerking te bevorderen. En we zien nu bij PoZoB, SGE en DOH dat dit intern al goed loopt." Ze vervolgt: "Je kunt in de eerste lijn nog zoveel willen organiseren, als de tweede lijn daarin niet meebeweegt dan blijft de deur nog steeds op slot."

Vrijwel alle geïnterviewden noemen de goede relaties als succesfactor. Die relaties worden gesteund door een lange samenwerking en een gezamenlijke visie op goede zorg. Romeijnders, medisch directeur van PoZoB: "Zorgverle-



In het matched care proces bepaalt de vraag van de patiënt de aard van de zorg.

ners moeten elkaar eerst weten te vinden, daarna komt de zorgverzekeraar. Persoonlijke relaties doen ertoe, want meedoen geeft input.”

Integrale financiering

Ondanks de goede start was het financieren van de samenwerking een traject van lange adem. Via de Beleidsregel Innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werd een pilot van drie jaar opgezet zonder eigen bijdrage ten opzichte van reguliere bekostiging. Het experiment liep van december 2011 tot december 2014 en werd vervolgens verlengd.

De innovatiegelden maakten integrale financiering mogelijk. Een DBC per patiënt ondersteunt het *matched care proces*. De zorggroep verdeelt de in-

komsten over de zorgverleners. De patiënten krijgen een geïntegreerd aanbod en betalen geen eigen bijdrage voor de GGZ of verslavingszorg. De zorgaanbieders krijgen helderheid. Maarten

*“Zorgverleners moeten elkaar
eerst weten te vinden, daarna
komt de zorgverzekeraar”*

Klomp, medisch directeur van DOH: “Onze ketenpartners hoeven niet na te denken of deze patiënt bij PoZoB, DOH of SGE zit.” Huisartsen ervaren minder werkdruk.

De integrale financiering sprak niet vanzelf. Klomp: “De NZa vroeg zich af waarom de pilot niet via de reguliere bekostiging geregeld kon worden.” Zorgverzekeraar CZ herkent die vraag.

Casper Bestens, inkoper bij CZ: “Een belangrijk punt dat we op dit moment zien, is dat er een goede overdracht moet zijn van de huisarts/POH naar de generalistische basis GGZ of specialistische GGZ. Dat kan binnen de huidige regelgeving ook en wij zijn er nog niet over uit of (...) je zo’n programmatische aanpak nodig hebt om die overdracht goed te krijgen.”

Sterke organisatie

De innovatiegelden worden ook gebruikt voor financiering van de organisatie (Figuur 1). Juist die organisatie

“We hebben er geen belang bij om patiënten zo lang mogelijk in de GGZ te krijgen en te houden”

lijkt een belangrijke voorwaarde voor succes. Klomp: “Bijna iedere huisarts in de regio Eindhoven is aangesloten bij een van de zorggroepen en doet dus mee aan het programma.” Deelnemers delen niet alleen de behandelprocedures (waaronder ook eHealth en groepscurssussen) en scholing, maar ook een achterliggend informatie- en administratiesysteem, alsmede de inkoop. De keten wordt voortdurend geëvalueerd waarbij kwaliteit, tevredenheid van patiënt en zorgverlener worden gemeten en gespiegeld aan de praktijken. Vooral de organisatie van PoZoB en DOH faciliteerde implementatie. PoZoB heeft zelf

de POH's-GGZ in dienst en DOH heeft contractuele afspraken met de huisartsen, die de POH's in dienst hebben. “Wil je bij ons horen dan heb je aan een aantal criteria te voldoen.” In ruil daarvoor krijgen zij winst in kwaliteit, samenwerking en efficiency.

De coöperatieve houding van GGZe was noodzakelijk om die winst te behalen. Bouts: “We hebben er geen belang bij om patiënten zo lang mogelijk in de GGZ te krijgen en te houden. We willen heel graag dat de cliënt een zo normaal mogelijk leven leidt en hoe dichterbij de eerste lijn hoe beter”. Het project levert ook GGZe voordeel

op. Bouts: “Vroeger hadden we lange wachtlijsten, dat hield enorm tegen. Nu hebben we meer cliënten maar behandelen we korter. Als je kijkt naar het bipolaire programma had je vroeger zo'n zestien bijeenkomsten. Nu zijn dat er twaalf, waarvan zes met eHealth. Als het misgaat, kan de cliënt gewoon weer terugkomen.”

Toekomst

Hoe moet ketenzorg op termijn worden gefinancierd? Gillis: “Je zou je kunnen voorstellen dat keten-GGZ onderdeel zou kunnen zijn van huisartsenzorg in segment 2. Alleen heb je dan wel onherroepelijk communicerende vaten tussen macrokader GGZ en macrokader huisartsenzorg nodig.” Bovendien zou de ketenzorg gevrijwaard blijven van eigen risico. De verzekeraars vinden het lastig om andere eerstelijnsaanbieders uit te leggen waarom voor dezelfde zorg in de ene praktijk wel eigen risico wordt gevraagd en in de andere niet. Dit sluit aan bij landelijke discussies over het eigen risico. Daarmee doet het experiment precies waar het voor bedoeld is: bestaande zorgpraktijken openbreken. <<

Dit project maakt deel uit van het innovatie onderzoeksproject binnen de Celsus/Talma research agenda, waarbij gekeken wordt naar institutionele voorwaarden en barrières voor het functioneren van het zorgstelsel.

Tekst: Susan Hommerson, Fleur Thomése, Piet de Bekker
Foto's: Thinkstock

Figuur 1

