

Laagdrempelig, kwalitatief goed,

Van alle thema's binnen de zorg is de ggz misschien wel het meest in beweging is. De trend in de zorg is om te organiseren vanuit het principe generalistisch als het kan, specialistisch als het moet. In de regio Zuid Oost Brabant is daartoe een zorgprogramma “brede ggz” in ontwikkeling.

In het ggz-akkoord 2013 is afgesproken dat de intramurale bedden in de ggz in tien jaar tijd met dertig procent zullen worden gereduceerd. Dit past in de huidige maatschappelijke visie om psychische problematiek waar mogelijk te normaliseren en ggz-patiënten beter te integreren in de maatschappij. Er is daarnaast een trend om patiënten meer klachtgericht en minder diagnosegericht te benaderen. Dat sluit aan bij de benadering van de (generalistische) eerste lijnszorg.

Van module naar zorgprogramma

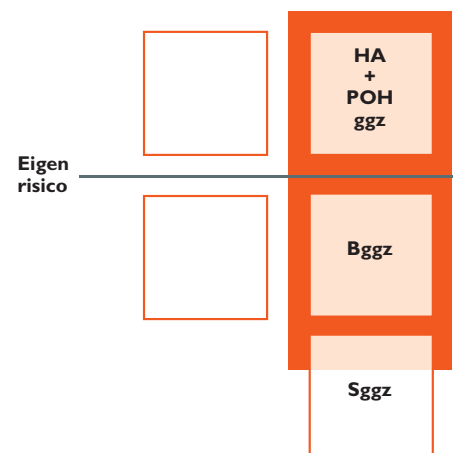
Om de toenemende vraag naar ggz-zorg het hoofd te bieden, stellen steeds meer huisartsen een praktijkondersteuner ggz aan. Dat is inmiddels in meer dan 35 procent van alle huisartsenpraktijken gerealiseerd. Een stap verder is om binnen de Module POH-ggz gebruik te maken van de drieplus-regeling voor consultatie en e-health. En vervolgens komt een transmuraal zorgprogramma ggz.

artsenpraktijk. In de regio Zuid Oost Brabant heeft PoZoB al enige jaren een transmurale DBC en starten DOH en SGE dit jaar met de “brede ggz”. Bij de ontwikkeling van het zorgprogramma trad dr Gerdien Franx van het Trimbos-instituut op als projectleider. Het project werd mogelijk gemaakt door cVGZ. Het zorgprogramma “brede ggz” borduurt voort op enige jaren positieve ervaring met het zorgprogramma depressie.

De DBC wordt in eerste instantie gefinancierd in segment 3 van de beleidsregel huisartsen- en multidisciplinaire zorg. Partijen gaan er van uit dat het zorgprogramma in de toekomst in segment 2 zal worden opgenomen. De zorg wordt gecontracteerd door de preferente zorgverzekeraars VGZ en CZ en gevolgd door de verre zorgverzekeraars. Vanaf 2017 zijn de zorgverzekeraars volledig risicodragend over de ggz-kosten in de Zvw en met dit programma kunnen zorgverzekeraars ervaring opdoen. Op basis van ervaringen van PoZoB,

Matched care

De brede ggz beslaat alle ggz-zorg in de huisartsenpraktijk, inclusief de module POH-ggz, daarnaast de volledige basis-ggz-zorg, inclusief de verslavingszorg, en de mogelijkheid tot consultatie van de psychiater uit de SGGZ. Er vindt samenwerking en afstemming plaats met de sociale wijkteams en met de jeugd-zorg die vanuit de gemeenten worden bekostigd, maar wel integraal onderdeel van het zorgprogramma uitmaken.



Doordat de DBC wordt gefinancierd in segment 3 is het een onderdeel van de huisartsenzorg en is er voor de patiënt geen eigen bijdrage

Deze zogenoemde “brede ggz” voorziet in een laagdrempelige en kwalitatief goede toegang voor de psychosociale problemen, normalisatie van zorg waar mogelijk, meer zelfzorg door e-health en substitutie van specialistische- naar basis-ggz en vervolgens naar de huis-

literatuuronderzoek en eigen inschattingen wordt de komende jaren een oplopende inclusie verwacht van drie tot zes procent. Vanwege de inschattingen en onzekerheden is afgesproken dat er over het eerste jaar nacalculatie plaatsvindt.

Doordat de DBC wordt gefinancierd in segment 3 is het een onderdeel van de huisartsenzorg en is er voor de patiënt geen eigen bijdrage. Dit komt de toegankelijkheid van de BGGZ en de consultatie van de SGGZ ten goede en voorkomt een stuwmeer van patiënten in de huisartsenpraktijk die vanwege de eigen bijdrage van 375 euro per jaar niet doorverwezen willen worden. Door deze aanpak kan de inhoudelijke zorgvraag van de patiënt leidend zijn bij de keuze van de meest passende zorgverlener en is sprake van *matched care* (de juiste zorg op de juiste plaats door

en met zelfzorg door e-health

de juiste persoon). Om de transmurale samenwerking te ondersteunen, vindt informatie en communicatie plaats via het keteninformatiesysteem van Care2U waar alle zorggroepen en ketenpartners in de regio mee werken. Daarnaast wordt ingezet op een transmuraal e-health systeem.

De GGZE, die het grootste deel van de specialistische ggz levert in de regio, ondersteunt de visie en uitgangspunten van de brede ggz. Er vindt overleg plaats om de stabiele EPA-patiënten (ernstige psychiatrische aandoening) geleidelijk terug te verwijzen naar de huisartspraktijk, waarbij de praktijkondersteuner het casemanagement op zich neemt en de huisarts de medicatie verzorgt. Er zijn afspraken dat als de patiënt weer instabiel wordt, direct kan worden teruggevallen op de SGGZ. In deze samenwerking met de GGZE wordt ook gekeken of transitie van personeel aan de orde kan zijn.

Inhoudelijke aspecten

Het zorgprogramma kent drie zorgzwaarte categorieën: ggz-klachten, ggz-stoornissen en ernstige (chronische) psychiatrische aandoeningen.

In de casemix en daarmee ook in de prijs van de DBC, wordt uitgegaan van een verdeling van 40 – 50 – 10 procent. Dit wordt gemonitord. Alleen over de jeugdzorg worden qua bekostiging nog nadere afspraken met de zorgverzekeraars gemaakt.

Binnen de zorgpaden wordt met de drie regionale samenwerkende zorggroepen, de BGGZ en de SGGZ een aanbod van groepscursussen gemaakt, wat onder andere voortborduurde op het preventieprogramma dat voorheen werd aangeboden vanuit de specialistische ggz. Door regionale samenwerking is het volume dusdanig, dat patiënten frequent kunnen instappen en niet hoeven te wachten tot er een groep compleet is. Daarnaast wordt binnen het zorgprogramma een gezamenlijke set e-health interventies aangeboden, te weten een digitaal platform in combinatie met losse modules. Alle zorgaanbieders in de transmurale keten bedienen zich van hetzelfde systeem, zodat op alle niveaus *blended care* kan worden geboden.

BGGZ-psychologen

Binnen het zorgprogramma is het gemiddeld aantal behandelingen BGGZ met zeven lager dan in de reguliere BGGZ-regeling. Toch is het voor de BGGZ-psychologen interessant genoeg om als ketenpartner deel te nemen. Doordat patiënten geen eigen bijdrage betalen, is er voor hen geen drempel om onder behandeling te komen van de BGGZ. De behandelduur is vastgesteld op gemiddeld 420 minuten per patiënt. Dat is weliswaar lager dan in de reguliere BGGZ, maar de intensieve samenwerking met de PO-ggz, het keteninformatiesysteem en de mogelijkheid om te combineren met e-health en groepscur-

sussen moeten dit compenseren.

Daarnaast hebben de BGGZ-psychologen in de contractering te maken met de zorggroep als hoofdaannemer. Door participatie in de ketenadviesraad en programmacommissie kunnen zijn invloed uitoefenen op het beleid en op de doorontwikkeling van het zorgprogramma. Voor de honorering is een marktconform integraal uurloon beschikbaar, waar het bruto uurloon plus praktijkkosten uit vergoed kunnen worden. Ten slotte sluit de zorggroep het contract met de zorgverzekeraars en hoeft de BGGZ over een belangrijk deel van haar omzet zelf geen onderhandelingen meer te voeren. Om die redenen is het voor de BGGZ interessant genoeg om als ketenpartner mee te doen.

Evaluatie en onderzoek

Om te beoordelen wat de effecten zijn van het zorgprogramma “brede ggz” op de zorgkwaliteit, de klanttevredenheid en kosten, worden voorbereidingen getroffen voor een toegepast wetenschappelijk onderzoek. Daarbij zal veel aandacht uitgaan naar de e-health die grootschalig en laagdrempelig inzetbaar wordt. In dit onderzoek zal worden samengewerkt met het Trimbos-instituut en de zorgverzekeraars. Over de resultaten zal over enkele jaren worden gepubliceerd. <<

M. Klomp, directeur DOH

A. der Kinderen, kaderhuisarts ggz DOH

	Depressie	Angst	Distress en surmenage	Verslaving	Ernstige psychiatrische aandoening	Jeugd
Prevalentie	%	%	%	%	%	%
Klachten		Stoornissen		EPA		
DBC op basis casemix						