

# **SAMENWERKING HUISARTSENZORG & GENERALISTISCHE BASIS GGZ**

**EEN INVENTARISATIE EN EVALUATIE VAN DE KANSEN  
EN MOGELIJKHEDEN**



## COLOFON

© InEen, Januari 2019

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.  
Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via [info@ineen.nl](mailto:info@ineen.nl).

## SAMENVATTING

### Inleiding

De afgelopen jaren zijn regionaal verschillende initiatieven tot stand gekomen op het gebied van samenwerking tussen huisartsenzorg en de generalistische basis ggz (gb-ggz). Met dit onderzoeksproject willen we een kijkje geven in de mogelijkheden en knelpunten voor een soepele samenwerking en overgang binnen de ggz-keten, waarmee mensen in hun eigen omgeving, dichtbij huis worden ondersteund.

### Methode

In het project zijn acht organisaties met verschillende vormen van samenwerking op het gebied van huisartsenzorg en gb-ggz in kaart gebracht. Vier organisaties hebben contractuele (zorginkoop gebonden) afspraken met een zorgverzekeraar over de financiering van het samenwerkingsverband. In de andere vier regio's zijn dergelijke afspraken er niet. Twee van deze regio's hebben wel formele samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld over verwijzing of consultatie). In de twee andere regio's zijn deze er niet, maar werkt men vanuit individuele huisartsenpraktijken wel samen met gb-ggz aanbieders.

In alle regio's zijn:

- op basis van documentanalyse en interviews met de organisatie en betrokken zorgverleners de succes- en faalfactoren van de diverse samenwerkingsvormen in kaart gebracht;
- de patiëntervaringen in beeld gebracht op basis van interviews met drie patiënten;
- inschattingen gemaakt van de kosten aan de hand van gestandaardiseerde casuïstiek.

De tussen- en eindrapportage zijn voorgelegd aan een klankbordgroep en inhoudelijke adviescommissie (zie bijlagen).

### Resultaten

#### Organisatie & samenwerking in de ggz-keten

##### *Gedeelde succes- en faalfactoren in alle acht regio's*

- De POH-ggz is overal de belangrijkste succesfactor voor de samenwerking. Huisartsen zien de POH-ggz als een verrijking van de huisartsenzorg; er is kennis over psychische problematiek in de huisartspraktijk om naar te verwijzen en een laagdrempelig aanspreekpunt voor overleg.
- Wachtlijsten vormen een potentiële bedreiging voor de samenwerking in de keten. Ze veroorzaken ook verstopping en verdringing bij de POH-ggz. Hierdoor komen bij de POH-ggz steeds meer patiënten met ernstige problematiek die daar eigenlijk niet thuishoren en de capaciteit voor de minder ernstige problematiek in beslag nemen.
- Informatiesystemen om digitaal te verwijzen en informatie over de patiënt uit te wisselen vergemakkelijkt enerzijds de verwijzing en afstemming tussen zorgverleners. Anderzijds kan het de afstand tussen hulpverleners vergroten waardoor de huisarts en POH-ggz niet meer kunnen volgen wat er met de patiënt gebeurt. De implementatie van dergelijke ICT-systemen kost veel tijd en geld.
- De (verwijs)relaties met het sociale domein, jeugdzorg en de verslavingszorg zijn op de meest plaatsen nog niet sterk ontwikkeld.

#### *Succes- en faalfactoren binnen de ketengefinancierde organisaties*

- Zorggroepen met ketenfinanciering zijn van meerwaarde voor de aangesloten zorgverleners doordat ze veel tijdrovend en complex regelwerk uit handen nemen.
- Organisaties met ketenfinanciering sturen gericht op kwaliteit op basis van indicatoren, doen aan benchmarking en maken onverklaarbare en ongewenste verschillen tussen praktijken bespreekbaar.
- De organisaties hebben meer financiële ruimte en tijd om te investeren in goede onderlinge relaties, tussen ketenpartners en met externen. Door elkaar beter te leren kennen en gezamenlijke activiteiten te ondernemen wordt de samenwerking bevorderd.
- De zorginkoop gebonden afspraken (vaak in de vorm van keten DBC-financiering) bieden meer ruimte voor de inzet van de POH-ggz en de niet-patiënt gebonden activiteiten, zoals extern overleg, bijeenkomsten en intervisie.
- In deze organisaties is veel geïnvesteerd en zijn verplichtingen aangegaan met personeel, hulpverleners en ICT-leveranciers. Hun infrastructuur maakt de organisaties sterk, maar ook kwetsbaar tegen de achtergrond van een onzekere financiële toekomst.
- De vier organisaties met ketenfinanciering willen de deze financiering niet kwijt en de keten-aanpak doorontwikkelen naar een vorm van regionaal ggz-aanbod, zonder schotten tussen het sociaal en medisch domein.

#### **Patiëntervaringen**

- Patiënten beoordelen de POH-ggz zeer positief en ervaren dat de zorg persoonsgericht en toegankelijk is. De zorg in de huisartsenpraktijk is voor patiënten minder stigmatiserend.
- De overgang van de huisarts naar de POH-ggz verloopt in alle regio's vrij vloeiend. Zodra zij verder in de keten komen, richting de gb-ggz of s-ggz, dan ervaren zij minder soepele overgangen.
- Bij de vergelijking van ervaringen in de regio's mét en zonder zorginkoop gebonden afspraken lijkt de wachttijd voor patiënten die worden verwezen naar de gb-ggz iets korter te zijn.

#### **Kostenschatting**

- Huisartsen en POH-ggz maken verschillende inschattingen van de zorgverleners die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten en de daarmee gepaard gaande behandeltijd.
- Deze variatie in de inschatting van het zorgaanbod en de verwachte behandeltijd leidt ook tot variatie in de geschatte zorgkosten.
- Patiënten die met hun zorgvraag terecht komen bij de huisarts en de POH-ggz lijken in regio's mét zorginkoop gebonden afspraken meer tijd te ontvangen voor de behandeling dan in regio's waar deze afspraken er niet zijn.
- Gelet op de grote spreiding in de geschatte (zorg)kosten lijkt het veilig om te constateren dat er voorsnog geen aanwijzingen zijn dat de samenwerking mét zorginkoop gebonden afspraken duurder of goedkoper uitpakt dan zonder zorginkoop gebonden afspraken.
- Vanwege de aanzienlijke variatie en de beperking van de gehanteerde methodiek blijft bij de interpretatie voorzichtigheid geboden.

#### **Slotsom**

Het project biedt aanknopingspunten voor de doorontwikkeling van de organisatie van de (eerstelijns)zorg aan patiënten die behoefte hebben aan geestelijke gezondheidszorg. Met deze bevindingen willen we zorgverleners, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, beleidsmakers en andere belanghebbenden inspireren en ondersteunen om de persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg aan ggz-patiënten verder te ontwikkelen.

## INHOUDSOPGAVE

<b>1   Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2   Methode</b>	<b>5</b>
2.1 Deelnemers met en zonder zorginkoopafspraken	5
2.2 Analyse samenwerkingsinitiatieven	5
2.3 Ervaringen van patiënten	5
2.4 Evaluatie geschatte kosten per samenwerkingsvorm	5
<b>3   Organisatie &amp; samenwerking</b>	<b>7</b>
3.1 Meerwaarde van samenwerken	7
3.1.1 POH-ggz: een verrijking van de huisartsenpraktijk	7
3.1.2 Organisatie en ondersteuning van de zorg	8
3.2 Kwaliteitsimpulsen	8
3.3 Zorginkoop afspraken ondersteunen de samenwerking	9
3.4 Professionele vrijheid en standaardisatie van het werkproces	9
3.5 Samenwerking met S-GGZ , verslavingszorg en het sociaal domein	10
3.5.1 Specialistische ggz is (te) ver weg	10
3.5.2 Wachttijsten: iedereen zit tjokvol!	10
3.5.3 Complexere patiënten in de huisartsenpraktijk en de gb-ggz	10
3.5.4 Relaties met sociaal domein, jeugdzorg en verslavingszorg zwak ontwikkeld	11
<b>4   Ervaringen van patiënten</b>	<b>12</b>
4.1 Persoonsgerichte zorg	12
4.2 Samen beslissen	12
4.3 E-health	12
4.4 Samenwerking in de keten	13
4.5 Wachttijden	13
4.6 Stigma	14
<b>5   Kostenschatting</b>	<b>15</b>
5.1 Variatie in aanbod van zorg	15
5.2 Ingeschatte behandeltijd	16
5.3 Betrokken behandelaar van invloed op kosten	17
<b>6   Conclusies</b>	<b>18</b>
<b>7   Bijlagen</b>	<b>21</b>

## 1 | INLEIDING

De afgelopen jaren zijn regionaal verschillende initiatieven tot stand gekomen op het gebied van samenwerking tussen huisartsenzorg en de generalistische basis ggz. Deze initiatieven beogen een soepele samenwerking en overgang binnen de ggz-keten, zodat mensen in hun eigen omgeving, dichtbij huis worden ondersteund.

Met het project 'Samenwerking huisartsenzorg – generalistische basis ggz' maken we inzichtelijk hoe de initiatieven op het gebied van samenwerking tussen huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) en de generalistische basis ggz (gb-ggz) eruit zien. Het project geeft zicht op de werkzame elementen in de samenwerking tussen huisartsenzorg en gb-ggz en legt daarbij de focus op de organisatievormen, patiëntervaringen en de geschatte kosten van zorg. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in regionale samenwerkingsinitiatieven mét en zonder (zorginkoop gebonden) contractuele afspraken met een zorgverzekeraar over de financiering van het samenwerkingsverband.

Het project biedt InEen aanknopingspunten voor de doorontwikkeling van de organisatie van de (eerstelijns)zorg aan patiënten die behoefte hebben aan geestelijke gezondheidszorg. Met deze bevindingen willen we zorgverleners, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, beleidsmakers en andere belanghebbenden inspireren en ondersteunen om de persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg aan ggz-patiënten verder te ontwikkelen.

Het project komt voort uit de 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie' (waarvan InEen in 2015 mede-initiatiefnemer was). Bij de uitvoering van het onderzoek waren betrokken:

- Gerdien Franx en Peter van Splunteren, zelfstandig adviseurs: analyse en beschrijving van de samenwerkings- en organisatievormen.
- MIND Landelijk Platvorm Psychische Gezondheid: evaluatie van de patiëntervaringen.
- SiRM: evaluatie van de geschatte kosten per organisatievorm.

Dit rapport beschrijft de bevindingen van acht regio's waarin op verschillende manieren wordt samengewerkt. We beogen daarmee een kijkje te geven in de mogelijkheden en knelpunten. Het is zeker geen generiek of volledig beeld van de manier waarop de huidige samenwerking landelijk is ingericht. Daarvoor zien we een te grote variëteit aan samenwerkingsvormen en is de omvang van deze inventarisatie te beperkt. Maar het biedt wel aanknopingspunten om de (organisatie van) persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg aan ggz-patiënten verder te ontwikkelen.

### *Gebruikte afkortingen en terminologie*

In dit rapport hebben we ervoor gekozen om over patiënten en niet over cliënten te spreken. We verwijzen in de mannelijke vorm naar patiënten en zorgverleners en hanteren de volgende afkortingen: gb-ggz, s-ggz, POH-ggz.

## 2 | METHODE<sup>1</sup>

### 2.1 Deelnemers met en zonder zorginkoopafspraken

Bij het werven van deelnemers aan dit project is gezocht naar regio's waar op verschillende manieren en niveaus wordt samengewerkt tussen de huisartsenzorg en de gb-ggz. In totaal hebben acht samenwerkingsinitiatieven in acht verschillende regio's deelgenomen. In vier regio's waren er contractuele (zorginkoop gebonden) afspraken met een zorgverzekeraar over de financiering van het samenwerkingsverband. In de andere vier regio's waren dergelijke afspraken met de zorgverzekeraar niet gemaakt. Twee van deze regio's hadden wel formele samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld over verwijzing of consultatie). In de twee andere regio's waren deze er niet, maar werkt men vanuit individuele huisartsenpraktijken wel samen met de gb-ggz. We spreken in dit rapport over regionale samenwerkingsinitiatieven (regio's) mét en zonder contractuele (zorginkoop gebonden) afspraken met een zorgverzekeraar over een samenhangend aanbod van huisartsenzorg en gb-ggz. Met het oog op de leesbaarheid kiezen we in de tekst afwisselend voor de volledige aanduiding of een kortere variant.

### 2.2 Analyse samenwerkingsinitiatieven<sup>2</sup>

Op basis van documentanalyse en interviews op organisatieniveau en met betrokken zorgverleners (in elk geval een huisarts, POH-ggz en een gz-psycholoog werkzaam in de gb-ggz) zijn de verschillende samenwerkingsinitiatieven in kaart gebracht. Dit geeft o.a. zicht op:

- kenmerken van de organisatie en samenwerking;
- de werkzame elementen in de samenwerking;
- de waardering van zorgverleners;
- de uitdagingen.

### 2.3 Ervaringen van patiënten

In (bijna) elke regio zijn drie patiënten telefonisch of face-to-face geïnterviewd door een ervaringsdeskundige van MIND. Aan de hand van thema's als persoonsgerichte zorg, samen beslissen, overgangen in zorg en stigmatisering worden de ervaringen van de patiënten beschreven. Zo krijgen we zicht op de elementen die patiënten waarderen en belangrijk vinden in (de samenwerking in) de zorg, en waar aanknopingspunten liggen voor verbetering. Het aantal patiënten dat is geïnterviewd is te klein om verstrekkende conclusies te trekken. Ook vonden patiënten het lastig om iets te zeggen over de overgangen in de zorg. Het geeft wel goed zicht op wat patiënten belangrijk vinden in de zorg.

### 2.4 Evaluatie geschatte kosten per samenwerkingsvorm

Om te kunnen achterhalen in hoeverre de manier van samenwerken samenhangt met de zorgkosten, heeft elke regio een schatting gemaakt van de kosten voor een viertal fictieve patiënten. Hiervoor zijn vier patiëntprofielen opgesteld en is aan de POH-ggz of huisarts in elke

---

<sup>1</sup> Nadere informatie over de gebruikte methode (interviewschema's, patiëntprofielen, topiclijsten, etc.) zijn indien gewenst op te vragen via [info@ineen.nl](mailto:info@ineen.nl).

<sup>2</sup> De kenmerken van de samenwerkingsinitiatieven zijn gebaseerd op de samenwerking(safspraken) en het beleid uit 2018. Eventuele wijzigingen per 2019 zijn niet in deze rapportage verwerkt.

regio gevraagd welk zorgpad de patiënt naar zijn/haar verwachting zal doorlopen: welke zorgverleners zijn betrokken, hoeveel (in)directe tijd is hiermee gemoeid, naar welke zorgverleners wordt verwezen, et cetera? Door de ingeschatte tijd per zorgverlener te berekenen en te koppelen aan de gemiddelde werkgeverslasten per zorgverlener, is per patiëntprofiel berekend wat de geschatte kosten<sup>3</sup> (inclusief overhead) zijn. Vervolgens zijn deze geschatte kosten per regio met elkaar vergeleken.

Voor het berekenen van de kosten is zowel gekeken naar de behandeling die in de huisartsenzorg plaatsvindt, als de behandeling die de patiënt ontvangt wanneer de POH-ggz of huisarts aangaf de patiënt te zullen doorverwijzen naar de ggz. De bevindingen kunnen, gezien het kleine aantal, niet één op één geëxtrapoleerd worden naar andere regio's en moeten met gepaste voorzichtigheid worden gelezen en geïnterpreteerd.

---

<sup>3</sup> In de berekening zijn de mogelijke eigen bijdrage en het eigen risico van de patiënt niet betrokken. Beide zijn niet van invloed op de totale ingeschatte kosten.



## 3 | ORGANISATIE & SAMENWERKING

*De inzet van de POH-ggz wordt door alle huisartspraktijken als zeer positief ervaren. Ook ervaren de geïnterviewde organisaties en professionals in bijna alle regio's de samenwerking tussen huisartsenzorg en gb-ggz als een succes. De huisarts kan met ondersteuning van de POH-ggz goede psychische hulpverlening bieden en verwijst indien nodig door naar een psycholoog werkzaam in de gb-ggz. Hulpverleners voelen zich door de samenwerking gesterkt om hun werk goed te doen en kunnen op elkaar terugvallen als het moeilijk wordt.*

*Zorggroepen nemen hulpverleners veel regel-, professionaliserings- en onderhandelingswerk uit handen. Daar staat meer standaardisatie van het werkproces tegenover, wat leidt tot enig verlies van professionele vrijheid om het proces en de inhoud van de zorg geheel naar eigen maatstaven in te richten. De betrokken hulpverleners binnen zorggroepen ervaren dat in de praktijk overigens niet als probleem. Alle regio's werken aan kwaliteit, echter op een verschillende manier. We zien dat er bij regionale samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken meer ruimte is om het kwaliteitsbeleid te ondersteunen door bijvoorbeeld het aanleveren en bespreken van spiegelinformatie, het bieden van ondersteuning bij de uitvoering van verbetertrajecten of ontwikkelmogelijkheden voor de POH. Samenwerkingsinitiatieven zonder zorginkoop gebonden afspraken organiseren hun kwaliteitsbeleid zonder ondersteuning van een regionale organisatie. Ook zij hebben vaak een MDO (multidisciplinair overleg), intervisie en bijscholing. Het initiatief hiervoor en de uitvoering hiervan zijn afhankelijk van één of enkele enthousiaste medewerker(s) en deelname gebeurt op vrijwillige basis. Het monitoren van indicatoren en terugkoppelen van spiegelinformatie is in deze organisaties nog geen routine.*

*Hét grote knelpunt in alle regio's is de verstopping in de keten, vooral bij de instellingen voor s-ggz. Lange wachtlijsten zorgen voor een 'ophoping' van patiënten met complexe en ernstige problemen in de gb-ggz en de huisartsenpraktijk. In veel gevallen zijn ze daarvoor te weinig toegerust. Een ander knelpunt betreft de gebrekkige of moeizame relatie met de sociale wijkteams, jeugdzorg en de verslavingszorg.*

### 3.1 Meerwaarde van samenwerken

*De geïnterviewde organisaties en zorgverleners geven aan dat de samenwerking tussen huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) en de generalistische basis ggz voordelen met zich mee brengt, zowel in zorginhoudelijke als organisatorische zin. Deze ervaren meerwaarde zien we terug in alle onderzochte regio's. Een zekere organisatiegraad waarbij (delen van) de organisatie van de zorg voor een grotere groep huisartsen centraal wordt georganiseerd, brengt daarnaast extra voordelen met zich mee.*

#### 3.1.1 POH-ggz: een verrijking van de huisartsenpraktijk

In alle regio's blijkt de POH-ggz als een verrijking van de huisartsenpraktijk te worden ervaren. De POH-ggz brengt kennis over psychische problematiek en extra capaciteit in de praktijk. De huisarts kan de POH-ggz inschakelen bij de zorg en heeft een laagdrempelig aanspreekpunt om te overleggen. Met de inzet van de POH-ggz kunnen zorgvragen van patiënten met psychische en/of psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk beter worden opgevangen. Door de korte lijnen en het feit dat men elkaar persoonlijk ontmoet, ontstaat vertrouwen. De POH-ggz kent de sociale kaart en weet waar de patiënt het best terecht kan. Praktijken met meerdere

POH's-ggz vinden het prettig wanneer de POH's verschillende stijlen en competenties meebrengen, waar de huisarts dan bewust gebruik van kan maken. De huisarts kan in sommige praktijken de POH-ggz met enige flexibiliteit inzetten en zo zelf ook psychosociale problematiek blijven behandelen, met name als een huisarts daarmee meer affiniteit heeft.

### 3.1.2 Organisatie en ondersteuning van de zorg

Huisartsen die participeren in een ggz-programma stellen het erg op prijs dat een overkoepelende organisatie – zoals een zorggroep - hen ondersteunt in de organisatie van de zorg. Het scheelt tijd en moeite en het maakt hen minder kwetsbaar voor mogelijke problemen, zoals het plotseling uitvallen van een POH-ggz of gewijzigd beleid van bijvoorbeeld zorgverzekeraars. De zorggroep neemt veel tijdrovend en complex regelwerk uit handen. Denk aan:

- afspraken met de zorgverzekeraar worden op groepsniveau gemaakt;
- contracten met psychologen, vrijgevestigde psychiaters en de s-ggz worden uit handen genomen;
- de POH-ggz en huisarts worden ondersteund met training en intervisie;
- de gegevensuitwisseling wordt ondersteund door een KIS<sup>4</sup>;
- er wordt spiegelinformatie beschikbaar gesteld en daarmee het lerend vermogen versterkt (PDCA-cyclus);
- medewerkers van de zorggroep faciliteren het MDO (multidisciplinair overleg);
- knelpunten in de regio (zoals bijvoorbeeld de samenwerking met gemeente) worden gesignaleerd en er wordt gewerkt aan oplossingen.

Daarnaast hebben zorggroepen ruimte om te investeren in onderlinge relaties en cohesie tussen de aangesloten zorgverleners door bijvoorbeeld themabijeenkomsten en trainingen. Hierdoor leren de zorgverleners elkaar kennen, wat het onderlinge vertrouwen en de betrokkenheid bevordert.

*'Je ziet opeens het gezicht van degene naar wie je verwijst en je kunt op elkaar terugvallen als het moeilijk wordt.'*

We zien dat initiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken over een samenhangend aanbod van huisartsenzorg en gb-ggz meer financiële ruimte (en daarmee dus tijd) hebben om dit soort zorg overstijgende activiteiten te organiseren. Zorgverleners ervaren daarmee een directe meerwaarde van een zorggroep. Omdat samenwerkingsinitiatieven zonder zorginkoop gebonden afspraken hiervoor minder ruimte hebben, is de meerwaarde voor de aangesloten zorgverleners minder merkbaar, waardoor het enthousiasme voor het samenwerkingsverband kan verminderen. Het werk van de zorgprofessionals komt hierbij veel vaker ten laste van eigen tijd en middelen. De geïnterviewde zorgprofessionals geven echter aan dat dit hen dit niet hindert in de samenwerking. Dat geeft hen juist een groot gevoel van 'eigenaarschap'.

## 3.2 Kwaliteitsimpulsen

In alle regio's wordt gewerkt aan kwaliteit. Bij samenwerkingsverbanden zonder contractuele afspraken met een zorgverzekeraar wordt vooral ingezet op MDO's (multidisciplinair overleg), bijscholing en intervisie voor de POH-ggz. Regio's met zorginkoop gebonden afspraken hebben meer ruimte en tijd om te investeren in het ondersteunen van kwaliteitsverbetering. Naast het begeleiden van het MDO en het bieden van ondersteuning bij de uitvoering van verbetertrajec-

<sup>4</sup> KIS staat voor Ketenzorg Informatie Systeem, een multidisciplinair informatiesysteem voor integrale zorg.

ten, zijn er bijvoorbeeld meer mogelijkheden voor scholings- of intervisieprogramma's voor alle POH's. Aan hen worden ook ontwikkelmogelijkheden geboden om te participeren in projecten of protocolontwikkeling. Tevens zien we in deze regio's vaker dat proces- en uitkomstindicatoren op systematische wijze worden gebruikt als spiegelinformatie, voor het bespreken van praktijkvariatie of bij het opstellen van feedbackrapportages. Voorbeelden van gebruikte indicatoren zijn: aantal, duur en type contacten met POH-ggz of gb-psycholoog, aantal verwijzingen naar de gb-ggz of s-ggz, medicatieverstrekking, en scores op meetinstrumenten. Hierdoor wordt het lerend vermogen van de organisatie en van de medewerkers vergroot.

Bij de samenwerkingsinitiatieven zonder zorginkoop gebonden afspraken wordt niet systematisch gebruik gemaakt van cijfers die in de systemen worden geregistreerd. Dit zou men wel willen, onder andere omdat data nodig zijn om de impact van de ondersteuning inzichtelijk te maken.

### 3.3 Zorginkoop afspraken ondersteunen de samenwerking

Bij regionale samenwerkingsinitiatieven met zorginkoop afspraken zijn er contractuele afspraken gemaakt met een zorgverzekeraar over de financiering van de samenwerking. In die regio's zijn er meer financiële middelen voor het organiseren en ondersteunen van de samenwerking tussen betrokken zorgverleners. De regio's hebben daarnaast ook afspraken gemaakt over de vergoeding van de geleverde zorg door de huisarts, POH-ggz en de gb-ggz (integrale bekostiging). In deze regio's heeft de POH-ggz meer ruimte (lees 'tijd') voor niet-patiënt gebonden activiteiten zoals extern overleg, bijeenkomsten en intervisie. Er is vaak minder sprake van productiedruk, die POH's-ggz in praktijken zonder zorginkoop gebonden afspraken meer voelen. POH's-ggz geven aan dat het werk zonder deze druk leuker is geworden.

Voor patiënten is het positief dat er in sommige regio's geen eigen bijdrage is wanneer ze vanuit een praktijk die onderdeel uitmaakt van de regionale organisatie met samenwerkingsafspraken worden verwezen naar een gz-psycholoog in de gb-ggz. De psycholoog weet daarmee zeker dat de geboden zorg ook wordt betaald. Een ander voordeel voor psychologen is dat de declaraties voor patiënten uit de keten-gefinancierde praktijken niet meetellen met de productieafspraken uit het eigen contract van de gb-ggz aanbieder met de zorgverzekeraar.

Samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken investeren vaak jarenlang in relaties met regionale partners. Het opzetten van dergelijke samenwerkingsinitiatieven kost tijd. Deze infrastructuur maakt de organisaties sterk, maar ook kwetsbaar door het ontbreken van zicht op structurele financiering.

### 3.4 Professionele vrijheid en standaardisatie van het werkproces

Georganiseerde en geformaliseerde samenwerking vraagt om de bereidheid van individuele hulpverleners om zich aan een aantal gestandaardiseerde werk- en zorgprocessen te houden. Bij regionale samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken over een samenhangend aanbod van huisartsenzorg en gb-ggz is deze standaardisering zeker het geval. Zo wordt er vanuit de zorggroep ingezet een periodiek MDO, zijn er afspraken over de inzet van de POH-ggz en het hanteren van bepaalde vragenlijsten, bestaat er een maximale wachttijd voor patiënten die naar de gb-ggz worden verwezen of wordt er gewerkt met een selectie van gecontracteerde zorgverleners.

Vooraf geven zorgverleners, net als hun collega's die onderdeel uitmaken van samenwerkingsverbanden zonder zorginkoop gebonden afspraken, aan bang te zijn dat daarmee een deel van hun professionele vrijheid in het gedrang komt. In de praktijk ervaren zij dit echter niet als een probleem. De voordelen van samenwerking en ondersteuning wegen duidelijk op tegen enige concessies aan de professionele vrijheid met betrekking tot de standaardisatie van werkprocessen.

Voor het draagvlak van zorgprogramma's met zorginkoop gebonden afspraken is het belangrijk dat zorgverleners de keuzes en het beleid onderschrijven. Dat is – vooral bij de start van een ggz-programma – nog wel een uitdaging. Ervaring leert dat bevlogenheid bij bestuurders helpt om de professionals mee te krijgen. Het continu betrekken van de aangesloten zorgverleners en hen laten meepraten over wat ze belangrijk vinden, is cruciaal voor het commitment aan het programma.

### 3.5 Samenwerking met S-GGZ , verslavingszorg en het sociaal domein

#### 3.5.1 Specialistische ggz is (te) ver weg

Alle regio's ervaren een 'dikke muur' tussen de huisartsenpraktijk en de s-ggz. Voor de meeste praktijken is de s-ggz ver weg; contact is lastig, procedures duren vaak lang en de communicatie is gebrekkig. Daarnaast zien zorgverleners dat patiënten een verwijzing naar de s-ggz als stigmatiserend ervaren.

Tussen de huisartsenzorg en de gb-ggz zit ook een drempel, maar zorgverleners vinden die veel minder hoog. Huisartsen en POH-ggz moeten patiënten goed motiveren voor een verwijzing naar de s-ggz.

#### 3.5.2 Wachtlijsten: iedereen zit tjokvol!

Wachtlijsten in de gb-ggz en s-ggz zijn (bijna) overal lang. Met name de lange wachtlijsten (bij sommige afdelingen) in de s-ggz ervaart men als frustrerend. Iedereen zit "tjokvol", zo zeggen de meeste initiatieven. In een enkele regio is de wachttijd voor gb-ggz korter dan twee weken, omdat dit contractueel is vastgelegd, maar dit is een uitzondering en betreft veelal alleen de wachttijd voor de intake en niet die voor de start van de behandeling.

De wachtlijsten in de s-ggz veroorzaken ook verstopping en verdringing in de gb-ggz en bij de POH-ggz. Hierdoor komen en blijven bij de POH-ggz patiënten die daar eigenlijk niet thuishoren. De geïnterviewde zorgverleners maken zich daardoor zorgen dat de kwaliteit van de hulp omlaag gaat en de POH-ggz volstroomt met cliënten die niet passen bij hun aanbod. Deze zorg over een mogelijke 'mismatch' geldt overigens ook voor gb-ggz praktijken.

#### 3.5.3 Complexere patiënten in de huisartsenpraktijk en de gb-ggz

Door het gebrek aan adequate verwijsmogelijkheden (als gevolg van wachtlijsten) en door de terugverwijzing van patiënten uit de s-ggz zien de POH-ggz, psycholoog en huisarts zich geconfronteerd met een zwaardere categorie patiënten dan waartoe zij zich bekwaam achten. Meerdere POH's-ggz geven aan steeds meer te moeten zoeken en onderhandelen om hun patiënt in de s-ggz geaccepteerd te krijgen. 'Je moet steeds mensen bellen, men komt niet binnen met complexe problematiek, er wordt gezegd daar zijn wij niet van.' In reactie hierop begint men vaak toch met begeleiden en behandelen, want een patiënt heeft nu eenmaal de stap naar hulp gezet, maar de hulpverleners vinden dat deze categorie patiënten beter thuis hoort in de s-ggz en niet onder hun eindverantwoordelijkheid valt.

#### **3.5.4 ICT: ondersteunend maar onpersoonlijk**

De meeste praktijken maken gebruik van een (keten)informatiesysteem om digitaal te verwijzen en informatie over de patiënt uit te wisselen. Daardoor kunnen ze efficiënt verwijzen en makkelijker communiceren met de verwijzer. Maar er zijn ook nadelen. Vooral in de praktijken die geen afspraken hebben met ggz-partijen vindt men dit een onpersoonlijke manier van verwijzen. Dit speelt vooral bij verwijzingen naar de s-ggz: als een patiënt eenmaal via het systeem is aangemeld bij de s-ggz, hebben de huisarts en POH-ggz geen zicht meer op wat er gebeurt.

#### **3.5.5 Relaties met sociaal domein, jeugdzorg en verslavingszorg zwak ontwikkeld**

De meeste organisaties melden dat de relaties met de sociale wijkteams, verslavingszorg en de jeugdzorg beter kunnen. Het duurt vaak lang voordat men weet wie nu wat kan doen in de wijk. Soms is er ook sprake van personeelwisselingen omdat de gemeente heeft gekozen voor een andere aanbieder van sociaal en welzijnswerk. Dan duurt het lang voordat men elkaar heeft weten te vinden. Ook het uitwisselen van gegevens van patiënten is een knelpunt vanwege wet- en regelgeving op het gebied van privacy. Sommige organisaties hebben gespecialiseerde hulpverleners voor jeugd in dienst of zijn dat van plan. Men vindt het lastig dat elke gemeente een eigen jeugdzorgbeleid heeft.

## 4 | ERVARINGEN VAN PATIËNTEN

*Patiënten beoordelen de POH-ggz zeer positief. Ze ervaren de POH-ggz als persoonsgericht en zeer toegankelijk. Daarnaast blijkt dat zowel de huisarts als POH-ggz goed bereikbaar zijn. De overgang van de huisarts naar de POH-ggz verloopt vrij vloeiend, hier hebben patiënten weinig last van. Zodra patiënten verder in de keten komen, richting de gb-ggz of s-ggz, dan ervaren zij minder soepele overgangen. Patiënten waarderen de zorgverleners met gemiddeld een 7,8.*

*Bij de vergelijking van ervaringen van patiënten in regio's mét en zonder zorginkoop gebonden afspraken, zien we een verschil in de wachttijd. Deze lijkt voor patiënten die worden verwezen naar de gb-ggz in regio's met zorginkoop gebonden afspraken iets korter te zijn.*

### 4.1 Persoonsgerichte zorg

Persoonsgerichte zorg is zorg waarbij de persoon centraal staat en niet de beperking of ziekte. Uit de interviews komt naar voren dat patiënten hulp willen ontvangen om van hun klachten af te komen. Daarnaast benoemen patiënten specifieke wensen over hun medicatie, de gewenste behandelaar en de plek waar zij de zorg ontvangen. Patiënten waarderen het als hulpverleners goed naar ze luisteren en ze begrijpen. De klik tussen de patiënt en de hulpverlener speelt hierin vaak een belangrijke rol.

*"Ik wil dat iemand me begrijpt en dat ik gewoon gesprekken kan hebben over hoe het met me gaat."*

*"De manier hoe ze tegenover mij zitten -de manier van kijken en vragen, hun houding -dat zegt ook veel hoor. Ik vind de huisarts hier en de POH-ggz heel erg menselijk en betrokken."*

### 4.2 Samen beslissen

Voor patiënten is het belangrijk om samen te kunnen beslissen over de zorg die zij ontvangen. In de interviews benoemen de patiënten vooral de gezamenlijke besluitvorming met de POH-ggz. Voorbeelden zijn het werken met de e-health modules of de keuze om doorverwezen te worden naar de ggz. De POH-ggz wordt als persoonsgericht ervaren. Bovendien is de drempel om naar de POH-ggz te gaan relatief laag. We zien hierbij geen verschil tussen patiënten van regionale samenwerkingsinitiatieven mét of zonder zorginkoop gebonden afspraken.

*"Er werd gevraagd of ik een vrouwelijke of een mannelijke POH-ggz wilde, dat vond ik ook wel erg prettig."*

*"Ik was een keer in de war, en dan komt ze (de POH-ggz) ook gelijk bij je thuis, en dan is er ook familie, en dat is heel prima, dan kan ze gelijk bekijken hoe het allemaal gaat."*

### 4.3 E-health

De laatste jaren is er in Nederland steeds meer aandacht voor e-health en gebruik van online middelen. In de gesprekken met patiënten is gevraagd in hoeverre zij gebruik hebben gemaakt van e-health. Uit de interviews blijkt dat bij een groot deel van de patiënten er wel een vorm van e-health is toegepast. Patiënten benoemen in dit kader online behandelmodules, online inzage

in het eigen gezondheidsdossier of online contacten met de hulpverlener. Een aantal patiënten geeft aan geen gebruik te willen maken van e-health omdat ze het moeilijk vinden hier thuis aan toe te komen (bijvoorbeeld online cursussen volgen) of geen affiniteit met de computer hebben. De patiënten die wel gebruik maakten van e-health waren overwegend positief. Patiënten uit regio's mét zorginkoop gebonden afspraken lijken iets vaker e-health aangeboden te krijgen dan bij samenwerkingsinitiatieven zonder zorginkoop afspraken, vooral online cursussen tegen stress, slapen of piekeren.

*"Ik heb geen computer en ook geen zin om via een computer iets te doen."*

*"Ik heb inderdaad iets met e-health aangeboden gekregen door de POH, maar daar werd ik echt een beetje chagrijnig van, want ik houd er echt van om dingen te bepraten met echte mensen."*

*De mogelijke e-health werd via de POH goed in kaart gebracht. Uiteindelijk is in gezamenlijk overleg gekozen voor een e-health-cursus "I sleep". De training bestond uit lezen, schrijven en filmpjes kijken. Dit beviel me erg goed. Op eigen gekozen moment kon ik een rustmoment creëren voor mezelf om aan de slag te gaan."*

#### 4.4 Samenwerking in de keten

Over het algemeen geven patiënten aan een vast contactpersoon te hebben. De huisarts en de POH-ggz bleken goed bereikbaar te zijn. Enkele patiënten die zorg ontvingen van een psycholoog gaven aan dat direct telefonisch contact lastig was. De overgang van de huisarts naar de POH-ggz lijkt in de meeste gevallen vrij vloeiend te verlopen. Er is nauwelijks sprake van wachttijden en de huisarts en POH-ggz wisselen onderling gegevens uit. In sommige gevallen geven patiënten ook expliciet toestemming voor het delen van hun gegevens. Dat is voor patiënten een vrij overzichtelijk proces.

*"Ik heb toestemming gegeven dat de dokter en de praktijkondersteuner dezelfde informatie over mij hadden."*

Zodra de patiënten verder in de keten gaan, richting de gb-ggz of s-ggz, verlopen de overgangen stroever. De wachttijden zijn langer en het is zoeken naar de zorgverlener met de juiste expertise en 'klik' met de patiënt. Ook hier zien we geen verschillen tussen patiënten uit verschillende regio's. Patiënten waarderen het erg als zij hun verhaal niet elke keer opnieuw hoeven te vertellen.

#### 4.5 Wachttijden

Als er wachttijden waren voor de POH-ggz was dat vaak maximaal twee of drie weken. Wachttijden voor de gb-ggz of s-ggz waren meestal veel langer, tot wel vijf maanden. De interviews geven het beeld dat de wachttijd voor de patiënten die worden verwezen naar de ggz in regio's mét zorginkoop gebonden afspraken iets korter is dan bij regionale samenwerkingsinitiatieven zonder zorginkoop gebonden afspraken.

*"Ik heb gewoon het gevoel dat er veel te weinig aanbod is voor mensen met psychische klachten. Eigenlijk moeten er meerdere mensen geholpen kunnen worden en dat je niet op zo'n wachtlijst komt te staan, want dan voel je je ook maar zo'n nummertje."*

*"De wachttijden voor de basispsycholoog in mijn eigen woonplaats was 3 maanden, toen ben ik voor een psycholoog 25 kilometer verderop gegaan natuurlijk, daar was de wachttijd gelukkig maar 3 weken."*

*"Mijn kwaliteit van leven is helemaal niet verbeterd, eerder verslechterd, omdat ik nog niet door kan met de behandeling."*

*'De wachttijden zijn met mij wel besproken. Vandaar dat ze ook de POH-ggz hebben aanbevolen voor de tussentijd. Er was ook eigenlijk geen andere keus.'*

#### 4.6 Stigma

Een psychische aandoening treft een groot deel van de Nederlanders ooit in zijn of haar leven. Toch rust hierop nog een groot taboe. In de interviews is het onderwerp stigmatisering aan bod gekomen. Hieruit bleek dat de mate waarin mensen een stigma ervaren erg varieerde. Sommige patiënten durven open te zijn over hun psychische kwetsbaarheden terwijl anderen er voorzichtiger mee omgaan.

*"Ik heb er geen moeite mee, niet de hele wereld hoeft dat te weten, maar als mensen echt geïnteresseerd zijn in me, dan doe ik daar niet moeilijk over."*

*"Toen ik vroeger bij het Riagg was, wilde ik niet dat mensen dat zagen. Ik ervaar dat nu helemaal niet meer zo. Ook als je het naar buiten brengt, dan hoor je weleens: oh ja, daar ben ik ook geweest. Dat is allemaal bespreekbaar tegenwoordig. Het is niet meer zoals vroeger van: je bent niet goed. Ik heb er wel over na zitten denken, maar er is iets veranderd, er is meer openheid tegenwoordig."*

Een deel van de patiënten geeft aan dat zij het minder stigmatiserend vinden om de zorg te ontvangen vanuit de huisartsenpraktijk in plaats vanuit de ggz.

*"Als je bij een ggz-iets loopt en een etiketje hebt dan denken mensen al snel Oh jeee wat is er allemaal aan de hand?! Mensen zijn bang voor ggz-etiketjes. Bij de huisarts is dat veel minder."*



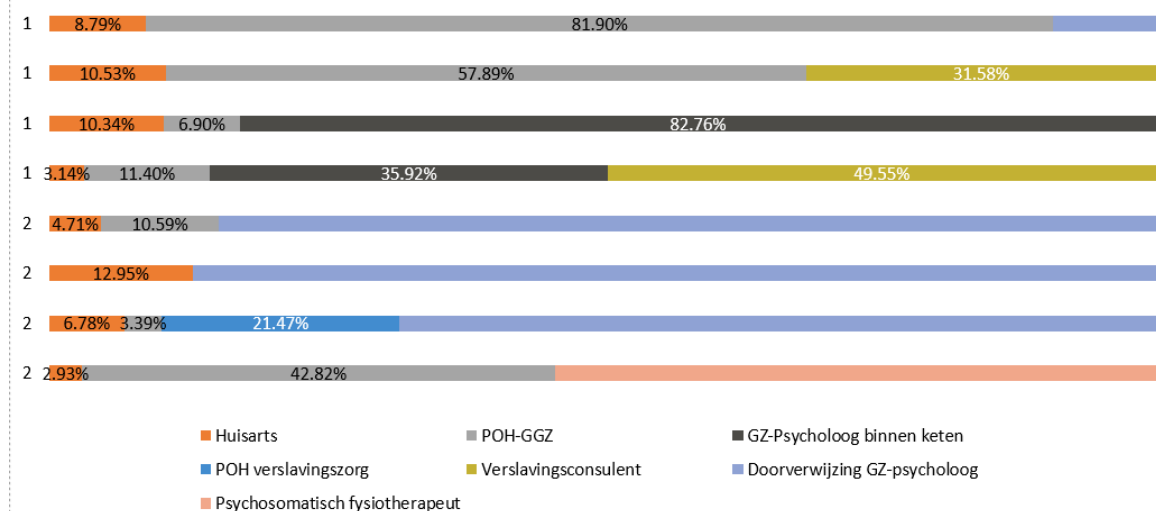
## 5 | KOSTENSCHATTING

Er bestaat een grote variatie in aanbod van zorg. Huisartsen en POH's-ggz maken een verschillende inschatting van de professionals die betrokken (zouden moeten) zijn bij de ggz-behandeling en de daarmee gepaard gaande hoeveelheid behandeltijd. Dit leidt ook tot grote variatie in de geschatte zorgkosten. Op basis van deze variatie in de kostenschatting kan niet worden geconcludeerd dat regio's mét zorginkoop gebonden afspraken dezelfde zorg tegen hogere of lagere kosten leveren dan regio's zonder deze afspraken. Echter, patiënten die met hun zorgvraag terecht komen bij de huisarts en de POH-ggz lijken in regio's mét zorginkoop gebonden afspraken meer tijd te ontvangen voor de behandeling dan in regio's waar deze afspraken er niet zijn. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat bij patiënten die normaliter worden doorverwezen naar de gb-ggz in praktijken die aangesloten zijn bij regionale samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken vaker onder regie van de huisarts behandeld worden, waardoor de kosten van de gehele behandeling lager uitvallen.

### 5.1 Variatie in aanbod van zorg

We zien dat huisartsen en POH's-ggz verschillend denken over zowel de professionals die betrokken zouden moeten worden bij een behandeling, als de tijd die nodig is voor een behandeling.

Zo betreft de ene POH-ggz een verslavingsconsulent, terwijl de ander voor dezelfde patiënt input van een GZ-psycholoog nodig acht, en zet de ene POH-ggz wel een psychosomatisch fysiotherapeut in bij de behandeling van een patiënt met SOLK, en de andere niet. Deze variatie is zichtbaar tussen alle acht deelnemende regio's en is niet gerelateerd aan de opzet van het samenwerkingsverband of de zorginkoop afspraken.



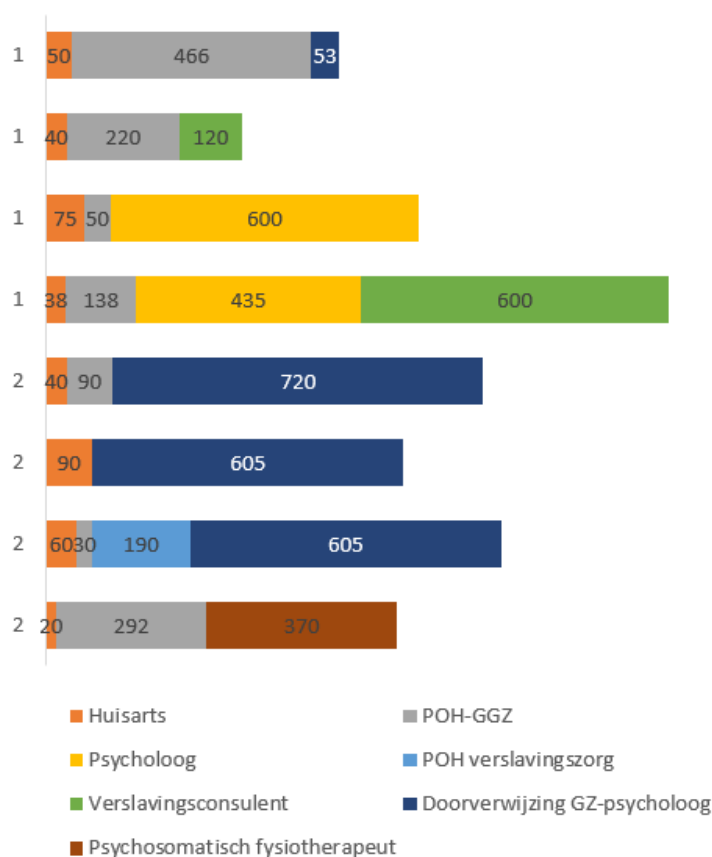
Figuur 1. Inschatting van betrokken professionals bij de behandeling van 1 van de 4 patiëntprofielen. De percentages zijn gebaseerd op de ingeschatte hoeveelheid tijd. 1 = regio met zorginkoop afspraken, 2 = regio zonder zorginkoop afspraken. GZ-psycholoog binnen keten = patiënt behandeld door een gb-psycholoog<sup>5</sup> als

<sup>5</sup> Dit kan een gz-psycholoog, klinisch psycholoog, eerstelijns psycholoog of psycholoog NIP zijn.

onderdeel van het samenwerkingsverband en de zorginkoop afspraken. Doorverwijzing GZ-psycholoog = patiënt behandeld door een gb-psycholoog<sup>4</sup> buiten het samenwerkingsverband en de zorginkoop afspraken.

## 5.2 Ingeschatte behandel tijd

Net als bij het aanbod van zorg, zien we dat huisartsen en POH's-ggz een verschillende inschatting maken van de tijd die nodig is voor een behandeling. Het verschil in ingeschatte tijd binnen praktijken die aangesloten zijn bij regionale samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken loopt uiteen met een factor vijf, en bij de praktijken zonder zorginkoop gebonden afspraken met een factor acht. Er is in dit onderzoek niet gekeken naar de achtergrond van de POH-ggz (SPV, Psycholoog, Maatschappelijk werker) en is het dus niet duidelijk of dit een rol speelt bij de inschatting.



Figuur 2. Geschatte behandel tijd in minuten bij 1 patiëntprofiel.

1 = regio met zorginkoop afspraken, 2 = regio zonder zorginkoop afspraken. Psycholoog = gb-psycholoog<sup>6</sup> binnen het samenwerkingsverband en de zorginkoop afspraken. Doorverwijzing GZ-psycholoog = gb-psycholoog<sup>4</sup> buiten het samenwerkingsverband en de zorginkoop afspraken.

Patiënten die met hun hulpvraag terecht komen bij de huisarts en POH-ggz, en waarvoor dus geen consultatie van of doorverwijzing naar een andere professional nodig is, lijken meer minuten zorg te ontvangen in praktijken die aangesloten zijn bij regionale

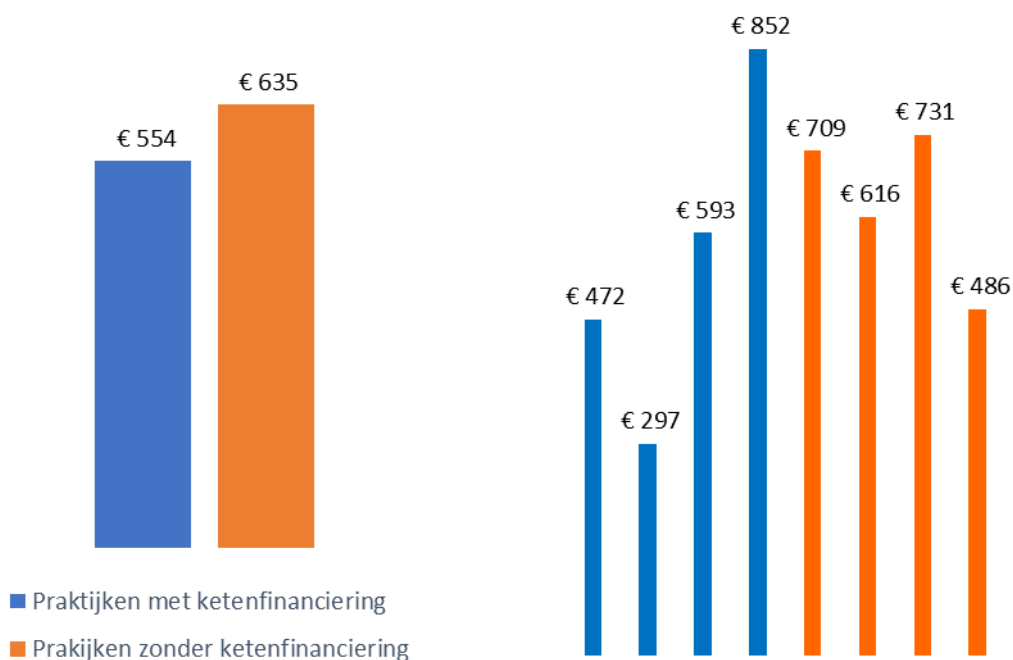
<sup>6</sup> Dit kan een gz-psycholoog, klinisch psycholoog, eerstelijns psycholoog of psycholoog NIP zijn.

samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken dan in praktijken die aangesloten zijn bij initiatieven zonder zorginkoop gebonden afspraken. POH's-ggz in praktijken in regio's mét zorginkoop gebonden afspraken schatten de tijd die wordt besteed aan de behandeling van deze patiënten gemiddeld 30% hoger in.

### 5.3 Betrokken behandelaar van invloed op kosten

Hoewel de kosten van een behandeling voor een deel gedreven worden door de totale behandelingstijd, is het type behandelaar dat wordt ingezet ook van invloed op de kosten. Er zijn aanwijzingen dat de patiënten die normaliter worden doorverwezen naar de gb-ggz bij praktijken die aangesloten zijn bij regionale samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken vaker binnen de huisartsenpraktijk in behandeling blijven, dan in regio's zonder zorginkoop gebonden afspraken. Dit zou er toe kunnen leiden dat de behandelkosten in deze regio's lager uitvallen.

Echter, vanwege de aanzienlijke variatie die de cijfers laten zien en de beperkingen van de gehanteerde methodiek, blijft bij de interpretatie van de bevindingen voorzichtigheid geboden. Op grond van de cijfers van de ingeschatte kosten lijkt het veilig om te constateren dat er vooralsnog geen aanwijzingen zijn dat de samenwerkingsverbanden mét zorginkoop gebonden afspraken duurder of goedkoper uitpakken dan samenwerkingsverbanden zonder zorginkoop gebonden afspraken.



*Figuur 3. Kosten op basis van de ingeschatte betrokken behandelaren en behandel tijd voor 1 patiëntprofiel. Links de gemiddelde geschatte kosten voor de 4 regio's met en zonder zorginkoop afspraken. Rechts de ingeschatte kosten per praktijk voor datzelfde profiel, waarbij een grote praktijkvariatie zichtbaar is.*

## 6 | CONCLUSIES

*Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste bevindingen van de inventarisatie van samenwerkingsvormen tussen huisartsenzorg en gb-ggz. De interviews met organisaties en zorgprofessionals maken duidelijk wat de werkzame elementen en knelpunten zijn in de samenwerking tussen huisartsenzorg en de gb-ggz. De patiëntervaringen laten zien wat patiënten waarderen en belangrijk vinden in de zorg, en de inschatting van de kosten laat met name de variatie in zorgaanbod en inschatting van de verwachte behandeltijd zien.*

*De resultaten en conclusies uit dit rapport dienen met gepaste voorzichtigheid te worden gelezen. Het betreft immers een beperkte inventarisatie en geen uitgebreid wetenschappelijk onderzoek volgens de daarvoor geldende standaarden. Omdat dit rapport specifiek focust op samenwerkingsaspecten, kan het worden gelezen als een aanvulling op andere, meer uitgebreide onderzoeken naar de effectiviteit van de huisartsenzorg en gb-ggz. De focus ligt op de samenwerkingsprocessen en de ervaringen en inschattingen van betrokken professionals, en niet op de inhoud en kwaliteit van de geboden zorg. Deze inventarisatie biedt daarmee aanknopingspunten om de samenwerking en organisatie van de zorg aan ggz-patiënten verder te ontwikkelen en hierover het gesprek te voeren.*

### **Samenwerking in de ggz-keten**

In alle regio's - ongeacht de samenwerkingsvorm – ervaren zowel patiënten als professionals de samenwerking tussen huisarts en POH-ggz als zeer positief. Er ontstaan kortere lijnen en doordat professionals elkaar kennen, kunnen ze elkaars expertise beter benutten. Dit draagt bij aan het onderlinge vertrouwen. Professionals voelen zich door de samenwerking gesterkt om hun werk goed te doen en kunnen op elkaar terugvallen als het moeilijk wordt. Patiënten geven aan dat ze de zorg in de huisartsenpraktijk positief ervaren: dichtbij, laagdrempelig en niet stigmatiserend.

De ervaringen met de samenwerking tussen de huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) en de gb-ggz zijn goed, hoewel hier ook enige afstand wordt ervaren, vooral als er sprake is van wachtlijsten. Uit de gesprekken met organisaties en professionals blijkt dat het ook mogelijk is om zonder inkoop gebonden afspraken de samenwerking en het kwaliteitsbeleid te realiseren. Contractuele afspraken met een zorgverzekeraar zijn geen voorwaarde voor onderling vertrouwen, samenwerking en een gezamenlijke visie op zorg. Wel zien we dat deze duidelijk helpen om de samenwerking tot stand te brengen, vorm te geven, te borgen en door te ontwikkelen. Daarnaast geven contractuele afspraken een impuls aan het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van zorg (de leercyclus). De organisatie van de samenwerking tussen huisartsenzorg en gb-ggz is minder afhankelijk van de inzet en het leiderschap van individuele professionals en daardoor minder kwetsbaar.

De verwijzing naar en samenwerking met instellingen voor gespecialiseerde ggz (s-ggz) wordt door professionals in alle regio's als hét grote knelpunt ervaren ("de keten is verstopt"). De lange wachtlijsten zorgen voor 'een ophoping' van patiënten met complexe en ernstige problemen in de gb-ggz en de huisartsenpraktijk, die daarvoor in veel gevallen te weinig zijn toegerust. Een ander knelpunt betreft de gebrekkige of moeizame relatie met de sociale wijkteams, jeugdzorg en de verslavingszorg.

### **Zorg dicht bij huis**

Patiënten ervaren de zorg door POH-ggz 'dicht bij huis', persoonsgericht en zeer toegankelijk. Daarnaast ervaren patiënten minder een stigma wanneer zij worden behandeld in de huisartsenpraktijk.

### **Doorstroming**

In alle regio's worden psychische en psychosociale zorgvragen door huisartsen opgevangen met de inzet van POH's-ggz en wordt zo nodig verwezen naar de psycholoog. De overgang van de huisarts naar de POH-ggz wordt door de patiënt als vloeiend ervaren. Daarnaast vinden zij de huisarts en POH-ggz (telefonisch) goed bereikbaar. Echter, zodra patiënten verder in de keten komen - richting de gb-ggz of s-ggz – worden de overgangen als minder soepel ervaren. De wachttijden zijn langer en het is voor zowel de patiënt als de zorgverleners soms zoeken naar de zorgverlener met de juiste expertise en 'klik' met de patiënt.

### **Wachttijden**

De wachttijden in de ggz vormen in alle regio's een actueel vraagstuk. Professionals en organisaties geven aan dat door de wachttijden in de s-ggz de met patiënten complexe problemen langer in de huisartsenzorg en/of gb-ggz blijven, waardoor ook daar de wachttijden kunnen toenemen.

Bij de vergelijking van ervaringen van patiënten met regionale samenwerkingsinitiatieven mét en zonder contractuele afspraken zien we aanwijzingen voor een verschil in de wachttijd. Voor patiënten die in regio's mét zorginkoop gebonden afspraken worden verwezen naar de gb-ggz lijkt de wachttijd iets korter. Dit betekent niet per sé dat een patiënt ook sneller op de juiste plek terecht komt of dat de behandeling ook daadwerkelijk eerder begint.

### **Patiënten langer in de huisartsenzorg**

De bevindingen uit hoofdstuk 5 geven enige indicatie dat patiënten met psychische klachten in regio's mét zorginkoop gebonden afspraken vaker langer onder regie van de huisarts behandeld worden (de huisarts blijft hoofdbehandelaar). De huisartsen en POH's-ggz in deze regio's schatten meer behandeltime in voor deze patiënten dan in regio's zonder zorginkoop gebonden afspraken. Uit de inventarisatie blijkt dit verschil overigens niet bij de patiëntprofielen met (chronische) psychiatrische klachten. In het project is niet onderzocht of meer behandeltime ook leidt tot meer tevredenheid onder patiënten en of dit leidt tot een betere uitkomst van zorg.

### **Kwaliteit**

Regio's werken op verschillende manieren aan kwaliteit. In de regio's mét zorginkoop gebonden afspraken zijn extra activiteiten als onderdeel van het kwaliteitsbeleid, zoals: het aanleveren van spiegelinformatie over met name (proces-)indicatoren, het bespreken van praktijkvariatie en het bieden van ondersteuning bij de uitvoering van verbetertrajecten. Samenwerkingsinitiatieven zonder zorginkoop gebonden afspraken beperken zich vaker tot strategieën zoals een multidisciplinair overleg (MDO) en intervisie- en bijscholingsprogramma's voor POH's-ggz.

### **Standaardisatie werkprocessen en professionele vrijheid**

Georganiseerde en geformaliseerde samenwerking vraagt om de bereidheid van individuele hulpverleners om zich aan een aantal gestandaardiseerde werk- en zorgprocessen te houden. Bij samenwerkingsinitiatieven mét contractuele afspraken met een zorgverzekeraar is er vaker sprake van standaardisatie. Vooraf geven zorgverleners van samenwerkingsinitiatieven aan

bang te zijn dat daarmee hun professionele vrijheid in het gedrang komt en dat ze minder kunnen werken vanuit hun eigen visie en motivatie. Echter, in de praktijk ervaren de geïnterviewde zorgverleners uit samenwerkingsinitiatieven mét zorginkoop gebonden afspraken dit niet als een probleem. Zij vinden over het algemeen dat de voordelen van samenwerking en ondersteuning duidelijk opwegen tegen enige concessies aan de eigen invulling en planning van werkzaamheden met betrekking tot de standaardisatie van werkprocessen. In sommige regio's zonder zorginkoop gebonden afspraken hechten huisartsen en psychologen aan professionele autonomie en directe inkoopafspraken met de zorgverzekeraar.

### **Kosten van zorg**

Professionals (huisartsen en POH's-ggz) maken verschillende inschattingen van de zorgverleners die betrokken dienen te zijn bij de behandeling van patiënten en de daarmee gepaard gaande behandeltijd. Deze variatie leidt ook tot variatie in de geschatte zorgkosten.

Op grond van de cijfers van de ingeschatte kosten lijkt het veilig om te constateren dat er vooralsnog geen aanwijzingen zijn dat de samenwerkingsverbanden mét zorginkoop gebonden afspraken duurder of goedkoper uitpakken dan samenwerkingsverbanden zonder zorginkoop gebonden afspraken.

Vanwege de aanzienlijke variatie die de cijfers laten zien en de beperkingen van de gehanteerde methodiek, blijft echter bij de interpretatie van de bevindingen voorzichtigheid geboden.

## 7 | BIJLAGEN

### Bijlage I Klankbordgroep - deelnemende organisaties

GGZ Nederland  
Landelijke Huisartsen Vereniging  
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Nederlands Huisartsen Genootschap  
Nederlands Instituut van Psychologen  
Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners  
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland  
VGZ  
Zilveren Kruis  
Zorgverzekeraars Nederland

### Bijlage II Inhoudelijke adviesgroep - deelnemers

Andree Bootink	gz-psycholoog
Arnold Romeijnders	huisarts
Maret Zonneveld	huisarts
Mieke Emmen	gz-psycholoog
Osman Evren	ervaringsdeskundige
Peter Coolen	verpleegkundig specialist en POH-ggz
Richard Starmans	kaderhuisarts ggz
Ron Weber	POH-ggz
Wouter de Meij	psychiater

