



# Monitor generalistische basis GGZ

Verslagperiode: 2011-2015

In opdracht van het Ministerie van VWS

Juni 2017





## **Juni 2017**

Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met Vektis.

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

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

# Inhoudsopgave

## Contactpersonen KPMG Plexus:

**Karina Kuperus**  
*Partner KPMG Plexus*  
Tel: + 31 (0)6 51367395

**Karin Lemmens**  
*Senior manager KPMG Plexus*  
Tel: + 31 (0)6 12513683

**Lieke Ruigrok**  
*Senior consultant KPMG Plexus*  
Tel: + 31 (0)6 21274165

**Renée de Valk**  
*Consultant KPMG Plexus*  
Tel: +31 (0)6 23173024

Deze opdracht voert KPMG Plexus uit in samenwerking met Vektis.

	Pagina		Pagina
<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>92</b>
<b>1. Inleiding en aanpak</b>	<b>19</b>	1. Geformuleerde vragen door VWS	93
1.1 Inleiding	20	2. Overzicht indicatoren	95
1.2 Aanpak	22	3. Uitgebreide toelichting methode	97
<b>2. Verdieping bevindingen</b>	<b>25</b>	4. Gebruikte coderingen	101
2.1 Bevindingen op totaalniveau	27	5. (Groeps)interviews	106
2.2 Bevindingen per echelon	49	6. Afkortingen	107
2.3 Verdieping rol van de POH-GGZ in de keten	66	7. Klankbordgroep	108
2.4 Verdieping zorg voor de chronische doelgroep	80		



# Samenvatting

# Samenvatting: Achtergrond

## Scope monitor GB-GGZ

De introductie van de GB-GGZ heeft ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en gespecialiseerde GGZ. De effecten van deze gehele ontwikkeling worden meegenomen in de monitor GB-GGZ.

Jeugd-ggz is geen onderdeel van de rapportage. De jeugd-ggz valt sinds 2015 onder de Jeugdwet. Jeugd-ggz valt hierdoor niet langer onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars, maar van de gemeenten.

Per 1 januari 2015 geldt dat de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet valt (vanaf het tweede jaar in een specifiek product LGGZ). Om de vergelijkbaarheid met eerdere periodes te behouden, wordt deze LGGZ niet meegenomen in de monitor. In 2015 gaat het landelijk om ongeveer €50 miljoen en 1.300 patiënten (peildatum 11 mei 2017).

## Achtergrond

Per 2014 is een stelselwijziging in de GGZ doorgevoerd. Het nieuwe systeem bestaat uit drie echelons (zie figuur rechts):

- Huisartsenzorg (inclusief zorg geleverd door de praktijkondersteuner huisarts (POH-GGZ))
- Generalistische basis GGZ (GB-GGZ)
- Gespecialiseerde GGZ

KPMG Plexus heeft in samenwerking met Vektis een monitor GB-GGZ ontwikkeld om de invoering en de verdere ontwikkeling van deze stelselwijziging in de GGZ volgen. Het onderzoek voor de huidige rapportage (juni 2017) bestaat uit drie onderdelen:

1. Onderzoek naar het behalen van de beoogde doelen op basis van landelijke kwantitatieve data, bijvoorbeeld patiëntaantallen, behandelkosten en medicatiekosten.
2. Verdiepend onderzoek naar werkzaamheid in de praktijk: de rol van de POH-GGZ in relatie tot aansluiting in de keten.
3. Verdiepend onderzoek naar werkzaamheid in de praktijk: zorg voor de chronische doelgroep.

Het verdiepend onderzoek (2 en 3) bestaat uit kwantitatief onderzoek aangevuld met (groeps)interviews. De interviews hebben plaatsgevonden met de verschillende doelgroepen en hebben als doel het duiden van de kwantitatieve resultaten en zijn daarmee niet uitputtend.

Een aantal aandachtspunten bij het lezen van de rapportage:

- In deze rapportage worden resultaten gepresenteerd op basis van de landelijke data over de periode 2011 tot en met 2015.
- In de rapportage worden verklaringen gegeven voor de waargenomen trends in de data. De stelselwijziging is echter

niet los te zien van andere ontwikkelingen in het veld. Het is daarmee een van de mogelijke verklaringen. Andere relevante ontwikkelingen en factoren van invloed zijn bijvoorbeeld de ambulantisering, inkoopbeleid van zorgverzekeraars (bijvoorbeeld omzetplafonds en productmixen), de focus op korter behandelen en de decentralisaties.

- De resultaten van het echelon "POH-GGZ" bevatten alleen de zorg geleverd door de POH-GGZ en niet de zorg geleverd door de huisarts. Een deel van de patiënten die voorheen behandeld werd door de huisarts, wordt nu ook behandeld door een POH-GGZ.
- In de samenvatting illustreren we de resultaten waar mogelijk met mogelijke verklaringen. De uitgebreide resultaten, visuele en verdere onderbouwing staat in de hoofd rapportage.



# Samenvatting: conclusies op totaalniveau

## Conclusies op totaalniveau

- **Het aantal patiënten in het zwaardere echelon gespecialiseerde GGZ neemt af, terwijl het aantal patiënten in de echelons GB-GGZ en POH-GGZ toeneemt.** Het totaal aantal patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ daalt van 1,1 miljoen in 2012 naar 0,9 miljoen in 2015. Het aantal patiënten in de EPZ/GB-GGZ stijgt van 219.000 in 2012 naar 262.000 in 2015 en bij de POH-GGZ stijgt het patiëntenaantal fors van 88.000 in 2012 naar 334.000 in 2015. Dit beeld is enigszins vertekend omdat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek door de huisarts ontbreekt.
- **De procentuele verdeling van patiënten over de echelons laat zien dat het echelon 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ het grootst is.** Na de introductie van de GB-GGZ in 2014 neemt het aandeel patiënten in de gespecialiseerde GGZ echter af (van 79% in 2012 naar 61% in 2015), het aandeel in de EPZ/GB-GGZ stijgt licht (van 15% in 2012 naar 17% in 2015) en het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt verder toe (van 6% in 2012 naar 22% in 2015). Ook dit beeld is enigszins vertekend door bovenstaand genoemde reden.
- **De totale behandelkosten dalen tussen 2011 en 2015 van €3,33 naar €3,21 miljard.** De daling van de totale kosten wordt veroorzaakt door de daling van de kosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ van €3,20 miljard in 2011 naar €2,92 miljard in 2015. Daarentegen stijgen de behandelkosten (voor consulten en inschrijftarief) bij de POH-GGZ (van €19 miljoen in 2011 naar €114 miljoen in 2015) en de totale behandelkosten in de EPZ/GB-GGZ (van €104 miljoen in 2011 naar €180 miljoen in 2015).
- **In de verdeling van de totale behandelkosten over de echelons is te zien dat veruit de meeste kosten gemaakt worden in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.** Dit percentage loopt wel terug van 96% in 2011 naar 91% in 2015. De verschuiving van kosten is kleiner dan de verschuiving van patiëntaantallen, omdat de chronische en duurdere doelgroep voornamelijk in de gespecialiseerde GGZ blijft. Patiënten met lichtere problematiek, die vaak gepaard gaan met minder kosten, worden gesubstitueerd naar de GB-GGZ of de huisarts en de POH-GGZ.

# Samenvatting: toegankelijkheid

Eén van de doelen van de GB-GGZ is dat de toegankelijkheid gewaarborgd is.

Toegankelijkheid wordt in het kwantitatieve onderzoek inzichtelijk gemaakt door:

- Aantal patiënten in zorg
- Aantal nieuwe patiënten in zorg

## Aantal patiënten

- **Het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt elk jaar vanaf 2012.** De stijging is het grootst tussen 2013 en 2014, bij de overgang naar het nieuwe stelsel. De stijging kan verklaard worden door een toename van het aantal huisartsen met een POH-GGZ, substitutie vanuit andere echelons en eventuele aantrekking van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren.
- **Het aantal patiënten dat gebruik maakt van de EPZ/GB-GGZ stijgt fors tussen 2014 en 2015.** Het aantal patiënten in de EPZ/GB-GGZ daalt tussen 2012 en 2013, waarna een stijging te zien is vanaf 2013. Tussen 2014 en 2015 is de stijging fors. Verklaringen hiervoor zijn onder andere gerichtere verwijzing naar de GB-GGZ en het op gang komen van de substitutie vanuit de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.
- **Het aantal patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ daalt vanaf 2012.** Een verklaring is verdere substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ.
- **Het aandeel patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ in vergelijking met de andere echelons is veruit het grootst, maar laat sinds 2014 een dalende trend zien.** Dit kan verklaard worden door substitutie en is in lijn met de doelen van de introductie van de GB-GGZ.
- **Het grootste deel van de patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ wordt behandeld in instellingen. Het grootste deel van de patiënten in de EPZ/GB-GGZ ontvangt zorg bij vrijevestigde aanbieders, maar dit percentage daalt in 2015.**
- **Het percentage GGZ-patiënten ten opzichte van het totaal aantal verzekerden verschilt tussen provincies, variërend van 15,7% tot 18,4%.**

## Aantal nieuwe patiënten

- **Minder patiënten nieuw in zorg in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ samen sinds de stelselwijziging; sterke toename van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ.** Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ en 2<sup>e</sup> lijn samen was in 2012 en 2013 (respectievelijk afgerond 405.000 en 424.000) hoger dan het aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in 2014 en 2015 (respectievelijk afgerond 345.000 en 343.000). Een verklaring is substitutie naar de POH-GGZ.
- **Het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ neemt sterk toe** tussen 2012 en 2015 van afgerond 74.000 naar 262.000. Dit sluit aan bij de toename van het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ.
- **Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ/GB-GGZ laat een schommelende beweging zien.** Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ neemt tussen 2012 en 2013 af, maar bij de introductie van de GB-GGZ in 2014 stijgt het en in 2015 daalt het weer. Mogelijk komt dit door een ingroeieffect, omdat in 2014 voor patiënten uit de 2<sup>e</sup> lijn nieuwe producten GB-GGZ zijn geopend.
- **Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ is lager dan in de voorgaande jaren.** In 2012 en 2013 was het aantal nieuwe patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn respectievelijk afgerond 253.000 en 279.000. In de gespecialiseerde GGZ daalde dat aantal naar afgerond 197.000 in 2014 en 198.000 in 2015. Dit sluit aan bij de daling van het totaal aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ. Een mogelijke verklaring is dat patiënten met lichtere problematiek die voorheen naar de 2<sup>e</sup> lijn gingen, nu instromen in de GB-GGZ of in zorg komen bij de POH-GGZ.

# Samenvatting: kwaliteit

Een ander doel van de GB-GGZ is dat de kwaliteit gewaarborgd is. Meer specifiek, dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care).

Kwaliteit wordt in het kwantitatieve onderzoek inzichtelijk gemaakt door:

- Echelons waarin patiënten in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen
- Verdeling van producten in de GB-GGZ
- Aantal minuten per product in de GB-GGZ
- Wijzigingen van producten in de GB-GGZ
- Korte DBC's in de gespecialiseerde GGZ
- Diagnostiek DBC's in de gespecialiseerde GGZ

## Echelons waarin patiënten in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen

- **De meeste patiënten in de GB-GGZ hebben in het voorgaande jaar geen zorg ontvangen, of alleen zorg bij de POH-GGZ (in 2015 17%) of in de EPZ/GB-GGZ (in 2014 20%).** Het percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee of meer echelons neemt tussen 2014 en 2015 toe. Dit kan mogelijk wijzen op een afname van matched care over de echelons: de patiënt wordt niet direct in het juiste echelon behandeld. Anderzijds kan er ook sprake zijn van gepaste op- en afschaling.
- **De meeste patiënten die zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (61% in 2014 en 57% in 2015).** Een ander groot deel van de patiënten was in het voorgaande jaar niet in zorg (24% in 2014 en 22% in 2015). Het percentage patiënten in zorg bij twee of meer echelons neemt toe van 7% in 2014 naar 10% in 2015. Hiervoor gelden dezelfde verklaringen als bovenstaand beschreven voor de GB-GGZ.

## Verdeling van producten in de GB-GGZ

- **Het product intensief wordt in de GB-GGZ relatief het meest ingezet,** zowel in 2014 als in 2015 (respectievelijk 32% en 41%). Daarna volgen de producten middel (26% en 22%) en kort (21% en 14%). Het aandeel van het product chronisch is relatief laag (3% en 7%). Tussen 2014 en 2015 is een stijging te zien van het percentage van het product intensief en chronisch. Het aandeel van de producten kort en middel neemt juist af. Dit hangt mogelijk samen met het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, die eisen aan de

productmix meer hebben losgelaten. Omdat de producten intensief en chronisch duurder zijn dan de producten kort en middel, draagt dit bij aan de stijging van de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ.

- **De productmix in de GB-GGZ verschilt tussen instellingen en vrijevestigde aanbieders.** Het aandeel van het product intensief is bij beide het grootst. Echter, bij vrijevestigde aanbieders is het aandeel van de producten kort en middel groter dan bij instellingen. Het product chronisch wordt in 2014 en 2015 voornamelijk door instellingen geleverd. Dit wordt mogelijk verklaard doordat instellingen meer multidisciplinaire zorg leveren en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars erop gericht is multidisciplinaire zorg in te kopen bij instellingen.
- **De productmix kent subtiele verschillen per provincie.**

## Aantal minuten per product in de GB-GGZ

- **Gemiddeld aantal minuten per product in de GB-GGZ stijgt licht maar blijft onder de HHM tijdsinschatting.** Zowel in 2014 als in 2015 blijft bij alle typen producten in alle perioden de mediaan van het aantal minuten per product onder de HHM tijdsinschatting. In 2014 blijft in ongeveer 75% van de prestaties de tijdsbesteding onder de HHM tijdsinschatting. In 2015 lag dit percentage iets onder de 75%. De spreiding in minuten is het grootst bij het product chronisch. Mogelijk komt dit doordat de chronische doelgroep gemêleerd is. Tussen 2014 en 2015 stijgt het aantal minuten per product voor alle producttypen.



# Samenvatting: kwaliteit

## Gewijzigde producten in de GB-GGZ

- De meeste definitieve producten komen overeen met het verwachte product en worden dus niet gewijzigd. **Het percentage patiënten met gewijzigd product in de GB-GGZ daalt licht tussen 2014 en 2015** van 18% naar 16%. Mogelijk draagt het dalende percentage producten kort en middel hieraan bij, omdat de kans bij deze producten groter is dat tijdens de kortere behandeling toch opgeschaald moet worden.

## Korte DBC's in de gespecialiseerde GGZ

- **Het percentage patiënten met een DBC minder dan 800 minuten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ neemt af tussen 2011 en 2015.** Dit is conform de verwachting, omdat met de invoering van de GB-GGZ de lichtere problematiek gesubstitueerd kon worden naar de GB-GGZ of de huisarts en POH-GGZ. Daarnaast kunnen afspraken met zorgverzekeraars rondom korte DBC's een rol spelen.

## Diagnostiek DBC's in de gespecialiseerde GGZ

- **Het percentage patiënten met een diagnostiek DBC in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ neemt af tussen 2011 en 2015** van 8,8% naar 5,8%. Mogelijk weerspiegelt deze trend mede de afspraken die zorgaanbieders maken met zorgverzekeraars over het beperken van het aantal diagnostiek DBC's dat zij mogen leveren, omdat het doel bij deze DBC's niet is om te behandelen.

# Samenvatting: betaalbaarheid

Een ander doel van de GB-GGZ is een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dicht bij huis.

Betaalbaarheid wordt in het kwantitatieve onderzoek onder andere inzichtelijk gemaakt door:

- Behandelkosten (totaal en per patiënt)
- Medicatiekosten (totaal en per patiënt)
- Aantal minuten per product (besproken onder kwaliteit)
- Aantal patiënten in elk echelon (besproken onder toegankelijkheid)

## Totale behandelkosten

- **De behandelkosten (voor consulten en inschrijftarief) bij de POH-GGZ laten een stijging zien tussen 2011 en 2015** van €19 miljoen naar €114 miljoen. Dit is gedeeltelijk te verklaren door stijgende patiëntaantallen bij de POH-GGZ met bijbehorende toename in het aantal consulten bij de POH-GGZ en de hogere behandelkosten per patiënt .
- **De totale behandelkosten in de GB-GGZ** (variërend van €167 miljoen tot €180 miljoen) **zijn hoger in vergelijking met de totale behandelkosten in de EPZ** (variërend van €78 miljoen tot €104 miljoen). Verklaringen hiervoor zijn onder andere de toename in patiënten in de GB-GGZ, de hogere kosten per patiënt in de GB-GGZ en de wijzigingen in de zorgaanspraken binnen de Zvw.
- **De totale behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ dalen licht sinds 2014** (van €2,95 miljard in 2014 naar €2,92 miljard in 2015). Een mogelijke verklaring voor deze daling zijn de substitutie van patiënten naar de GB-GGZ en de POH-GGZ.
- **Het percentage behandelkosten is veruit het grootst in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ, maar daalt sinds 2014.** Verklaringen hiervoor zijn onder andere de stijging van het aantal patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ en de stijging van de gemiddelde behandelkosten van patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ.

## Behandelkosten per patiënt

- **De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ (inclusief inschrijftarief) zijn vanaf 2014 toegenomen** (variërend van €211 tot €224 voor 2014 en variërend van

€263 tot €268 na 2014). Een mogelijke verklaring is dat het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ en daar een inschrijftarief voor declareert, harder stijgt dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ. Ook de kosten voor consulten bij de POH-GGZ zijn na 2014 hoger dan voor 2014.

- **De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ zijn vanaf 2014** (variërend van €761 tot €882) **fors hoger dan in voorgaande perioden in de EPZ** (variërend van €324 tot €395). Mogelijke verklaring is de zwaardere problematiek van de populatie door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ en substitutie van de populatie met lichtere problematiek naar de huisarts en de POH-GGZ. Ook de veranderde tariefstructuur en gewijzigde zorgaanspraken binnen de Zvw spelen hier een rol, gezien de hogere tarieven in de GB-GGZ in vergelijking met de EPZ. Ook stijgen tussen 2014 en 2015 de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ, onder andere door het grotere aandeel van duurdere producten, zoals intensief en chronisch.
- **De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ stijgen tussen 2011 en 2015** van €4.274 naar €5.803. Dit kan verklaard worden door substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ en de POH-GGZ wat mogelijk resulteert in langere en dus duurdere DBC's in de gespecialiseerde GGZ. Daarnaast waren de (maximum) tarieven van 2014 lager dan de tarieven van 2015.
- **De gemiddelde behandelkosten per patiënt over de echelons verschillen in 2015 per provincie** tussen €2.984 per patiënt in Flevoland en €3.394 per patiënt in Drenthe. Ook de gemiddelde behandelkosten in de verschillende echelons laten verschillen zien tussen provincies.

# Samenvatting: betaalbaarheid

## Medicatiekosten

- **De totale medicatiekosten lopen terug tussen 2012 en 2015** van €211 miljoen in 2012 naar €202 miljoen in 2015.
- **De totale kosten voor medicatie voor patiënten in zorg bij de POH-GGZ stijgen tussen 2012 en 2015** van €2,1 miljoen naar €6,6 miljoen. De toename is het grootst in 2014, met de introductie van de GB-GGZ. Een verklaring voor deze stijging is de toename van het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ. Patiënten die voorheen bij de huisarts in behandeling waren komen nu ook bij de POH-GGZ. De huisarts blijft verantwoordelijk voor de medicatie. Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ daalt licht van 25% in 2012 naar 23% in 2015. De medicatiekosten per patiënt bij de POH-GGZ fluctueren tussen €84 en €94.
- **De kosten voor medicatie van patiënten in de EPZ/GB-GGZ stijgen sterk tussen 2014 en 2015** van €4,5 miljoen naar €5,1 miljoen. De kosten voor medicatie van patiënten in de EPZ/GB-GGZ dalen tussen 2012 en 2013 van €3,0 miljoen naar €2,7 miljoen. Vanaf 2013 is een stijging te zien, met een sterke stijging tussen 2014 en 2015. Een verklaring hiervoor is de toename van de medicatiekosten per patiënt tussen 2014 en 2015 van €83 en €95. Wijzigingen in de medicatieprijzen en het aflopen van patenten kunnen redenen zijn van stijgingen en dalingen in de medicatiekosten. Daarnaast speelt de toename van het aantal patiënten in zorg in de GB-GGZ een rol. Het percentage patiënten met medicatie in de EPZ is in 2012 en 2013 18%. In 2014 stijgt het percentage in de GB-GGZ sterk naar 26%. Een verklaring is een gemiddeld genomen zwaardere problematiek van de populatie patiënten in de GB-GGZ ten opzichte van de EPZ, hetgeen gepaard gaat met meer medicatiegebruik. In 2015 daalt het percentage weer naar 21%. Mogelijk komt dit door gericht gebruik van medicatie in de GB-GGZ en een voorkeur voor gesprekken boven medicatie. Daarnaast kan protocollaire zorg hieraan een bijdrage hebben geleverd.
- **De kosten voor medicatie van patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ dalen in 2014 en stijgen weer in 2015.** De kosten nemen af van €127,3 miljoen in 2013 naar €110,8 miljoen in 2014. Vervolgens stijgen de kosten in 2015 weer naar €117,3 miljoen. Het percentage patiënten met medicatie in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ stijgt tussen 2012 en 2015 van 30% naar 34%. Een mogelijke verklaring is de substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ en de huisarts. De medicatiekosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ dalen tussen 2012 en 2014 van €370 naar €333. In 2015 stijgen de medicatiekosten per patiënt in vergelijking met 2014 naar €367 per patiënt.
- **De totale medicatiekosten van patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de gespecialiseerde GGZ fluctueren** tussen 2012 en 2015 tussen €71,9 miljoen en €83,1 miljoen. Ook de medicatiekosten per patiënt voor patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ fluctueren tussen 2012 en 2015 tussen €84 en €98. Het percentage van de totale medicatiekosten gemaakt voor patiënten die wel medicatie ontvingen, maar niet in zorg waren bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ, is in 2012 tot en met 2015 tussen de 35% en 41%. Deze patiënten ontvangen in de meeste gevallen medicatie via de huisarts. De samenstelling van deze groep verandert door de bewegingen in de keten, waardoor een eenduidige verklaring ontbreekt.

# Samenvatting: rol van de POH-GGZ in de keten

De monitor geeft ook inzicht in de rol van de POH-GGZ in de keten:

- Aantal huisartsen met POH-GGZ
- GGZ zorg geleverd door de huisarts (i.s.m. Nivel)
- GGZ zorg geleverd door de POH (i.s.m. Nivel)
- Vervolgzorg na de POH-GGZ
- Inrichting van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg (gebaseerd op (groeps)interviews)
- Verschuivingen in de keten (gebaseerd op (groeps)interviews)
- Kwaliteit voor de patiënt (gebaseerd op (groeps)interviews)

## Huisartsen met een POH-GGZ

- **Het percentage huisartsen met een POH-GGZ neemt toe tussen 2011 en 2015** van 37% in 2011 naar 84% in 2015. Dit verklaart mede de stijging van aantal patiënten bij de POH-GGZ. Het percentage huisartsen met een POH-GGZ is in 2016 gelijk aan 2015: 84%. Het percentage huisartsen met een POH-GGZ verschilt in 2016 per provincie tussen 66% in Noord-Brabant en 96% in Utrecht.

## GGZ zorg geleverd door de huisarts

- Uit de analyse van Nivel blijkt dat het percentage patiënten dat bij de huisarts is geweest voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen tussen 2011 en 2015 toeneemt. In 2016 lijkt het percentage te stabiliseren. In lijn met de patiëntaantallen stijgen tussen 2011 en 2015 ook de kosten voor consulten bij de huisarts voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen per ingeschreven patiënt. In 2016 is een daling te zien van de kosten.

## GGZ zorg geleverd door de POH

- Uit de analyse van Nivel blijkt dat tussen 2011 en 2015 het percentage patiënten met psychische symptomen, psychische stoornissen en voor sociale problemen bij de POH-GGZ toeneemt. De toename over de jaren is groter dan de toename bij de huisarts. Ook bij de POH-GGZ is, net als bij de huisarts, een stabilisering te zien in 2016. Ook stijgen tussen 2011 en 2015 de kosten voor consulten bij de POH-GGZ voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen. Ook hier zien we in 2016 een daling.

## Aantal consulten bij de POH-GGZ

- **Het aantal consulten bij de POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2015.** De mediaan van het aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ stijgt van 4 naar 6 consulten. Ook de spreiding van het aantal consulten neemt toe sinds 2011. Het gemiddelde van het aantal consulten is gestegen van 2,9 consulten in 2011 naar 4,6 consulten in 2015.
- **Het gemiddeld aantal consulten bij de POH-GGZ verschilt in 2015 tussen de provincies** van 5,3 consulten per patiënt in Zeeland tot 4,4 consulten per patiënt in Zuid-Holland en Overijssel. Mogelijke verklaring hiervoor is een verschil in regionale samenwerking.

# Samenvatting: rol van de POH-GGZ in de keten

## Zorg in de keten na de POH-GGZ

- Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten binnen drie maanden geen product in de GB-GGZ. Wel is te zien dat **hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de GB-GGZ binnen drie maanden**. Dit kan enerzijds wijzen op te lange behandeling bij de POH-GGZ, waardoor er geen sprake is van matched care. Anderzijds kan een hoog aantal consulten voor vervolgzorg duiden op noodzakelijke overbruggingszorg bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.
- **Hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ binnen drie maanden**. Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten in 2014 binnen drie maanden geen product in de gespecialiseerde GGZ. Opvallend is dat in 2014 na meer dan 20 consulten bij de POH-GGZ, patiënten vaker wel (53%) dan niet (47%) zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Hier gelden dezelfde mogelijke verklaringen, zoals benoemd bij vervolgzorg in de GB-GGZ.
- **Na consulten bij de POH-GGZ worden de meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor depressie**. In 2014 betreft het 3% van de patiënten na 1-5 consulten bij de POH-GGZ, dit daarna loopt op tot 14% na meer dan 20 consulten.
- **Het percentage patiënten dat na consulten bij de POH-GGZ behandeld wordt voor crisis neemt toe naarmate het aantal consulten toeneemt**. Na 1-15 consulten wordt in 2014 2% van de patiënten behandeld voor een crisis in de gespecialiseerde GGZ. Na 16-20 consulten stijgt dit naar 4% en na meer dan 20 consulten naar 8%. Mogelijk is hier sprake van patiënten die door wachtlijsten in afwachting zijn van een behandeling in de gespecialiseerde GGZ of van chronische patiënten die stabiel zijn en zijn gesubstitueerd naar de POH-GGZ. Crisis kan een indicatie zijn van te late opschaling van zorg.
- **Het percentage patiënten dat binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ is 8% in 2014**. Dit percentage daalt in 2015 naar 4,3% (is nog een onderschatting). Belangrijk aandachtspunt is dat 2015 nog een onderschatting weergeeft.

# Samenvatting: rol van de POH-GGZ in de keten

## Inrichting van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg

- **De samenwerking tussen de huisarts en de POH-GGZ verschilt per praktijk**, bijvoorbeeld in de wijze waarop de samenwerking en taakverdeling tussen de huisarts en de POH-GGZ wordt vormgegeven. De invulling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH's-GGZ verschillen in de praktijk meer dan soms wenselijk is. De huisarts blijft echter eindverantwoordelijke. Om deze reden wordt regulier overleg tussen de huisarts en de POH-GGZ, eens per 2 tot 4 weken, wenselijk bevonden. Deze overleggen dienen onder andere voor het bespreken van patiënten en eventuele doorverwijzingen.
- **Er bestaat onduidelijkheid in de keten en bij patiënten over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH's-GGZ.** Er zijn verschillen zowel tussen praktijken als tussen regio's. De invulling van de functie is niet eenduidig en is onder andere afhankelijk van de beroepsmatige achtergrond van de POH-GGZ. Variatie 'an sich' is niet onwenselijk, zolang dit maar binnen het kader van de huisartsenzorg blijft.
- **Voor de verdere ontwikkeling van de functie POH-GGZ bestaat behoefte aan een aantal richtlijnen.** Deze richtlijn bevat naar voorkeur advies rondom onder andere het aantal consulten per patiënt, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH-GGZ (ook met betrekking tot behandelen), overleg en consultatie met huisarts, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ, opleiding en eisen voor de functie POH-GGZ. Dit moet aansluiten bij het kader huisartsenzorg. Er zijn al diverse initiatieven om richtlijnen op te stellen.
- **De vraag naar POH's-GGZ stijgt, maar de recentelijk toegevoegde ruimte wordt nog niet benut.** Huisartsen en POH's-GGZ geven aan graag meer uren in te willen zetten in de praktijk. Dit is recentelijk mogelijk gemaakt. Hier wordt echter nog weinig gebruik van gemaakt aangezien, in het geval dat een huisarts de POH-GGZ meer wil inzetten, deze zelf de financiële vergoeding moet onderhandelen met de zorgverzekeraar.
- **De werkdruk wordt door POH's-GGZ als te hoog ervaren.** De werkdruk varieert tussen huisartsenpraktijken maar wordt in het algemeen als te hoog ervaren. POH's-GGZ geven aan soms tot 14 consulten op een dag hebben. Dit in tegenstelling tot de 8 tot 10 consulten van een half uur per dag die als haalbaar worden gezien.
- **Wachttijden voor een consult bij de POH-GGZ verschillen, maar zijn over het algemeen niet langer dan twee weken.** Er bestaan wachttijden voor een consult bij de POH-GGZ, deze wachttijden verschillen echter per regio en per huisartsenpraktijk. De wachttijden zijn over het algemeen niet langer dan twee weken. Als mogelijke verklaringen voor de wachttijden bij de POH-GGZ worden de moeilijke doorstroom naar de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ door wachttijden in die echelons genoemd.
- **Het wordt belangrijk gevonden dat de POH-GGZ een generieke functie blijft.** Op deze manier past de POH-GGZ goed binnen de generalistische huisartsenzorg. In dit kader wordt aangegeven dat POH's-GGZ zich vooral moeten richten op brede ontwikkeling van kennis en expertise op het gebied van GGZ problematiek binnen de huisartsenpraktijk.

# Samenvatting: rol van de POH-GGZ in de keten

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

## Verschuivingen in de keten

- **Doorstroom vanuit de POH-GGZ naar de andere echelons wordt bemoeilijkt door verschillende factoren**, wat kan resulteren dat patiënten (te) lang in zorg blijven bij de POH-GGZ. Deze factoren zijn het eigen risico in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ, wachttijden in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ, de wens van de patiënt om bij de POH-GGZ in behandeling te blijven wegens de opgebouwde relatie met de POH-GGZ, het stigma dat rust op de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ en onbekendheid in de keten over andere spelers en de zorg die zij bieden en waar de scheidslijnen tussen de echelons precies ligt.
- **Substitutie vanuit de andere echelons naar de POH-GGZ is in de afgelopen jaren gestegen maar kan verder verbeteren**. Een aantal factoren die verdere substitutie bemoeilijken zijn de wens van de patiënt om bij de behandelaar in behandeling te blijven wegens de opgebouwde relatie en vertrouwensband, gebrekkige afspraken over en mogelijkheden voor opschaling van zorg, en onduidelijkheid over wanneer patiënten gesubstitueerd kunnen worden naar de POH-GGZ en welke zorg precies geleverd kan worden in de huisartsenpraktijk.
- **Er bestaan regionale verschillen in het stadium waarin de samenwerkingsafspraken in de keten zich bevinden**. In een aantal regio's wordt beperkt samengewerkt en is de samenwerking sterk afhankelijk van enkele personen. In andere regio's zijn zorggroepen en coöperaties opgestaan om in samenwerking met partners in de keten samenwerkingsafspraken op te stellen en uit te voeren. Deze afspraken hebben een positief effect op soepele doorstroom in de keten en kunnen de kwaliteit van doorverwijzen verbeteren wat bijdraagt aan matched care.

## Kwaliteit voor de patiënt

- **Verdiepend onderzoek is nodig om een compleet beeld te krijgen van het nieuwe stelsel in relatie tot de kwaliteit voor de patiënt**. Dit onderzoek schetst enkele beelden.
- **De patiënttevredenheid bij de POH-GGZ is wisselend**. Enerzijds wordt de laagdrempeligheid van zorg bij de POH-GGZ gewaardeerd, anderzijds ervaren patiënten het wisselen van behandelaar door op- en afschaling als vervelend.
- **Informatievoorziening voor patiënten over het stelsel en privacy kan verbeteren**. Hoewel diverse initiatieven lopen rondom informatievoorziening, ervaren patiënten het systeem als onduidelijk en ondoorzichtig. Betere informatievoorziening kan bijdragen aan het verhogen van shared decision making. De informatievoorziening over privacy is eveneens beperkt.
- **Familie en naasten worden de afgelopen jaren beter betrokken bij de zorg voor de patiënt**. Deze beweging wordt vooral herkend in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Er wordt aangegeven dat het betrekken van naasten en familie van patiënten bij de huisarts en de POH-GGZ verschilt tussen praktijken en verdere verbetering mogelijk is.
- **De POH-GGZ heeft bijgedragen aan een betere toegang tot zorg voor GGZ-problematiek in de huisartsenpraktijk**, mede door het stijgende aantal huisartsen met een POH-GGZ. Echter, de GGZ-zorg in zijn geheel wordt niet toegankelijker bevonden, voornamelijk door de aanwezigheid van wachtlijsten in de andere echelons.
- **Onduidelijkheden over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH's-GGZ kunnen matched care belemmeren**. Het ontbreken van een duidelijke invulling van bestaande kaders kan ervoor zorgen dat patiënten niet altijd op de juiste plek in de keten terecht komen.

# Samenvatting: zorg voor de chronische doelgroep

De monitor geeft ook inzicht in GGZ-zorg voor de chronische doelgroep:

- Verdeling van de inzet van disciplines (behandelaren) voor product chronisch
- Voor patiënten die in 365 dagen voor het openen van een product chronisch, een product in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ open hadden staan: verdeling van diagnoses in de gespecialiseerde GGZ in de 365 dagen voordat een product chronisch geopend is
- % patiënten dat opnieuw zorg ontvangt binnen 365 dagen na sluiten GB-GGZ product chronisch
- Echelon(s) waarin patiënten met een product chronisch in de GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen
- Inrichting van de zorg voor de chronische doelgroep (gebaseerd op (groeps)interviews)
- Verschuivingen van chronische patiënten in de keten (gebaseerd op (groeps)interviews)
- Kwaliteit voor de patiënt (gebaseerd op (groeps)interviews)

## Inzet behandeling product chronisch in de GB-GGZ

- **GGZ verpleegkundig specialisten, sociaal psychologisch verpleegkundigen en GZ-psychologen leveren de meeste zorg voor het product chronisch in de GB-GGZ.** In 2015 is de inzet van de GGZ verpleegkundig specialist toegenomen. Dit geldt ook voor de inzet van andere verpleegkundigen. De inzet van de GZ-psycholoog is juist afgenomen. Mogelijk zijn afspraken over hoofdbehandelaarschap een verklaring.
- **Bij vrijgevestigde aanbieders is de inzet van GZ-psychologen voor het product chronisch in de GB-GGZ het grootst. De inzet van de GZ-psycholoog voor het product chronisch in de GB-GGZ is fors hoger bij vrijgevestigde aanbieders dan bij instellingen.** Dit kan verklaard worden door inkoopbeleid van zorgverzekeraars en afspraken over hoofdbehandelaarschap. Daarnaast is een groot deel van vrijgevestigde aanbieders opgeleid tot GZ-psycholoog en werkt zelfstandig. Zij doen daardoor werk dat mogelijk in instellingen wordt gedaan door andere disciplines.

## Diagnose doorstroom gespecialiseerde GGZ naar GB-GGZ

- **De meeste patiënten werden in het jaar voor opening van het product chronisch behandeld in de gespecialiseerde GGZ** (71% in 2014 en 59% in 2015). Van de patiënten in de gespecialiseerde GGZ in het jaar voor opening van het product chronisch in de GB-GGZ werden de meesten behandeld voor meerdere diagnoses. Van unieke diagnoses hadden de meeste patiënten een 'Behandeling kort'. Zij hebben beperkt zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. De percentages patiënten met een product chronisch die vooraf behandeld zijn voor Schizofrenie of Bipolaire stoornissen in de gespecialiseerde GGZ zijn tussen 2014 en

2015 licht gestegen. Een mogelijke verklaring is substitutie van de FACT populatie uit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Van deze populatie heeft een groot deel de diagnose schizofrenie. Daarnaast spelen ketenafspraken over behandeling van bipolaire stoornissen een rol.

## Echelons waarin patiënten met een product chronisch in de GB-GGZ in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen

- **Het grootste deel van de patiënten met een product chronisch heeft ook zorg ontvangen in het voorgaande jaar** (83% in 2014 en 2015). Dit betekent dat in 2014 evenveel patiënten met een product chronisch in de GB-GGZ ook in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen als in 2015. Meer dan de helft van de patiënten (51%) met een product chronisch in de GB-GGZ in 2015, ontving in het voorgaande jaar alleen zorg in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ. In 2014 was dit 62%. Deze hoge percentages wijzen mogelijk op substitutie van chronische patiënten van de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ.

## GB-GGZ chronisch binnen een jaar opnieuw zorg ontvangen

- **Het grootste deel van de patiënten ontvangt opnieuw zorg binnen 365 dagen na sluiten van het product chronisch in de GB-GGZ.** Dit percentage is gedaald in 2015 ten opzichte van 2014 van 62% naar 54% (2015 is echter nog een onderschatting). In 2014 ontving het grootste deel van de patiënten binnen 365 dagen na sluiting van het product chronisch zorg in de gespecialiseerde zorg (27%). Dit percentage is in 2015 gedaald naar 11%. In 2015 lijkt er sprake te zijn van meer terugstroom naar het product chronisch, wat mogelijk verklaard wordt doordat na een jaar opnieuw een product geopend wordt vanwege de chroniciteit.



# Samenvatting: zorg voor de chronische doelgroep

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

## Inrichting van de zorg voor de chronische doelgroep

- **Het stelsel** met de combinatie van mogelijkheden in de huisartsenpraktijk, binnen het product chronisch in de GB-GGZ en in de gespecialiseerde GGZ, **biedt voldoende mogelijkheden om chronische patiënten goed te behandelen. Deze worden nog niet optimaal benut.**
- **Product chronisch past niet altijd bij de zorgvraag van de chronische doelgroep.** In tegenstelling tot de andere drie producten is het product chronisch in de GB-GGZ ontwikkeld voor een gemêleerde doelgroep, variërend van onderhoudsbehandelingen tot stabiel houden van patiënten met ernstige psychiatrische aandoening (EPA). In sommige gevallen hebben behandelaars hierdoor de beleving dat het product chronisch in de GB-GGZ niet passend is, gezien het relatief hoge aantal minuten. De keuze voor een product in de GB-GGZ wordt dan niet bepaald op basis van patiëntprofielen, maar wordt beïnvloed door het aantal minuten zorg en de mogelijkheden in de afspraken met de zorgverzekeraars.
- **Rol GB-GGZ voor chronische doelgroep niet geheel duidelijk in de keten.** Zowel huisartsen als behandelaars in de gespecialiseerde GGZ hebben aangegeven dat voor hen niet precies duidelijk is welke zorg voor chronische patiënten in de GB-GGZ geleverd kan worden. Huisartsen verwijzen chronische patiënten vaak direct door naar de gespecialiseerde GGZ. Vanuit de gespecialiseerde GGZ worden stabiele chronische patiënten vaak direct door verwezen naar de huisartsenpraktijk.
- **Binnen passende voorwaarden is meer toezicht van huisartsen op medicatie een goede ontwikkeling.** Deze voorwaarden zijn onder andere een goede overdracht, consultatie mogelijkheden bij behandelaars in de GB-GGZ en

de gespecialiseerde GGZ, en duidelijke afspraken waardoor snel opschalen mogelijk is. Daarnaast is het belang benadrukt dat de huisarts zich voldoende bekwaam moet voelen om toezicht te houden op bepaalde medicatie.

## Verschuivingen van chronische patiënten in de keten

- **Substitutie van chronische patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de huisarts en POH-GGZ is op gang gekomen maar verdere verbetering is mogelijk.** Het vermoeden bestaat dat behandelaars in de gespecialiseerde GGZ het lastig vinden om patiënten los te laten en de zorg af te schalen. Daarnaast wordt vanuit de gespecialiseerde GGZ aangegeven dat patiënten zelf niet behandeld willen worden in een ander echelon, onder andere door de opgebouwde relatie met de behandelaar en de behoefte aan specialistische kennis. Aan de andere kant wordt vanuit de gespecialiseerde GGZ aangegeven dat een deel van de chronische doelgroep gesubstitueerd kan worden naar de huisarts. Hiervoor moeten een aantal zaken op orde zijn zoals consultatiemogelijkheden bij de psychiater, mogelijkheden tot snelle opschaling naar de gespecialiseerde GGZ indien nodig en een goede overdracht aan de huisarts.
- **Doorverwijzen naar gespecialiseerde GGZ wordt bemoeilijkt door specialisaties van aanbieders.** Aanbieders lijken meer en meer te specialiseren in bepaalde stoornissen en behandelen patiënten met andere stoornissen niet of weinig. Deze specialisaties kunnen, vooral wanneer er sprake is van een combinatie van stoornissen, de doorstroom van patiënten naar de gespecialiseerde GGZ bemoeilijken. Meer afstemming tussen verschillende aanbieders van gespecialiseerde GGZ lijkt een mogelijke oplossing te bieden voor het opheffen van deze belemmering.

# Samenvatting: zorg voor de chronische doelgroep

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

## Kwaliteit voor de patiënt

- **Verdiepend onderzoek is nodig om een compleet beeld te krijgen van het nieuwe stelsel in relatie tot de kwaliteit voor de patiënt.** Dit onderzoek schetst enkele beelden.
- **De zorg voor de chronische patiënt kan verbeteren door deze meer rondom de patiënt te organiseren.** Hierbij wordt het belang van samenwerking over de echelons benadrukt voor hogere kwaliteit van zorg, het voorkomen van chroniciteit en verbetering van de diagnostisering van chronische stoornissen. Om dit te bewerkstelligen is het belangrijk dat expertise uit de gespecialiseerde GGZ beter beschikbaar wordt gemaakt voor huisarts en POH-GGZ.
- **In de huisartsenpraktijk kan de vroegsignalering van een aantal stoornissen verbeteren.** Vanuit cliënten(vertegenwoordigers) is aangegeven dat het lastig is om een aantal stoornissen die op termijn chronisch kunnen worden te diagnosticeren. Patiënten blijven dan soms te lang in zorg bij de huisarts al dan niet in combinatie met de POH-GGZ. Er wordt aangegeven dat de beschikbare tijd bij de huisarts soms te kort is om dergelijke stoornissen goed te diagnosticeren. Daarnaast is aangegeven dat het van belang blijft om te investeren in de kennisuitwisseling in de keten ten aanzien van de chronische problematiek. Dit om tijdige doorverwijzing ten behoeve van passende zorg te realiseren.
- **Ter overbrugging van de wachttijd of behouden van een stabiele situatie wordt teveel medicatie ingezet bij de chronische doelgroep.** Dit lijkt vooral te gebeuren bij de huisarts wanneer de patiënt wachttijd voor de gespecialiseerde GGZ moet overbruggen. Daarnaast bestaan er zorgen dat er in alle echelons teveel medicatie wordt ingezet om chronische patiënten stabiel te houden en er in

gevallen te weinig focus is op afbouw van medicatie.



# 1. Inleiding en aanpak

# 1.1 Inleiding

\*De introductie van de GB-GGZ heeft ook effecten in de andere echelons: huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en gespecialiseerde GGZ. De hele keten is in beweging, zoals de versterking van de huisartsenzorg en de POH-GGZ, toename van zelfmanagement en preventie en ondersteuning via e-mental health (EMH). In opdracht van het Ministerie van VWS worden de effecten van deze gehele ontwikkeling gemonitord door KPMG Plexus i.s.m. Vektis.

## 1.1.1 Aanleiding

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland levert een belangrijke bijdrage aan de samenleving. Om mensen met psychische aandoeningen zo goed mogelijk te kunnen behandelen is een samenhangend en gevarieerd zorgaanbod nodig. De kosten van GGZ zijn in het afgelopen decennium relatief meer toegenomen dan in andere zorgsectoren. Dit komt mede doordat mensen met lichte psychische problematiek vaak in de gespecialiseerde (2<sup>e</sup> lijns) GGZ terechtkwamen. Daarnaast keerden mensen na behandeling te langzaam terug naar de 1<sup>e</sup> lijn (huisarts, praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) of eerstelijns psychologische zorg (EPZ)). Hierdoor was de vraag naar gespecialiseerde GGZ-zorg relatief hoog, waardoor de toegankelijkheid van GGZ-zorg onder druk kwam (onvoldoende gepaste zorg en wachtlijsten), alsmede de kwaliteit (door onvoldoende gepaste zorg en zorg ver weg in plaats van dichtbij) en de betaalbaarheid (dure specialistische zorg voor lichte problematiek).

Per 2014 een stelselwijziging in de GGZ doorgevoerd, waarbij de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) geïntroduceerd\*. De stelselwijziging heeft als doel om ervoor te zorgen dat patiënten GGZ-zorg tijdig en op de juiste plek krijgen (matched care) en niet onnodig in de gespecialiseerde GGZ terechtkomen of blijven. Met de invoering van deze maatregelen verwacht VWS dat er een verschuiving van patiënten (en daarmee gepaard budget) gaat optreden binnen de GGZ-keten van duurdere gespecialiseerde zorg naar goedkopere zorg dicht bij huis. Dit moet bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige GGZ.

## 1.1.2 Vraagstelling

Het Ministerie van VWS wil met een monitor de invoering en de verdere ontwikkeling van deze stelselwijziging in de GGZ volgen. De opdracht kan worden samengevat als: *Het opzetten van de 'Monitoring effecten GB-GGZ (verder: monitor) die zich richt op de volgende elementen:*

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

Deze elementen vallen uiteen in een groot aantal subvragen. Deze staan beschreven in Bijlage 1.

## 1.1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 1 bevat de inleiding en een beschrijving van de aanpak. In de aanpak beschrijven we de afbakening van de scope en de aandachtspunten van de monitor van juni 2017. In hoofdstuk 2 gaan we dieper in op de vraag of doelen van de GB-GGZ behaald worden en hoe de werkzaamheid van de POH-GGZ en GB-GGZ ervaren wordt. Het hoofdstuk omvat een beschrijving van de bevindingen op totaalniveau, de bevindingen per echelon, de resultaten van de verdieping met betrekking tot de rol van de POH-GGZ in de keten en de verdieping met betrekking tot de zorg voor de chronische doelgroep. De bijlagen geven aanvullende informatie. Een lijst met gehanteerde afkortingen is te vinden in Bijlage 6.

# 1.1 Inleiding

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

## 1.1.4 Beknopte beschrijving nieuwe systeem

Het nieuwe systeem bestaat uit de volgende drie echelons (zie onderstaande figuur):

- Huisartsenzorg, waar zorg geleverd door de POH-GGZ onderdeel van uitmaakt
- GB-GGZ
- Gespecialiseerde GGZ

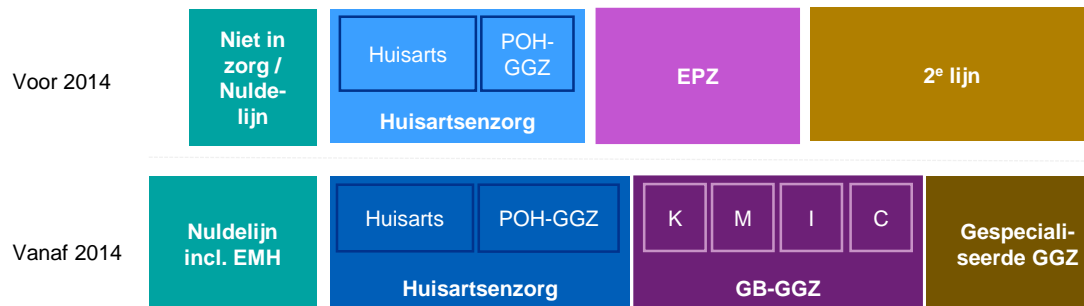
Hieronder staat een beknopte beschrijving van het nieuwe systeem wanneer deze optimaal functioneert:

- De nuldelijn is versterkt, dat wil zeggen dat er verschillende EMH-modules worden aangeboden, voor iedereen toegankelijk via internet. Hierdoor wordt zelfhulp gestimuleerd.
- Via de module POH-GGZ werd huisartsen al de mogelijkheid geboden om bijvoorbeeld patiënten te stimuleren tot meer zelfzorg, EMH-behandelingen aan te bieden, de screeningsfunctie te verbeteren, consultatie van een specialist aan te vragen of de patiënt (met ondersteuning van een andere hulpverlener) zelf te behandelen. De functie van

de POH-GGZ is na de introductie van de GB-GGZ versterkt en levert een deel van de zorg voor patiënten die voorheen in de EPZ werden behandeld.

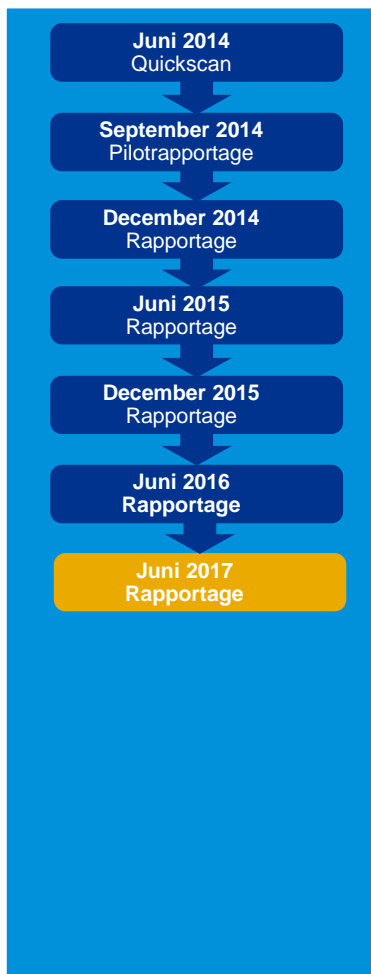
- In de GB-GGZ komt een deel van de patiënten die tot nu toe binnen de EPZ werden gezien en (een deel van) de lichte en milde problematiek van de 2<sup>e</sup> lijns GGZ samen. Hierbij geldt de eis dat er sprake moet zijn van een Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM) diagnose voor behandeling in de GB-GGZ. Dit gold niet voor behandeling in de EPZ. De problematiek van de populatie in de GB-GGZ is daarmee gemiddeld genomen zwaarder dan voorheen in de EPZ. Binnen de GB-GGZ worden vier producten onderscheiden (GB-GGZ Kort, Middel, Intensief en Chronisch)\*, waar de NZa tarieven voor heeft vastgesteld.
- Patiënten die enige tijd stabiel en niet meer crisisgevoelig zijn, substitueren van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ of naar de huisarts (POH-GGZ).

Vanwege bovenstaande verschuivingen zijn EPZ en 2<sup>e</sup> lijn niet één-op-één vergelijkbaar met GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.



*De omvang van de blokken geeft niet de verhouding tussen de omvang van de echelons weer; de blokken zijn niet op schaal weergegeven. De kleuren in de figuur komen overeen met de kleuren die in de rest van de rapportage voor de echelons worden gebruikt.*

# 1.2 Aanpak



## 1.2.1 Monitor: rapportage juni 2017

Het onderzoek voor de rapportage juni 2017 bestaat uit drie onderdelen:

1. Kwantitatief onderzoek naar het behalen van de beoogde doelen op basis van landelijke kwantitatieve data, bijvoorbeeld patiëntaantallen, behandelkosten en medicatiekosten.
2. Verdiepend onderzoek naar werkzaamheid in de praktijk: de rol van de POH-GGZ in relatie tot aansluiting in de keten.
3. Verdiepend onderzoek naar werkzaamheid in de praktijk: zorg voor de chronische doelgroep.

Het verdiepend onderzoek (2 en 3) bestaat uit kwantitatief onderzoek aangevuld met (groeps)interviews. Het kwantitatieve deel van het onderzoek (zie paragraaf 1.2.2) voert KPMG Plexus uit in samenwerking met Vektis en is gebaseerd op declaratiegegevens.

In deze rapportage worden resultaten gepresenteerd op basis van de landelijke data over de periode 2011 tot en met 2015. De (groeps)interviews hebben plaatsgevonden met de verschillende doelgroepen en hebben als doel het duiden van de kwantitatieve resultaten (zie paragraaf 1.2.3 en Bijlage 5).

De rapportage juni 2017 verschilt in enkele opzichten van eerder verschenen rapportages. Dit is omschreven in Bijlage 3.

Bij het onderzoek is een klankbordgroep betrokken. In bijlage 7 is een overzicht opgenomen van de functie en de leden van de klankbordgroep.

Naast de monitor-GB-GGZ lopen diverse onderzoeken in de GGZ, waaronder door de NZa, het Trimbos-instituut en Nivel. Deze onderzoeken worden later gepubliceerd en de resultaten

vormen een aanvulling op de monitor GB-GGZ.

## 1.2.2 Kwantitatief onderzoek

Bij de resultaten van het kwantitatieve onderzoek moet rekening gehouden worden met de volgende punten:

- Het kwantitatief onderzoek is gebaseerd op landelijke declaratiedata in beheer van Vektis. De data omvatten zorg geleverd door zowel instellingen als vrijgevestigde aanbieders.
- Het kwantitatieve onderzoek geeft landelijke resultaten weer. Waar relevant zijn verdiepende analyses gemaakt:
  - Een analyse waarin onderscheid gemaakt is tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders;
  - Een regioanalyse waarin gekeken is naar verschillen tussen provincies.
- Vanuit de cijfers van Vektis is voor consulten die bij de huisarts plaatsvinden, niet bekend of (en in hoeverre) dit GGZ problematiek betreft. In de indicatoren zijn voor de huisartsenzorg daarom uitsluitend POH-GGZ cijfers meegenomen. De resultaten van het onderzoek van Nivel (paragraaf 2.2.2 tot en met 2.2.5) gaan wel specifiek in op GGZ zorg geleverd door de huisarts. Voor de rest van de kwantitatieve resultaten in de rapportage geldt: hoewel de POH-GGZ onderdeel is van het echelon huisartsenzorg, heeft de data onder kopjes “POH-GGZ” enkel betrekking op de POH-GGZ en niet op GGZ-zorg die door de huisarts wordt geleverd. Een deel van de patiënten die voorheen behandeld werd door de huisarts, wordt nu ook behandeld door een POH-GGZ.

# 1.2 Aanpak



- Doordat DBC's een jaar open kunnen staan en Vektis data ontvangt van afgesloten declaraties, zit er een vertraging in het beschikbaar komen van landelijke gegevens. De analyses hebben betrekking op het stelsel met de EPZ en tweedelijns GGZ van 2011 tot en met 2013 en het stelsel na de introductie van de GB-GGZ met de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in 2014 en 2015 (zie figuur aan de linkerkant van de pagina).
- Per 1 januari 2015 geldt dat de intramurale klinische behandeling tot 3 jaar onder de zorgverzekeringswet (Zvw) valt (vanaf het tweede jaar in een specifiek product LGGZ). Om de vergelijkbaarheid met eerdere periodes te behouden, wordt de LGGZ niet meegenomen in de monitor. In 2015 gaat het landelijk om ongeveer €49 miljoen en 1.250 patiënten.
- Op basis van de beschikbare data zijn 27 indicatoren berekend. In Bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de indicatoren.
- De figuren tonen gegevens van patiënten (18+). Door de decentralisatie van jeugdzorg (incl. GGZ) naar gemeenten per 1 januari 2015, zijn gegevens over de populatie <18 jaar niet beschikbaar bij Vektis. Deze doelgroep is daarom geëxcludeerd en over deze doelgroep kunnen geen gegevens worden gerapporteerd.
- Het betreft data van patiënten voor wie in het betreffende jaar een zorgproduct of DBC geopend is, openstond of afgesloten is (afhankelijk van de indicator). De verwerkingsdatum van de gegevens is 1 maart 2017. Op dit moment was de data voor 90% tot 95% compleet. Twee indicatoren\* zijn op een later moment verwerkt dan de rest van de indicatoren: op 1 april 2017. Op dat moment was de data voor 98% compleet.
- Alleen gesloten producten en DBC's waarvan de declaratie is goedgekeurd zijn meegenomen; afgeschreven producten of DBC's worden niet meegenomen in de berekeningen.
- De cijfers in de huidige rapportage zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de cijfers uit de voorgaande rapportages. Onderstaand worden de redenen hiervoor kort opgesomd. In Bijlage 3 is een uitgebreide argumentatie beschreven.
  - In voorgaande rapportages zijn verslagperiodes van een halfjaar gehanteerd en in de huidige rapportage verslagperiodes van een heel jaar.
  - Voor de POH-GGZ zijn in de huidige rapportage meer codes meegenomen (zie Bijlage 4) dan in de voorgaande rapportage.
  - Voor één zorgverzekeraar zijn in 2015 niet alle patiënten en kosten bij de POH-GGZ meegenomen door de manier van declareren, wat mogelijk tot een kleine onderschatting in 2015 bij de POH-GGZ leidt.
  - Door heraanlevering van data door zorgverzekeraars kunnen correcties plaatsvinden in de data.
  - In de jaren vanaf 2014 zijn de cijfers nog gestegen door nieuwe aanleveringen die nog hebben plaatsgevonden na de analyses van vorig jaar. Dit heeft voornamelijk invloed op de echelons GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- De effecten van de stelselwijziging kunnen niet los worden gezien van andere ontwikkelingen en factoren die van invloed zijn, zoals de ambulantisering, inkoopbeleid van zorgverzekeraars (bijvoorbeeld omzetplafonds en productmixen), de focus op korter behandelen en de decentralisaties.

# 1.2 Aanpak

## 1.2.3 (Groeps)interviews

In april 2017 hebben vier groepsinterviews en 12 aanvullende telefonische interviews plaatsgevonden. De (groeps)interviews boden een verdere diepgang bij de kwantitatieve indicatoren en de mogelijkheid voor het schetsen van een context. De resultaten van de interviews geven duiding de kwantitatieve resultaten en zijn daarmee niet uitputtend.

De interviews hadden betrekking op twee thema's, die in afstemming met de klankbordgroep bepaald zijn:

1. De rol van de POH-GGZ in de keten
2. Zorg voor de chronische doelgroep

Bijlage 5 bevat een overzicht van de deelnemers aan de (groeps)interviews en de besproken onderwerpen en Bijlage 7 bevat de deelnemers van de klankbordgroep.

Op basis van suggesties van diverse belangenorganisaties binnen de GGZ en bestaande contacten zijn breed mensen uitgenodigd voor deelname aan (groeps)interviews. Hierbij is rekening gehouden met een representatieve vertegenwoordiging van deelnemers (over de verschillende doelgroepen, maar bijvoorbeeld ook vanuit verschillende regio's in Nederland). Deelname was op vrijwillige basis. Deelnemers representeerden in de (groeps)interviews hun achterban.

De groepsinterviews duurden 3 uur. De telefonische interviews duurden ongeveer 60 minuten. Op basis van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek en actuele onderwerpen opgehaald bij de klankbordgroep is een topiclijst opgesteld van onderwerpen die in de (groeps)interviews besproken zijn. Een overzicht van de besproken onderwerpen is opgenomen in Bijlage 5.

In de groepsinterviews is een semigestructureerde discussie gevoerd. De inhoud en structuur in het gesprek werd geboden door de vooropgestelde topiclijst. Hierdoor werden de belangrijkste thema's besproken, maar bleef er ook voldoende openheid voor het gesprek en waren de deelnemers vrij om hun kennis en ervaringen te delen. Er is gewerkt met stellingen, waarbij de deelnemers konden aangeven of ze het eens of oneens waren met een stelling, waarna de groep uitgenodigd werd een toelichting te geven en met elkaar in discussie te gaan.

De bevindingen uit de (groeps)interviews zijn getoetst in de verschillende bijeenkomsten en interviews. Waar de meningen duidelijk verdeeld waren, is dit in de rapportage aangegeven.





# 2. Verdieping bevindingen

# 2. Verdieping bevindingen

## Leeswijzer hoofdstuk 2

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen vanuit het kwantitatieve onderzoek en de (groeps)interviews. De resultaten van het kwantitatieve onderzoek worden steeds weergegeven in een figuur en vervolgens in tekst beschreven. De bevindingen van de (groeps)interviews zijn in het hoofdstuk geïntegreerd met de resultaten van kwantitatief onderzoek. In de laatste twee delen van het hoofdstuk zijn de verdieping in de rol van de POH-GGZ in de keten en de verdieping in de zorg voor de chronische doelgroep uitgewerkt. In onderstaande figuur worden de paragrafen van dit hoofdstuk weergegeven met voorbeeld van bijbehorende indicatoren.

2.1

Bevindingen op totaalniveau

Bijvoorbeeld aantal patiënten per echelon, totale behandelkosten en medicatiekosten

2.2

Bevindingen per echelon

Bijvoorbeeld het percentage huisartsen met een POH-GGZ, de verdeling van producten binnen de GB-GGZ en het percentage patiënten in de gespecialiseerde GGZ met een diagnostiek-DBC.

2.3

Verdieping rol van de POH-GGZ in de keten

Bijvoorbeeld verschillen in inrichting van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg, aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ, de verschuivingen in de keten, vervolgzorg na aantal consulten bij de POH-GGZ en de kwaliteit voor de patiënt.

2.4

Verdieping zorg voor de chronische doelgroep

Bijvoorbeeld de inrichting van de zorg voor de chronische doelgroep, verschuivingen van chronische patiënten in de keten, het percentage patiënten dat zorg ontvangt binnen een jaar voor of na het sluiten van een GB-GGZ product chronisch en kwaliteit voor de patiënt.



# 2.1 Bevindingen op totaalniveau

# 2.1.1 Aantal patiënten per echelon (1/2)

- Definitie: het betreft hier het aantal patiënten met een declaratie (bij POH-GGZ en EPZ) of een openstaand product dan wel DBC (bij GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode. Het echelon gespecialiseerde GGZ bevat ook DBC's die geopend zijn vóór 1 januari 2014 en dus geopend zijn in de 2e lijn.
  - Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en er een jaar wordt teruggekeken of een patiënt een product of DBC open heeft staan, is het niet mogelijk om het aantal patiënten te bepalen voor 2011.
  - Wanneer een patiënt in meerdere echelons zorg heeft ontvangen, is alleen de zorg in het zwaarste echelon meegenomen.
- \* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg

## Aantal patiënten per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2 <sup>e</sup> lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
2012	88.344		218.936		1.133.772		1.441.052
2013	131.404		202.467		1.107.952		1.441.823
2014		267.047		206.346		1.036.688	1.510.081
2015		333.557		262.184		934.481	1.530.222

## Het aantal patiënten in het zwaardere echelon gespecialiseerde GGZ neemt af, terwijl het aantal patiënten in de echelons GB-GGZ en POH-GGZ toeneemt

- Het totaal aantal patiënten in de EPZ en de 2e lijn en in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ samen daalt sinds 2012 (van afgerond 1,4 miljoen in 2012 naar 1,2 miljoen in 2015); het aantal patiënten bij de POH-GGZ neemt fors toe.
- Data met betrekking op behandeling van GGZ-problematiek door de huisarts is bij Vektis niet beschikbaar en daarmee niet meegenomen in de analyses. Deze patiënten zijn dus ook niet meegerekend bij het echelon POH-GGZ of bij het totaal aantal patiënten.

## 2.1.1 Aantal patiënten per echelon (2/2)

- Zie voor definities de vorige pagina.

### Het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt elk jaar vanaf 2012

- Het aantal patiënten bij de POH-GGZ stijgt elk jaar vanaf 2012. De stijging is het grootst tussen 2013 en 2014, bij de overgang naar het nieuwe stelsel. De stijging kan verklaard worden door:
  - De stijging van het aantal huisartsen met een POH-GGZ (zie paragraaf 2.2.1).
  - Een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.
  - Substitutie vanuit de andere echelons.
  - Aantrekking van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren.
- Sinds 2012 is een stabiel beeld te zien van het percentage patiënten dat naast zorg bij de POH-GGZ ook zorg ontving in de EPZ, GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn of gespecialiseerde GGZ (Bijlage 3). Deze patiënten zijn toegewezen aan het zwaarste echelon waarbinnen zij zorg ontvingen en vallen derhalve buiten het aantal patiënten dat is weergegeven voor de POH-GGZ. Dit percentage patiënten is tussen 2012 en 2015 23% tot 24%.

### Het aantal patiënten dat gebruik maakt van de EPZ/GB-GGZ stijgt fors tussen 2014 en 2015

- Het aantal patiënten in de EPZ/GB-GGZ daalt tussen 2012 en 2013, waarna een stijging te zien is vanaf 2013. Tussen 2014 en 2015 is de stijging fors. Mogelijke verklaringen van de stijging zijn:
  - Gerichtere verwijzing naar de GB-GGZ vanuit de huisartsen, door (betere) afspraken over de verwijscriteria en inzicht van het regionale zorgaanbod (wie biedt welke zorg aan?).

- Het op gang komen van substitutie vanuit de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ, onder andere doordat een deel van de patiënten met stabiele chronische problematiek gesubstitueerd worden vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ, zoals naar voren kwam in de (groeps)interviews. Dit komt overeen met de doelen van de stelselwijziging en de daling van patiënten in de gespecialiseerde GGZ.
- Het percentage patiënten dat naast zorg in de EPZ of GB-GGZ ook zorg ontving in de 2<sup>e</sup> lijn of gespecialiseerde GGZ is te zien in Bijlage 3. Door toewijzing aan het zwaarste echelon, zijn deze patiënten niet meegerekend in het echelons EPZ/GB-GGZ. Dit percentage is over de jaren redelijk stabiel, maar laat in 2015 een daling zien. Het percentage patiënten varieert tussen 2012 en 2015 tussen 11% en 16%.

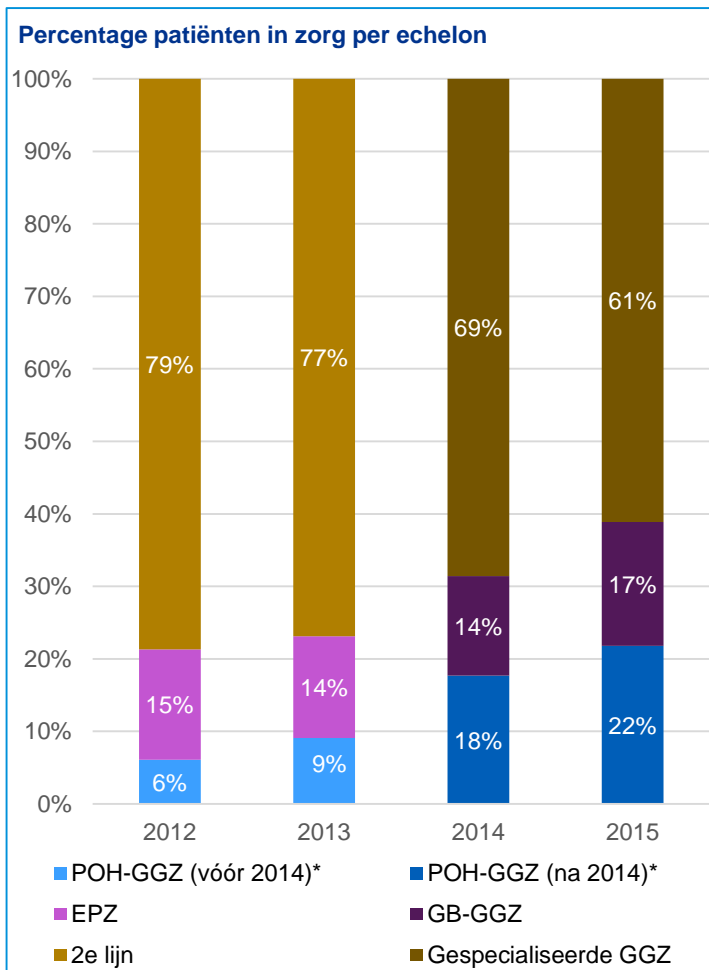
### Het aantal patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ daalt vanaf 2012

- Het aantal patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ daalt vanaf 2012. Dit kan onder andere verklaard worden door verdere substitutie van patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Dit sluit aan bij één van de doelen van de stelselwijziging. Dit doel is dat patiënten met minder complexe problematiek, die voorheen naar de 2<sup>e</sup> lijn verwezen werden, vanaf 2014 gebruik maken van de GB-GGZ.

# 2.1.2 Percentage patiënten per echelon (1/2)

- Definitie: het betreft hier het aantal patiënten met een declaratie (bij POH-GGZ en EPZ) of een openstaand product dan wel DBC (bij GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode. Het echelon gespecialiseerde GGZ bevat ook DBC's die geopend zijn vóór 1 januari 2014 en dus geopend zijn in de 2<sup>e</sup> lijn.
- Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en er een jaar wordt teruggekeken of een patiënt een product of DBC open heeft staan, is het niet mogelijk om het aantal patiënten te bepalen voor 2011.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg

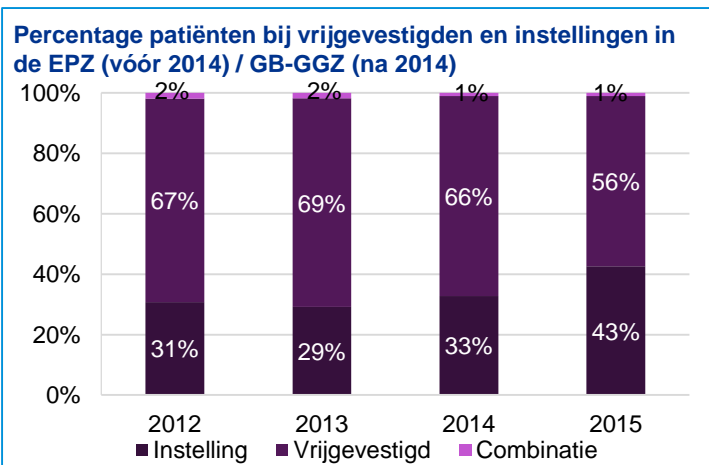
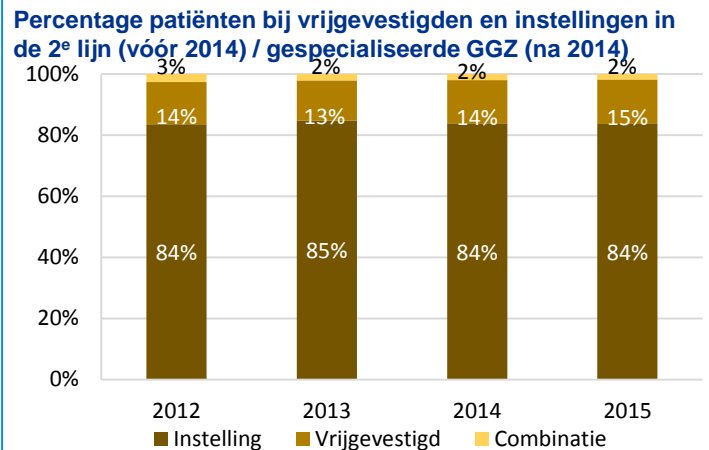


## Het aandeel patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ is veruit het grootst, maar daalt sinds 2014

- De procentuele verdeling van patiënten over de echelons laat zien dat het echelon 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ over de jaren heen het grootst is. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014, neemt het aandeel patiënten in de gespecialiseerde GGZ echter af en het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt verder toe.
- Het aandeel patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ laat een dalende trend zien. Dit kan verklaard worden door substitutie en is in lijn met de doelen van de introductie van de GB-GGZ.
- Het aandeel patiënten in de GB-GGZ vanaf 2014 is vergelijkbaar met het aandeel patiënten in de EPZ tot 2014. In 2015 neemt het aandeel patiënten in de GB-GGZ toe.
- Het aandeel patiënten bij de POH-GGZ neemt toe. Na de introductie van de GB-GGZ in 2014 is dit aandeel fors verder gestegen.
- Aandachtspunt is dat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek door de huisarts niet beschikbaar is bij Vektis en dus niet is meegenomen in de analyses. Deze patiënten zijn dus meegenomen in de weergegeven 100%. Als deze zorg meegenomen zou worden, is de stijging/daling in de andere echelons in verhouding wellicht kleiner.

# 2.1.2 Percentage patiënten per echelon (2/2)

— Zie voor definities de vorige pagina.



**Het grootste deel van de patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ wordt behandeld in instellingen**

— Het grootste deel van de patiënten zorg in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ ontvangt zorg in instellingen (84% tot 85% tussen 2012 en 2015). 13% tot 15% van de patiënten ontvangt behandeling bij vrijgevestigde aanbieders en 2% tot 3% bij zowel een instelling als een vrijgevestigde aanbieder (de categorie “combinatie” in de figuur).

**Het grootste deel van de patiënten in de EPZ/GB-GGZ ontvangt zorg bij vrijgevestigde aanbieders, maar dit percentage daalt in 2015**

— De meeste patiënten zorg in de EPZ/GB-GGZ ontvangen zorg bij vrijgevestigde aanbieders. Tussen 2012 en 2014 varieert dit percentage tussen de 66% en 69%. In 2015 daalt dit percentage naar 56%.

— Het aandeel patiënten in de GB-GGZ dat behandeld wordt in een instelling is redelijk stabiel tussen 2012 en 2014 (31% tot 33%) en stijgt in 2015 naar 43%.

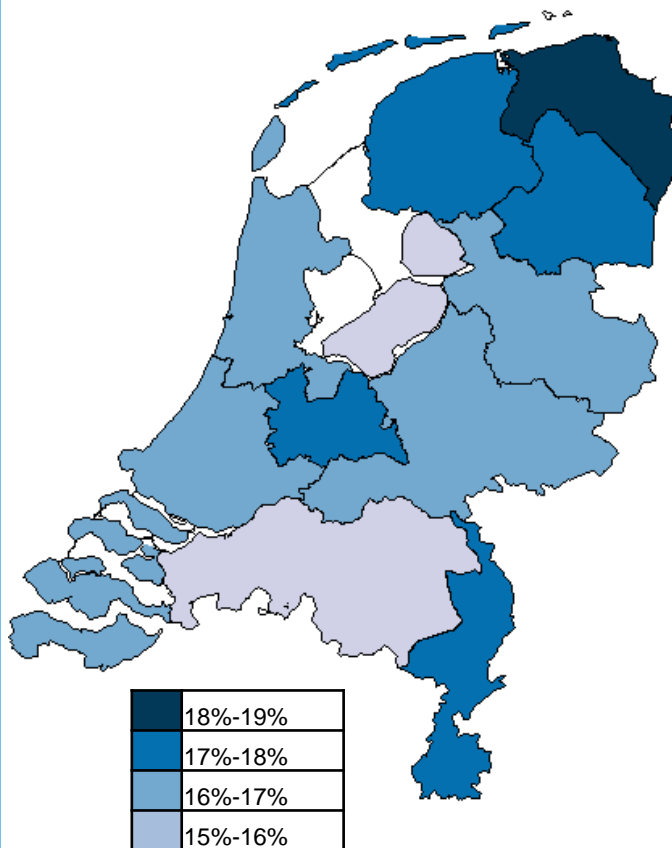
— Een verklaring voor deze trend is dat het aantal patiënten in de GB-GGZ is toegenomen tussen 2014 en 2015 (zie paragraaf 2.1.1). Deze toename in patiënten vindt grotendeels plaats bij de instellingen. Het absolute aantal patiënten in de GB-GGZ dat zorg ontvangt bij vrijgevestigde aanbieders stijgt licht tussen 2014 en 2015; het absolute aantal patiënten in de GB-GGZ bij instellingen stijgt sterker. Om deze reden stijgt het aandeel patiënten dat behandeld wordt in een instelling. Daarnaast is het aantal vrijgevestigde aanbieders dat GB-GGZ aanbiedt afgenomen tussen 2014 en 2015 met ongeveer 18%. Het aantal instellingen dat GB-GGZ levert is ook afgenomen, maar met ongeveer 9%. Dit blijkt uit een verdiepende analyse uitgevoerd door Vektis.

## 2.1.3 Percentage patiënten per provincie

- Definitie: het betreft hier het aantal patiënten met een declaratie bij POH-GGZ of een openstaand product dan wel DBC bij GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ ten opzichte van het totaal aantal verzekerden per provincie.
- De percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

\* Zie bijvoorbeeld Volksgezondheidszorg.info, Sociaaleconomische status, Regionaal, hierin is te zien dat de SES in de Noordelijke provincies lager is.

**Percentage patiënten ten opzichte van het totaal aantal verzekerden per provincie (2015)**



**Het percentage patiënten ten opzichte het totaal aantal verzekerden verschilt in 2015 per provincie**

- In 2015 varieert het percentage patiënten ten opzichte van het totaal aantal verzekerden per provincie tussen de 15,7% en de 18,4%. Groningen heeft het hoogste percentage patiënten en Noord-Brabant het laagste. De verschillen tussen de provincies kunnen deels verklaard worden door verschillen in de populaties in de provincies, bijvoorbeeld verschillen in sociaaleconomische status (SES)\*.



# 2.1.4 Totale behandelkosten (1/2)

— Algemene definitie: Onder behandelkosten verstaan we het vergoed bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico heeft geen invloed op de behandelkosten.

\* Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ én de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt. En alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

\*\* Voor een overzicht van de maatregelen die in 2012 zijn ingevoerd, zie ook Zorgthermometers Vektis (2011), Vooruitblik 2012.

## Totale behandelkosten per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2 <sup>e</sup> lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
2011	€ 19 mln		€ 104 mln		€ 3.204 mln		€ 3.327 mln
2012	€ 24 mln		€ 81 mln		€ 2.692 mln		€ 2.798 mln
2013	€ 39 mln		€ 78 mln		€ 3.072 mln		€ 3.189 mln
2014		€ 90 mln		€ 167 mln		€ 2.951 mln	€ 3.208 mln
2015		€ 114 mln		€ 180 mln		€ 2.920 mln	€ 3.215 mln

## Sinds de stelselwijziging lopen de totale behandelkosten terug door daling van de kosten in de gespecialiseerde GGZ

- De totale behandelkosten dalen tussen 2011 en 2012 van €3,33 naar €2,80 miljard. Een verklaring is de invoering van diverse pakketmaatregelen die geleid hebben tot kostenverlaging\*\*. Eén van deze maatregelen was de invoer van een hogere eigen bijdrage die in 2012 betaald moest worden. Deze eigen bijdragen hebben mogelijk geleid tot een afname van het zorggebruik. Daarnaast zijn de eigen bijdragen in de data niet inzichtelijk.
- De eigen bijdragen werden in 2013 weer afgeschaft, wat mede heeft geleid tot een verhoging van de totale behandelkosten naar €3,19 miljard.
- Tussen 2013 en 2015 is een lichte stijging van de kosten te zien tot €3,22 miljard in 2015. Deze stijging wordt veroorzaakt door de groei van kosten bij de POH-GGZ en de GB-GGZ. De kosten in de gespecialiseerde GGZ dalen juist door verschuiving van zorg vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de huisarts en de POH-GGZ.
- Aandachtspunt is dat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek bij de huisarts niet beschikbaar is bij Vektis en dus niet is meegenomen in de analyses. Deze kosten zijn dus ook niet meegerekend bij het echelon POH-GGZ of bij de totale kosten.

## 2.1.4 Totale behandelkosten (2/2)

— Zie voor definities de vorige pagina.

### **De behandelkosten (voor consulten en het inschrijftarief) bij de POH-GGZ laten een stijging zien tussen 2011 en 2015**

- De behandelkosten bij de POH-GGZ laten een sterke stijging zien tussen 2011 en 2015 van €19 miljoen naar €114 miljoen. Verklaring zijn:
  - Stijgende patiëntaantallen POH-GGZ (zie paragraaf 2.1.1).
  - Kosten voor inschrijftarief POH-GGZ stijgen tussen 2011 en 2015 onder andere door een sterke toename van het aantal POH's-GGZ. De stijgende kosten hangen dus voor een belangrijk deel samen met de stijging van huisartsen met een POH-GGZ. De kosten voor het inschrijftarief worden later in deze paragraaf apart weergegeven.
  - Ook de hogere behandelkosten per patiënt kunnen bijdragen aan de stijging (zie paragraaf 2.1.7).
  - Tussen 2011 en 2015 neemt het aantal consulten bij de POH-GGZ toe (zie paragraaf 2.3.2).

### **De totale behandelkosten in de EPZ/GB-GGZ stijgen sinds 2014 na een daling in 2012 en 2013**

- De totale behandelkosten in de GB-GGZ zijn hoger dan in de EPZ (vóór 2014). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
  - Het aantal patiënten in de GB-GGZ ligt hoger dan het aantal patiënten in de EPZ (zie paragraaf 2.1.1)
  - De kosten per patiënt met een GB-GGZ product zijn hoger dan de kosten per patiënt met een EPZ product doordat in de GB-GGZ patiënten met complexere problematiek worden behandeld dan in de EPZ (zie paragraaf 2.1.7).
  - De zorgaanpakken binnen de Zvw zijn gewijzigd. Door wijzigingen in het verzekerde pakket van basis- en aanvullende verzekeringen, wijzigt de zorg of de

vergoeding van zorgkosten waar een verzekerde recht op heeft. Voorheen kon een patiënt in de EPZ bijvoorbeeld aanspraak maken op vijf behandelsessies. In de GB-GGZ is ook ruimte om intensiever te behandelen. Een ander voorbeeld is dat bepaalde psychische klachten, zoals relatieproblematiek, voorheen in de EPZ behandeld konden worden, dit kan nu alleen bij de huisarts.

- Het gedifferentieerd maximumtarief waarmee per 1 januari 2015, wanneer afgesproken met de zorgverzekeraar, een hoger tarief gedeclareerd kan worden.
- De totale behandelkosten in de GB-GGZ laten een stijging zien in 2015 ten opzichte van 2014 van €167 miljoen naar €180 miljoen. Een verklaring hiervoor is de stijging van het aantal patiënten in de GB-GGZ in 2015 ten opzichte van 2014 (zie paragraaf 2.1.1).

### **De totale behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ dalen licht sinds 2014**

- De behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ dalen tussen 2011 en 2012 van €3,20 naar €2,69 miljard. Dit kan verklaard worden door onder andere de eigen bijdrage in 2012 (zoals omschreven op de vorige pagina).
- In 2013 stijgen de totale kosten naar €3,07 miljard, onder andere door de teruggedraaide eigen bijdragen. Sinds 2013 is een lichte daling van de kosten te zien tot €2,92 miljard in 2015. Mogelijke verklaring voor deze daling is substitutie van patiënten naar GB-GGZ en de POH-GGZ
- De daling van het aantal patiënten is groter dan de daling van de kosten, wat verklaard kan worden doordat vooral de lichtere zorg gesubstitueerd wordt en de zwaardere en duurdere problematiek in de gespecialiseerde GGZ blijft.

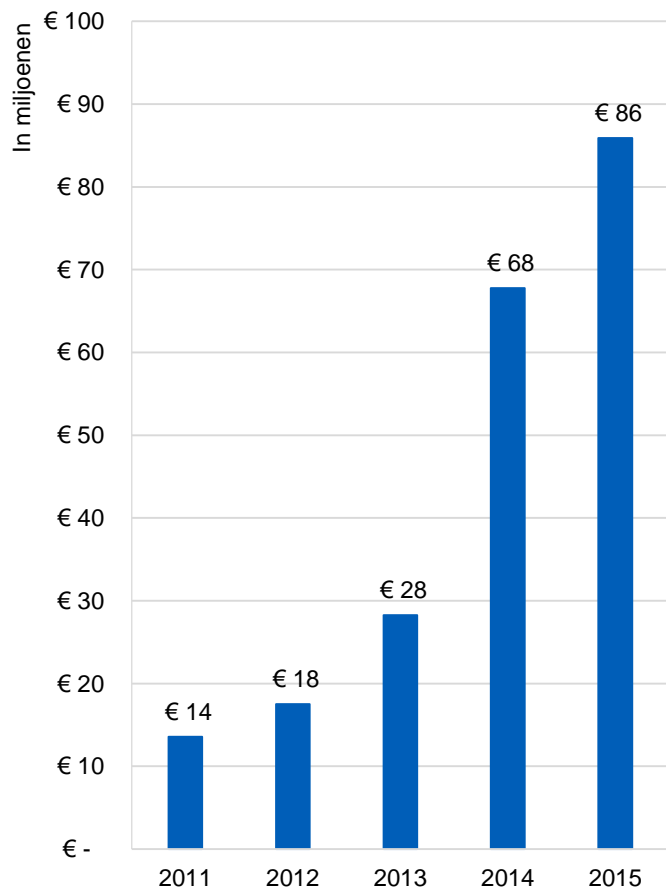
# 2.1.4 Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ

— Definitie inschrijftarief POH-GGZ: het inschrijftarief POH-GGZ is het tarief dat een huisarts per ingeschreven verzekerde per kwartaal mag declareren voor het toegang bieden tot een POH-GGZ. Het inschrijftarief voor de POH-GGZ is onderdeel van de behandelkosten in het echelon huisartsenzorg. De kosten zijn echter niet meegenomen in de totale behandelkosten bij de POH-GGZ, omdat de kosten voor het inschrijftarief rechtstreeks samenhangen met de toename van het aantal POH's-GGZ. Het meenemen van de kosten voor het inschrijftarief POH-GGZ zou de trend in behandelkosten verstoren.

\* Bron; Tariefbeschikkingen huisartsenzorg Nza 2013 en 2015.

\*\* Bron: Nza (2013). Tarieven en prestaties huisartsenzorg 2014.

Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ



Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ stijgen tussen 2011 en 2015

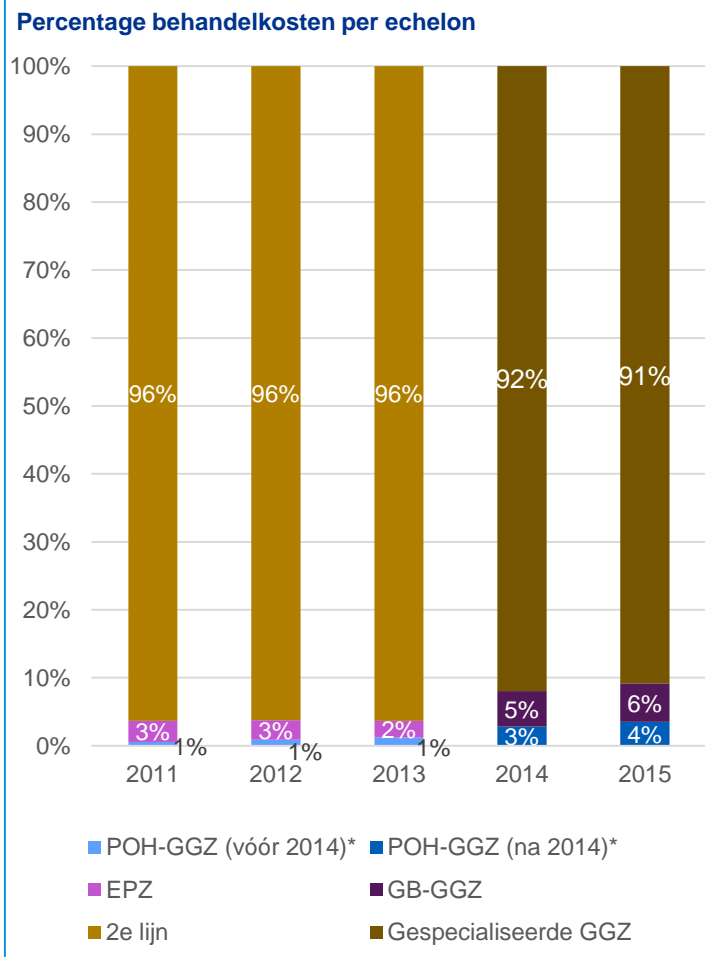
- De totale inschrijfkosten POH-GGZ stijgen tussen 2011 en 2015. De grootste stijging is te zien in 2014. Verklaringen voor de stijging zijn:
  - De toename van het aantal huisartsen met een POH-GGZ in Nederland (zie paragraaf 2.2.1).
  - Een stijging van het inschrijftarief dat per verzekerde berekend mag worden. In 2013 bedroeg het inschrijftarief maximaal €1,97 per ingeschreven verzekerde per kwartaal, terwijl in 2015 dit tarief gestegen is naar €2,80 per ingeschreven verzekerde per kwartaal\*.
- Sinds 1 januari 2014 mag het inschrijftarief POH-GGZ ook gebruikt worden voor EMH en consultatieve raadpleging. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken samen af welk deel van het inschrijftarief wordt ingezet voor deze functies\*\*.

# 2.1.5 Percentage behandelkosten per echelon

— Definitie: Onder behandelkosten verstaan we het vergoed bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico heeft geen invloed op de behandelkosten. Per echelon gelden dezelfde definities als gebruikt voor de totale behandelkosten per echelon.

\* Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ én de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt. En alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg



## Het percentage behandelkosten is veruit het grootst in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ, maar daalt sinds 2014

- De procentuele verdeling van behandelkosten over de echelons laat zien dat het overgrote deel van de behandelkosten gemaakt wordt in 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (91% tot 96% tussen 2011 en 2015). Een verklaring is het hoge percentage patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (zie paragraaf 2.1.2). Het aandeel behandelkosten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ is naar verhouding echter nog groter dan het aandeel patiënten. Dit kan verklaard worden door de hoge kosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (zie paragraaf 2.1.7). Zoals besproken in paragraaf 2.1.4, blijft voornamelijk de populatie met zware en dure problematiek in de gespecialiseerde GGZ.
- Na de introductie van de GB-GGZ in 2014, neemt het percentage behandelkosten in de gespecialiseerde GGZ licht af en neemt het percentage behandelkosten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ toe. Mogelijke verklaringen zijn:
  - De stijging van het aantal patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ door mogelijke substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, zoals toegelicht in paragraaf 2.1.1.
  - De stijging van de gemiddelde behandelkosten van patiënten in de GB-GGZ en bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.17).

# 2.1.6 Gemiddelde behandelkosten per patiënt (1/2)

- Definitie: onder behandelkosten verstaan we het vergoede bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico is niet afgetrokken van de behandelkosten.
- Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ én de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt. En alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

\*\* Bron; Tariefbeschikkingen huisartsenzorg NZa 2015.

## Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2 <sup>e</sup> lijn	Gespecialiseerde GGZ
2011	€ 213		€ 395		€ 4.274	
2012	€ 211		€ 324		€ 4.428	
2013	€ 224		€ 331		€ 4.747	
2014		€ 263		€ 761		€ 5.489
2015		€ 268		€ 882		€ 5.803

## De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn sinds 2014 hoger dan in de jaren daarvoor

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ (inclusief inschrijftarief) zijn in de perioden voor 2014 lager dan in de jaren vanaf 2014. Een mogelijke verklaring is dat het aantal huisartsen met beschikking over een POH-GGZ en daar een inschrijftarief voor declareert, harder stijgt dan het aantal patiënten dat gebruik maakt van de POH-GGZ. Daarnaast zijn de tarieven bij de POH-GGZ, bijvoorbeeld het inschrijftarief, verhoogd tussen 2011 en 2015. Ook is het gemiddelde aantal consulten per patiënt toegenomen sinds de stelselwijziging in 2014.
- De kosten voor consulten bij de POH-GGZ (niet apart weergegeven in de tabel) zijn na 2014 hoger dan voor 2014. Tussen 2011 en 2013 stijgen de kosten van €57 naar €61. Vanaf 2014 zijn de kosten relatief hoger, €66 in 2014 en €65 in 2015.
  - In 2015 zijn de kosten voor een consult bij de POH-GGZ €9,22 voor een enkel consult en €18,44 voor een dubbel consult. Er wordt het meest gebruik gemaakt van dubbele consulten\*.

# 2.1.6 Gemiddelde behandelkosten per patiënt (2/2)

Bij interpretatie van de resultaten zijn de volgende aspecten van belang:

- Hogere tarieven per DBC of product hebben ook invloed op de behandelkosten per patiënt.
- De manier van registreren, bijvoorbeeld door parallelle DBC's, meerdere korte opeenvolgende DBC's of aanpassing in het beleid bij recidivering (of een DBC heropend wordt of een nieuwe vervolg DBC geopend wordt) hebben geen invloed op de behandelkosten per patiënt.
- Indien een patiënt zijn behandeling zelf heeft betaald zijn deze kosten niet bekend. Dit leidt tot een onderschatting van de behandelkosten per patiënt in de EPZ aangezien in dit echelon veel eigen betalingen werden gedaan. Vergoedingen vanuit een aanvullende verzekering zijn overigens wel opgenomen in de gemiddelde behandelkosten.

\* In 2013 kostte een gemiddeld EPZ consult €60. Dit is na aftrek van de eigen bijdrage van €20 per consult zoals deze gold voor de basisverzekering in 2013.

\*\* Dit betreft niet het klinisch verblijf in de LGGZ. Deze verschuiving is buiten de monitor gehouden.

### De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ zijn fors hoger dan in de EPZ

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ vanaf 2014 zijn fors hoger dan in voorgaande perioden in de EPZ. Mogelijke verklaringen zijn:
  - De problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan bij de EPZ. Dit komt zowel door substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ, als door substitutie van de vooral lichtere patiëntengroepen naar de POH-GGZ.
  - De veranderde tariefstructuur en gewijzigde zorgaanspraken binnen de Zvw. Bij de EPZ kregen patiënten maximaal 5 consulten vergoed in de basisverzekering. Uitgaande van een prijs van €60 euro per consult\*, is een maximum van €300 per patiënt in lijn met de vergoede zorg (met uitzondering van patiënten die extra consulten vergoed kregen uit een aanvullende verzekering). De producten binnen de GB-GGZ bieden ruimte voor langere behandeling. De daarmee vastgestelde tarieven zijn daarom ook hoger (het product Kort kost (maximaal) €454 in 2014 en €462 in 2015). Een ander voorbeeld is dat bepaalde psychische klachten, zoals relatieproblematiek, voorheen in de EPZ behandeld konden worden, maar nu alleen bij de huisarts.
  - Het gedifferentieerd maximumtarief waarmee per 1 januari 2015, wanneer afgesproken met de zorgverzekeraar, een hoger tarief gedeclareerd kan worden.
- Ook tussen 2014 en 2015 is een stijging te zien van de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ. In paragraaf 2.2.6 is te zien dat het aandeel producten kort en middel afneemt, en het aandeel producten intensief en

chronisch toeneemt. Omdat de producten intensief en chronisch duurder zijn, brengt dat mogelijk hogere behandelkosten per patiënt met zich mee.

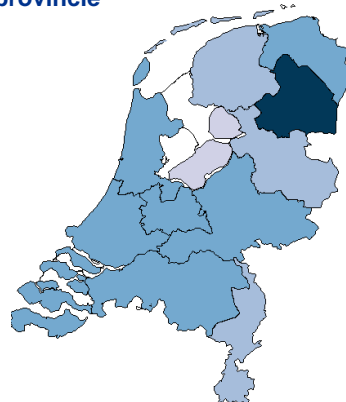
### De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ stijgen

- De behandelkosten per patiënt zijn veruit het hoogst in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ, in vergelijking met de andere echelons. Dit is ook zichtbaar in de totale behandelkosten (paragraaf 2.1.4 en 2.1.5).
- De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ stijgen tussen 2011 en 2015. Ook zijn de kosten vanaf 2014 in de gespecialiseerde GGZ hoger dan voor 2014 in de 2<sup>e</sup> lijn. De stijging van kosten per patiënt kan verklaard worden door:
  - Substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ en de POH-GGZ zoals besproken in paragraaf 2.1.4. Deze verschuiving resulteert mogelijk in langere en dus duurdere DBC's in de gespecialiseerde GGZ.
  - De (maximum) tarieven van 2014 waren lager dan de tarieven van 2015. Tegelijkertijd blijkt dat zorgverzekeraars vaker overgaan tot het stellen van een maximumtarief per patiënt of een maximaal gemiddeld uurtarief per DBC, bijvoorbeeld niet meer dan 100% NZa-tarief.
  - Door afbouw van AWBZ-bedden zijn mogelijk patiënten die zorg ontvingen gefinancierd vanuit de AWBZ (klinisch verblijf > 1 jaar) ingestroomd in zorg gefinancierd vanuit de Zvw (ambulante behandeling vanuit de Zvw en zelfstandig of begeleid wonen). Deze patiënten worden dan behandeld in de gespecialiseerde GGZ en hebben gemiddeld hoge behandelkosten.\*\*

# 2.1.7 Gemiddelde behandelkosten per provincie (1/2)

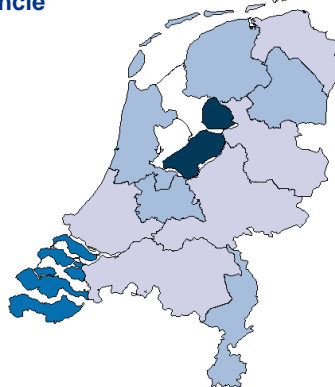
- Definitie: onder behandelkosten verstaan we het vergoede bedrag. Dit is na aftrek van een eventuele eigen bijdrage. Waar van toepassing zijn ook behandelkosten in de aanvullende verzekering meegenomen. Een eventueel eigen risico is niet afgetrokken van de behandelkosten.
- Definitie behandelkosten POH-GGZ: hieronder vallen de kosten voor consulten bij de POH-GGZ én de kosten voor het inschrijftarief. Voor de behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ is het totale inschrijftarief van betrokken huisartsen (voor alle ingeschrevenen, dus ook ingeschrevenen die geen gebruik maken van de POH-GGZ) verdeeld over het aantal patiënten dat POH-GGZ zorg ontvangt. En alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.
- De gemiddelde behandelkosten zijn gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

## Gemiddelde behandelkosten per patiënt over alle echelons per provincie



€3300 - €3400
€3200 - €3300
€3100 - €3200
€3000 - €3100
€2900 - €3000

## Gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ per provincie



€288 - €295
€281 - €288
€274 - €281
€267 - €274
€260 - €267

## De gemiddelde behandelkosten per patiënt over de echelons verschillen per provincie en zijn het hoogst in Drenthe

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt over de echelons verschillen in 2015 per provincie tussen €2.984 per patiënt in Flevoland en €3.394 per patiënt in Drenthe.
- In Friesland zijn de gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ het hoogst van alle provincies en ook de gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ zijn relatief hoog. De gemiddelde behandelkosten over alle echelons heen zijn echter bijna het laagst van alle provincies. Mogelijk wijst dit op substitutie naar minder zware vormen van zorg.

## De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ verschillen per provincie en zijn het hoogst in Flevoland

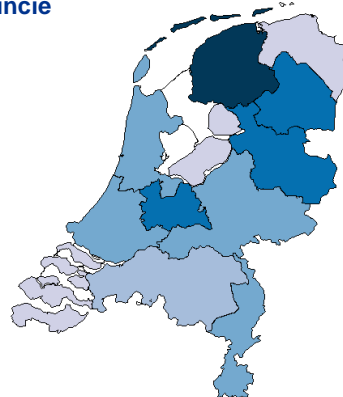
- De gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ verschillen in 2015 per provincie tussen €262 per patiënt in Gelderland en €292 per patiënt in Flevoland. Deze verschillen kunnen mogelijk verklaard worden door:
  - Verschillen in zorgvraag en zorgaanbod in de provincies en eventueel de relatie daartussen.
  - Verschil in gemiddelde aantal consulten per patiënt
  - Verschil in de duur van de consulten
  - Verschil in de zwaarte van de problematiek. De cijfers zijn gecorrigeerd op basis van leeftijd en geslacht, maar niet op de zwaarte van de problematiek. Deze verschillen kunnen een rol spelen in de gemiddelde behandelkosten.
- In tien van de twaalf provincies zijn de gemiddelde behandelkosten per patiënt bij de POH-GGZ tussen de €260 en €274.

# 2.1.7 Gemiddelde behandelkosten per provincie (2/2)

Vervolg toelichting:

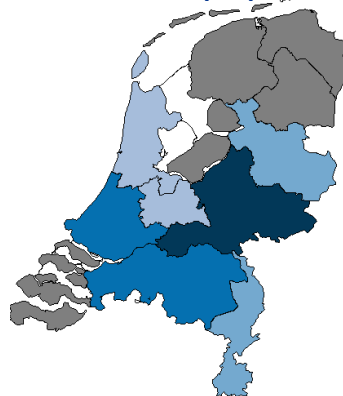
- \* In vijf provincies (Friesland, Groningen, Drenthe, Zeeland en Flevoland) wordt (meer dan) 50% van de kosten in de gespecialiseerde GGZ gemaakt door één aanbieder. Om herleidbaarheid van trends naar specifieke aanbieders te voorkomen, is besloten om voor deze vijf provincies de kosten in de gespecialiseerde GGZ niet per provincie weer te geven.

**Gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ per provincie**



€930 - €965
€900 - €930
€870 - €900
€840 - €870
€810 - €840

**Gemiddelde behandelkosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ per provincie**



€5900 - €6000
€5800 - €5900
€5700 - €5800
€5600 - €5700
€5500 - €5600
Zie toelichting*

**De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ verschillen per provincie en zijn het hoogst in Friesland**

- De gemiddelde behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ verschillen in 2015 per provincie tussen €819 per patiënt in Groningen en €962 per patiënt in Friesland. Deze verschillen kunnen onder andere verklaard worden door:
  - Verschillen in zorgvraag en zorgaanbod in de provincies en eventueel de relatie tussen het zorgaanbod en de zorgvraag.
  - Verschillen in de zwaarte van de problematiek. Zie vorige pagina voor verdere toelichting.

**De gemiddelde behandelkosten per patiënt zijn van de weergegeven provincies het hoogst in Gelderland**

- In de provincies Drenthe, Flevoland, Friesland, Groningen en Zeeland wordt meer dan de helft van de gespecialiseerde GGZ geleverd door één aanbieder. De gemiddelde behandelkosten per patiënt worden voor deze provincies niet in kaart gebracht, in verband met herleidbaarheid van kosten naar specifieke zorgaanbieders.
- De andere provincies zijn meegenomen in de regio-analyse. De behandelkosten per patiënt in de gespecialiseerde GGZ in 2015 verschilt in deze provincies tussen de €5.654 in Utrecht en €5.915 per patiënt in Gelderland. Deze verschillen kunnen onder andere verklaard worden door:
  - Verschillen in zorgvraag en zorgaanbod in de provincies en eventueel de relatie tussen het zorgaanbod en de zorgvraag.
  - Verschillen in de zwaarte van de problematiek. Zie vorige pagina voor verdere toelichting.



# 2.1.8 Aantal nieuwe patiënten in zorg (1/2)

- Definitie: een patiënt is beschouwd als nieuw in zorg wanneer in het voorgaande jaar geen zorg plaatsvond in hetzelfde echelon (bij GB geen EPZ product en/of 2<sup>e</sup> lijns DBC in voorgaande jaar)
- Omdat cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken, is het niet mogelijk om nieuwe patiënten te bepalen voor 2011.

\*Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg

## Aantal nieuwe patiënten in zorg

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2 <sup>e</sup> lijn	Gespecialiseerde GGZ	Totaal
2012	73.617		151.756		253.140		478.513
2013	110.066		144.602		279.177		533.845
2014		230.480		147.699		197.130	575.309
2015		261.692		144.930		197.585	604.207

## Minder patiënten nieuw in zorg in de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ samen sinds de stelselwijziging; sterke toename van nieuwe patiënten bij de POH-GGZ

- Er is een grote stijging van het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ.
- Aandachtspunt is dat data met betrekking tot behandeling van GGZ-problematiek bij de huisarts niet beschikbaar is bij Vektis en dus niet is meegenomen in de analyses.
- Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ en 2<sup>e</sup> lijn samen in 2012 en 2013 (respectievelijk afgerond 405.000 en 424.000) is hoger dan het aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in 2014 en 2015 (respectievelijk afgerond 345.000 en 343.000). Dit kan gedeeltelijk verklaard worden door substitutie naar de POH-GGZ, waardoor minder zorg geleverd wordt in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ.

## 2.1.8 Aantal nieuwe patiënten in zorg (2/2)

### Aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ stijgt sterk

- Het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ neemt sterk toe tussen 2012 en 2015 van afgerond 74.000 naar 262.000. Dit sluit aan bij de bevinding dat het totaal aantal patiënten bij de POH-GGZ is gestegen (zie paragraaf 2.1.1). Mogelijke verklaringen zijn:
  - De toename van het aantal huisartsen dat toegang heeft tot een POH-GGZ (zie paragraaf 2.4.1.1).
  - Een toename van het aantal uren per week dat de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkt.
  - Substitutie vanuit andere echelons.
  - Het aantrekken van patiënten die voorheen niet in zorg of alleen bij de huisarts in behandeling waren.
- Het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten varieert tussen 2012 en 2015 tussen de 78,5% en 86,3%. Het percentage nieuwe patiënten is dus vrij hoog. Over het algemeen heeft behandeling bij de POH-GGZ een kortdurend karakter, wat het hoge percentage nieuwe patiënten deels verklaard.

### Aantal nieuwe patiënten in de GB-GGZ stijgt tussen 2013 en 2014 en daalt vervolgens weer in 2015

- Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ/GB-GGZ laat een schommelende beweging zien. Het aantal nieuwe patiënten in de EPZ neemt tussen 2012 en 2013 af van afgerond 152.000 naar 145.000. Bij de introductie van de GB-GGZ in 2014 stijgt het aantal nieuwe patiënten naar afgerond 148.000 en daalt in 2015 ten opzichte van 2014 naar afgerond 145.000 nieuwe patiënten. Mogelijk komt dit door een ingroeieffect, omdat in 2014 voor patiënten uit de 2<sup>e</sup> lijn nieuwe producten GB-GGZ zijn geopend.

- Het totaal aantal patiënten in de GB-GGZ neemt in 2015 in vergelijking met 2014 toe, terwijl het aantal nieuwe patiënten afneemt. Dit kan verklaard worden doordat bij het totaal aantal patiënten wordt gekeken naar het aantal patiënten dat in de verslagperiode een product in de GB-GGZ had openstaan. Bij het aantal nieuwe patiënten wordt alleen gekeken naar patiënten die in het voorgaande jaar geen zorg hebben ontvangen in de EPZ en/of GB-GGZ, 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ.
- Ook in de GB-GGZ is sprake van een relatief hoog percentage nieuwe patiënten. Tussen 2012 en 2014 lag het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten tussen de 70% en 72%. In 2015 daalt dit naar 55%. Ook hier is over het algemeen sprake van kortdurende behandelingen.

### Aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ lager dan in de 2<sup>e</sup> lijn

- Het aantal nieuwe patiënten in de gespecialiseerde GGZ is lager dan in de voorgaande jaren in de 2<sup>e</sup> lijn. In 2012 en 2013 in de 2<sup>e</sup> lijn was het aantal nieuwe patiënten afgerond respectievelijk 253.000 en 279.000 en in de gespecialiseerde GGZ daalde dat aantal naar afgerond 197.000 in 2014 en 198.000 in 2015. Een verklaring is dat patiënten met lichtere problematiek die voorheen naar de 2<sup>e</sup> lijn gingen, nu instromen in de GB-GGZ of in zorg komen bij de POH-GGZ.
- In de gespecialiseerde GGZ is het percentage nieuwe patiënten van het totaal aantal patiënten lager dan bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ. Tussen 2012 en 2015 varieerde het van 19% tot 25%. Dit komt mogelijk doordat patiënten over het algemeen langere tijd in zorg zijn in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.

# 2.1.9 Totale medicatiekosten per echelon (1/3)

- Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product of DBC heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.
- Totale medicatiekosten zijn GGZ medicatiekosten (geselecteerde ATC, zie Bijlage 4) voor patiënten in behandeling in het betreffende echelon, waarbij de patiënt is toegewezen aan het zwaarste echelon indien hij in meerdere echelons zorg ontvangt in dezelfde verslagperiode.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

## Totale medicatiekosten per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2 <sup>e</sup> lijn	Gespecialiseerde GGZ	Alleen medicatie	Totaal
2012	€ 2,1 mln		€ 3,0 mln		€ 124,6 mln		€ 81,6 mln	€ 211,4 mln
2013	€ 2,8 mln		€ 2,7 mln		€ 127,3 mln		€ 71,9 mln	€ 204,6 mln
2014		€ 5,9 mln		€ 4,5 mln		€ 110,8 mln	€ 83,1 mln	€ 204,3 mln
2015		€ 6,6 mln		€ 5,1 mln		€ 117,3 mln	€ 73,0 mln	€ 202,0 mln

## De totale medicatiekosten lopen terug tussen 2012 en 2015

- De totale medicatiekosten lopen terug tussen 2012 en 2015. Tussen 2012 en 2013 is een flinke daling te zien in de totale medicatiekosten. Vervolgens dalen de kosten licht in 2014 en 2015.

## De kosten voor medicatie van patiënten bij de POH-GGZ stijgen

- De totale kosten voor medicatie voor patiënten in zorg bij de POH-GGZ stijgen tussen 2012 en 2015 van €2,1 miljoen naar €6,6 miljoen. De toename is het grootst in 2014, met de introductie van de GB-GGZ. Mogelijke verklaringen voor de stijging van de totale medicatiekosten bij de POH-GGZ zijn:
  - De toename van het aantal patiënten in zorg bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.1.1) en daarmee samenhangend de toename van de periode dat patiënten in zorg zijn bij de huisarts.
  - De medicatiekosten per patiënt en het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ zijn relatief stabiel (zie ook paragraaf 2.1.10 en 2.1.11).
- Patiënten bij de POH-GGZ vallen onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Hoewel de patiënten in zorg is bij de POH-GGZ, schrijft de huisarts medicatie voor.

## 2.1.9 Totale medicatiekosten per echelon (2/3)

### Aandachtspunten bij interpretatie:

- Bij het interpreteren van de conclusies dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciedata aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. Dit kan gevolgen hebben voor het registreren van declaraties en de cijfers die hieruit afgeleid worden. De kosten in 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.
- In de voorgaande rapportage zijn bij de landelijke analyse per abuis niet de medicatiekosten van de gehele periode meegenomen. In de rapportage is dus een onderschatting van de medicatiekosten weergegeven. De correcte cijfers in de huidige rapportage, zijn dan ook niet te vergelijken met de cijfers uit de voorgaande rapportage.

\*Bron: SFK (2015), data en feiten 2015, het jaar 2014 in cijfers

### De kosten voor medicatie van patiënten in de EPZ/GB-GGZ stijgen sterk tussen 2014 en 2015

- De kosten voor medicatie van patiënten in de EPZ/GB-GGZ daalt tussen 2012 en 2013 van €3,0 miljoen naar €2,7 miljoen. Vanaf 2013 is een stijging te zien, met een sterke stijging tussen 2014 en 2015 van €4,5 miljoen naar €5,5 miljoen. Een aantal verklaringen hiervoor zijn:
  - Een toename van de medicatiekosten per patiënt tussen 2014 en 2015 (zie paragraaf 2.1.11). De problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ is gemiddeld genomen zwaarder dan bij de EPZ. Dit gaat mogelijk gepaard met hogere medicatiekosten.
  - De toename van het aantal patiënten in zorg in de GB-GGZ (zie paragraaf 2.1.1).
  - Mogelijk kan de sterke stijging in 2015 (deels) verklaard worden door de nieuwe aanleverstandaard. Wat de exacte invloed van de nieuwe aanleverstandaard op de totale medicatiekosten in de GB-GGZ is, is niet bekend. Dit komt doordat de invloed van de nieuwe aanleverstandaard alleen op totaalniveau bekend is en niet specifiek voor de GGZ.

### De kosten voor medicatie van patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ dalen in 2014 en stijgen weer in 2015

- De meeste medicatiekosten worden gemaakt in de 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ (54% tot 62% van de totale kosten tussen 2012 en 2015). Dit is in lijn met de verwachting, omdat in de gespecialiseerde GGZ patiënten met de meest complexe problematiek behandeld worden.
- De kosten voor medicatie van patiënten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ nemen af van €127,3 miljoen in 2013 naar €110,8 miljoen in 2014. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn:
  - De afname van het aantal patiënten in zorg in de gespecialiseerde GGZ (zie paragraaf 2.1.1).
  - Een afname in de kosten van medicijnen als gevolg van de Wet Geneesmiddelenprijzen\* of door het verlopen van patenten op medicijnen.
- Vervolgens stijgen de medicatiekosten in de gespecialiseerde GGZ in 2015 naar €117,3 miljoen. Een verklaring hiervoor is het gebruik van nieuwe en duurdere middelen.

## 2.1.9 Totale medicatiekosten per echelon (3/3)

- Zie voor definities en aandachtspunten vorige pagina.

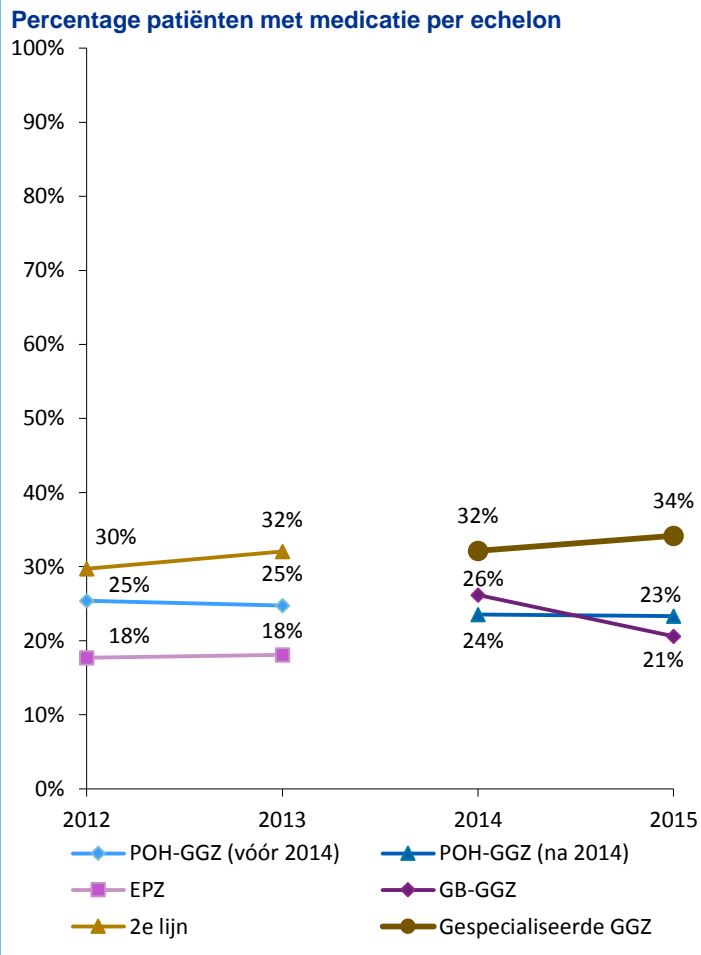
### **De totale medicatiekosten van patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de gespecialiseerde GGZ fluctueren**

- Het percentage van de totale medicatiekosten gemaakt voor patiënten die wel medicatie ontvingen, maar niet in zorg waren bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ, is in 2012 tot en met 2015 tussen de 35% en 41%. Deze patiënten ontvangen in de meeste gevallen medicatie via de huisarts.
- De totale medicatiekosten van patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ laten een fluctuerend beeld zien. De samenstelling van deze groep verandert door de bewegingen in de keten. Dit maakt het lastig om hiervoor een eenduidige verklaring te vinden.

# 2.1.10 Percentage patiënten met medicatie

- Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product of DBC heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.
- Bij het interpreteren van de conclusies dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciegegevens aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. Dit kan gevolgen hebben voor het registreren van declaraties en de cijfers die hieruit afgeleid worden. De kosten in 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.



## Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ daalt licht tussen 2012 en 2015

- Het percentage patiënten met medicatie bij de POH-GGZ daalt licht van 25% in 2012 naar 23% in 2015.

## Het percentage patiënten met medicatie in de EPZ/GB-GGZ stijgt sterk in 2014 en daalt weer in 2015

- Het percentage patiënten met medicatie in de EPZ is in 2012 en 2013 18%. In 2014 stijgt het percentage in de GB-GGZ sterk naar 26%. Een verklaring is dat de problematiek van de populatie patiënten binnen de GB-GGZ gemiddeld genomen zwaarder is dan binnen de EPZ. Dit gaat mogelijk gepaard met meer medicatiegebruik.
- In 2015 daalt het percentage weer naar 21%. Mogelijk komt dit door gericht gebruik van medicatie in de GB-GGZ en een voorkeur voor gesprekken boven medicatie. Daarnaast kan protocollaire zorg hieraan een bijdrage hebben geleverd.

## Het percentage patiënten met medicatie in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ stijgt tussen 2012 en 2015

- Het percentage patiënten met medicatie in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ stijgt tussen 2012 en 2015 van 30% naar 34%. Een verklaring is de substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ, zoals besproken in paragraaf 2.1.4.

# 2.1.11 Medicatiekosten per patiënt (1/2)

- Definitie: deze indicator laat de kosten per patiënt zien van patiënten die GGZ medicatie ontvangen (geselecteerde ATC coderingen) en daarnaast consult(en) (bij POH-GGZ en EPZ) of een product of DBC open hadden staan (bij 2<sup>e</sup> lijn, GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ) in de verslagperiode. Daarnaast worden medicatiekosten per patiënt getoond voor patiënten die niet in behandeling zijn in één van de echelons.
- Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product of DBC heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om deze indicator te bepalen voor 2011.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

## Medicatiekosten per patiënt per echelon

	POH-GGZ (vóór 2014)*	POH-GGZ (na 2014)*	EPZ	GB-GGZ	2 <sup>e</sup> lijn	Gespecialiseerde GGZ	Alleen medicatie
2012	€ 92		€ 78		€ 370		€ 96
2013	€ 85		€ 74		€ 359		€ 87
2014		€ 94		€ 83		€ 333	€ 98
2015		€ 84		€ 95		€ 367	€ 84

### De medicatiekosten per patiënt bij de POH-GGZ fluctueren tussen 2012 en 2015

- Tussen 2012 en 2013 dalen de medicatiekosten per patiënt bij de POH-GGZ van €92 naar €85.
- In 2014 stijgen de kosten naar €94. Vervolgens dalen deze kosten in 2015 naar €84 per patiënt.

### De medicatiekosten per patiënt in de EPZ/GB-GGZ dalen in 2013 maar laten vervolgens een stijging zien

- De medicatiekosten per patiënt in de EPZ dalen in 2013 in vergelijking met 2012 van €78 naar €74.
- In 2014 en 2015 stijgen de medicatiekosten per patiënt in de GB-GGZ in vergelijking met de medicatiekosten per patiënt in de EPZ naar respectievelijk €83 en €95 per patiënt. Een verklaring hiervoor is de substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ. Dit resulteert in een populatie patiënten in de GB-GGZ met gemiddeld genomen zwaardere problematiek dan bij de EPZ en gaat mogelijk gepaard met hogere medicatiekosten per patiënt.

# 2.1.11 Medicatiekosten per patiënt (2/2)

### Aandachtspunten bij interpretatie:

- Bij het interpreteren van de conclusies dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciedata aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. Dit kan gevolgen hebben voor het registreren van declaraties en de cijfers die hieruit afgeleid worden. De kosten in 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.
- In de voorgaande rapportage zijn bij de landelijke analyse per abuis niet de medicatiekosten van de gehele periode meegenomen. In de rapportage is dus een onderschatting van de medicatiekosten weergegeven. De correcte cijfers in de huidige rapportage, zijn dan ook niet te vergelijken met de cijfers uit de voorgaande rapportage.

### De medicatiekosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ daalt tussen 2012 en 2014 waarna een stijging is te zien

- De medicatiekosten per patiënt in de 2<sup>e</sup> lijn dalen tussen 2012 en 2013 van €370 naar €359. In 2014 dalen deze kosten verder naar €333 per patiënt. Mogelijke verklaringen voor deze daling zijn prijsverlagingen van geneesmiddelen door het verlopen van patenten en voorschrijven van andere geneesmiddelen.
- In 2015 stijgen de medicatiekosten per patiënt in vergelijking met 2014 naar €367 per patiënt. Mogelijke verklaringen zijn:
  - Substitutie van patiënten met lichtere problematiek naar de GB-GGZ en de huisarts, zoals besproken in paragraaf 2.1.4. Dit resulteert mogelijk in hogere medicatiekosten per patiënt.
  - Mogelijk speelt een toename van het aantal dagdoseringen mee. Dit betekent dat de hoeveelheid medicatie toeneemt, bijvoorbeeld doordat meer medicatie per patiënt voorgeschreven wordt.
  - Ook de eerder genoemde verklaring van voorschrijven van andere middelen kan een rol spelen. Dit kan zowel resulteren in een verhoging als een verlaging van de medicatiekosten per patiënt.
- De medicatiekosten per patiënt zijn het hoogst in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ in vergelijking met de andere echelons.

### De medicatiekosten per patiënt voor patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ fluctueren tussen 2012 en 2015

- De medicatiekosten per patiënt voor patiënten die alleen medicatie ontvangen en niet in zorg zijn bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ of in de gespecialiseerde GGZ dalen tussen 2012 en 2013 sterk van €96 naar €87.
- In de daaropvolgende jaren stijgen de kosten in 2014 naar €98 per patiënt, waarna de medicatiekosten van patiënten die alleen medicatie ontvangen weer dalen naar €84 in 2015. De samenstelling van deze groep verandert door de bewegingen in de keten, waardoor een eenduidige verklaring ontbreekt.



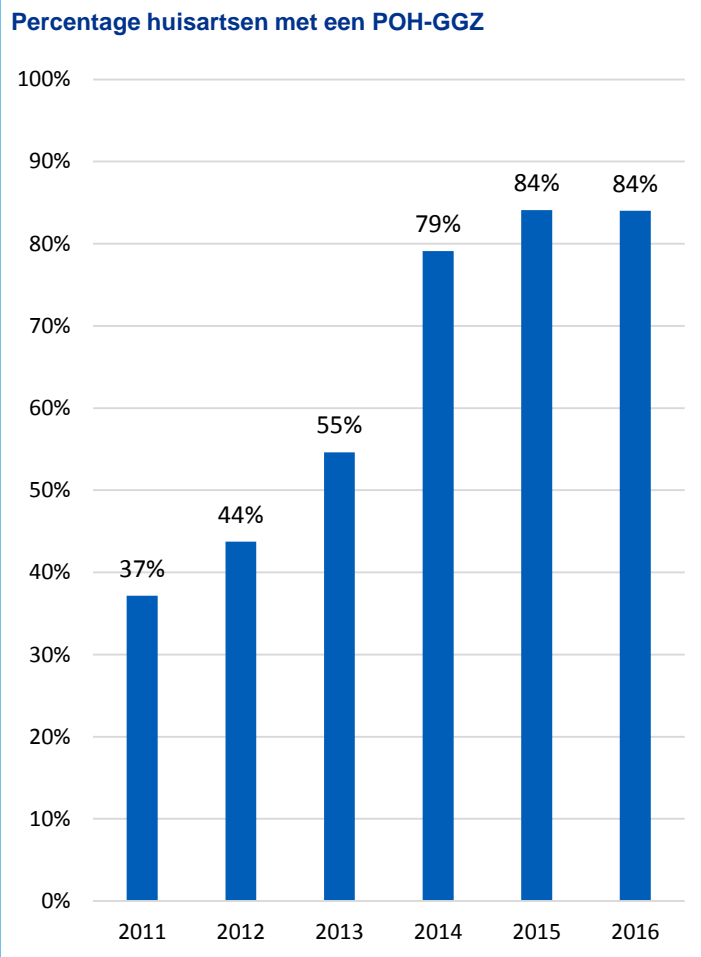


# 2.2 Bevindingen per echelon

## 2.2.1 Huisarts: huisartsen met een POH-GGZ (1/2)

— Definitie: Het aantal huisartsen dat een POH-GGZ module declareerde in minimaal één van de kwartalen van de verslagperiode als percentage van het totale aantal huisartsen dat een inschrijftarief declareerde in dezelfde periode.

\*Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging, LHB Peiling GGZ, 2015

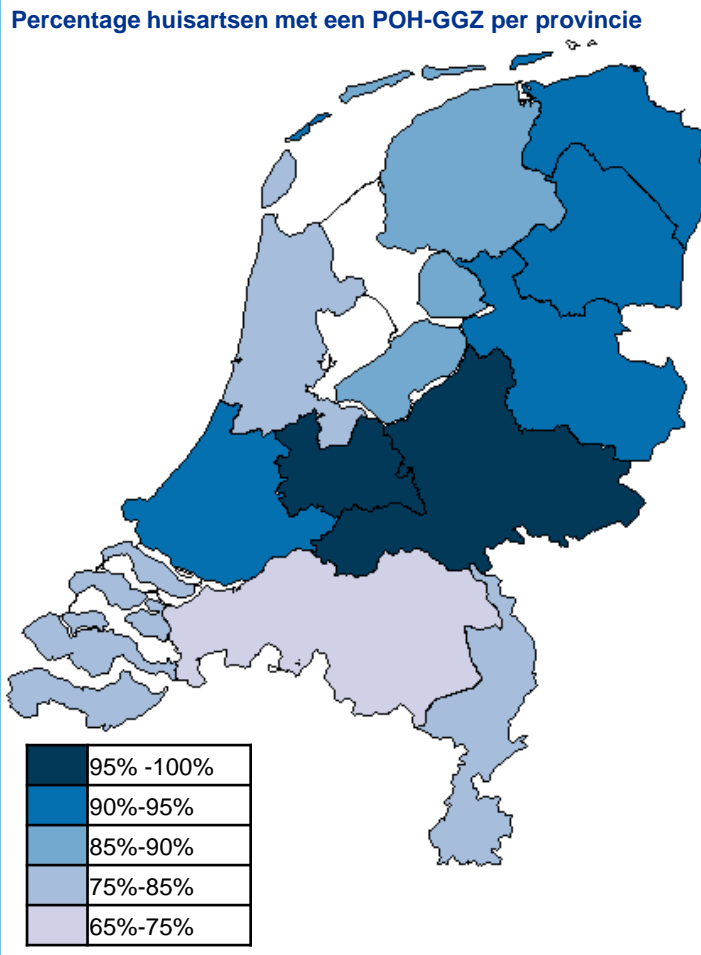


### Het percentage huisartsen met een POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2015

- Het percentage huisartsen met een POH-GGZ neemt toe tussen 2011 en 2015 van 37% in 2011 naar 84% in 2015. Dit verklaart mede de stijging van aantal patiënten bij de POH-GGZ (zie paragraaf 2.1.1).
- Het percentage huisartsen met een POH-GGZ is in 2016 gelijk aan 2015: 84%.
- In een landelijke enquête van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kwam naar voren dat in 2015 91% van de huisartsen samenwerkte met een POH-GGZ. Hierbij zijn verschillende vormen van dienstverbanden gehanteerd, waaronder in dienst (25%), gedetacheerd vanuit een zorggroep (28%), gedetacheerd vanuit een GGZ-instelling (33%)\*.

## 2.2.1 Huisarts: huisartsen met een POH-GGZ (2/2)

— Zie voor definities de vorige pagina.



### Het percentage huisartsen met een POH-GGZ verschilt sterk per provincie

- Het percentage huisartsen met een POH-GGZ verschilt in 2016 per provincie tussen 66% in Noord-Brabant en 96% in Utrecht.
- In de provincies Noord-Brabant, Noord-Holland, Limburg en Zeeland is het percentage huisartsen met een POH-GGZ lager dan het landelijk gemiddelde in 2016 van 84%. In de overige provincies is dit percentage hoger dan het landelijk gemiddelde.

## 2.2.2 Huisarts: GGZ problematiek bij de huisarts

Toelichting bij de analyses van Nivel, van toepassing op de volgende vier pagina's

- Definitie: Het aantal unieke patiënten met consulten geregistreerd met ICPC codes (zie Bijlage 4) voor psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen in de betreffende periode.
- Data:
  - NIVEL Zorgregistraties eerste lijn
  - Cijfers zijn gebaseerd op jaarlijkse data aanlevering van 173 tot 461 praktijken (wisselend per jaar)
  - *Vervolg op de volgende pagina*

\*De populatie at risk in 2016 is kleiner dan in de voorgaande jaren, omdat op het moment van schrijven nog niet alle data bij NIVEL compleet is. De verwachting is dat de absolute aantallen naar boven bijgesteld worden, maar de percentages niet significant veranderen.

### Patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk

Het aantal unieke volwassenen dat de huisarts bezoekt voor psychische symptomen, stoornissen of sociale problemen ten opzichte van de ingeschreven patiënten is gestegen van 17% in 2011 naar 19% in 2016 (niet in tabel). Ten opzichte van 2015 is het percentage patiënten met psychische of sociale problemen in 2016 nagenoeg gelijk gebleven.

### Patiënten met psychische problematiek bij de huisarts

- Onderstaande tabel laat het aantal unieke patiënten en het percentage patiënten zien dat in een jaar bij de huisarts is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.
- Over de gehele periode van 2011 tot 2016 is in alle drie de categorieën een stijging te zien van het percentage patiënten tot 2015. Tussen 2015 en 2016 lijken de percentages af te nemen.
- Doordat de verschillen tussen de jaren relatief klein zijn, en de getallen gebaseerd zijn op een steekproef van 6% (2011) tot 10% (2015) van de gehele volwassen bevolking, dienen de getallen te worden geïnterpreteerd als een benadering van het daadwerkelijke aantal patiënten dat per jaar de huisarts bezoekt.

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
2011	704.486	57.446	8.2%	35.991	5.1%	24.670	3.5%
2012	862.828	68.967	8.0%	46.954	5.4%	32.582	3.8%
2013	1.199.290	103.587	8.6%	68.067	5.7%	48.865	4.1%
2014	1.229.968	111.191	9.0%	77.987	6.3%	51.142	4.2%
2015	1.266.610	117.845	9.3%	84.243	6.7%	54.072	4.3%
2016	995.599*	89.095	9.0%	64.281	6.5%	40.637	4.1%

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

## 2.2.3 Huisarts: GGZ problematiek bij POH-GGZ

### — Data (vervolg):

- Het is binnen de registraties mogelijk om te zien of de patiënt de huisarts of de POH-GGZ heeft gesproken. Het betreft een selectie van praktijken over heel Nederland en is hiermee dus anders dan de overige data in deze rapportage. De cijfers zijn gebaseerd op een landelijke steekproef van 6%-10% van de huisartsenpraktijken in Nederland. Het geeft daarmee een representatief beeld van de daadwerkelijke registratie van patiënten met psychische en sociale klachten.

- De resultaten in deze rapportage wijken af van de eerdere rapportages omdat NIVEL strengere eisen is gaan stellen aan de kwaliteit van data van praktijken. Vandaar dat bijvoorbeeld de population at risk in 2011 lager is dan in voorgaande rapportages.

- Meer informatie: Factsheet Hulpvraag en hulpaanbod vanwege psychosociale problematiek in de huisartspraktijk 2010 – 2016, PFM Verhaak. DP de Beurs 2016 NIVEL

\*De populatie at risk in 2016 is kleiner dan in de voorgaande jaren, omdat op het moment van schrijven nog niet alle data bij NIVEL compleet is. De verwachting is dat de absolute aantallen naar boven bijgesteld worden, maar de percentages niet significant veranderen.

### Patiënten met psychische problematiek bij de POH-GGZ

- Onderstaande tabel laat het aantal unieke patiënten en het percentage patiënten zien dat bij de POH-GGZ is geweest voor psychische en/of sociale problematiek in de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. In 2011 zag 5% van de patiënten met een psychisch of sociaal probleem een POH-GGZ, in 2016 is dat 18% (niet in tabel). Dit wijst op een toename van de inzet van de POH-GGZ voor psychische en sociale problematiek.
- Tussen 2011 en 2015 is een stijging te zien van het percentage patiënten met psychische symptomen, psychische stoornissen en sociale problemen bij de POH-GGZ. In 2016 lijkt het percentage patiënten dat door een POH-GGZ gezien wordt ten opzichte van 2015 iets te dalen. Mogelijk duidt dit erop dat het aantal patiënten dat door een POH-GGZ gezien wordt binnen de huidige regeling een maximum heeft bereikt. Mogelijk is de vraag verzadigd of kan de POH-GGZ binnen de huidige regeling niet meer patiënten behandelen.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Unieke patiënten psychische symptomen		Unieke patiënten psychische stoornissen		Unieke patiënten sociale problemen	
		N	%	N	%	N	%
2011	704.486	2.362	0.3%	1.933	0.3%	1.136	0.2%
2012	862.828	4.414	0.5%	3.675	0.4%	2.386	0.3%
2013	1.199.290	9.445	0.8%	7.867	0.7%	5.042	0.4%
2014	1.229.968	16.728	1.4%	14.388	1.2%	8.740	0.7%
2015	1.266.610	21.509	1.7%	18.618	1.5%	11.421	0.9%
2016	995.599*	14.643	1.5%	13.059	1.3%	7.619	0.8%

## 2.2.4 Huisarts: kosten GGZ problematiek bij huisarts

\*De populatie at risk in 2016 is kleiner dan in de voorgaande jaren, omdat op het moment van schrijven nog niet alle data bij NIVEL compleet is. De verwachting is dat de absolute aantallen naar boven bijgesteld worden, maar de percentages niet significant veranderen.

\*\*Om contacten met een patiënt te kunnen declareren registreert de huisarts wat voor soort consult er is geweest: (telefonisch) consult, visite, of emailconsult. Een consult kan kort (< 20 minuten) of lang zijn (> 20 minuten). Aan elke verrichting hangt een door de overheid vastgesteld tarief.

### Behandelkosten bij de huisartsen voor patiënten met psychische problematiek

- Onderstaande tabel geeft de kosten weer voor de geregistreerde (telefonische) consulten, visites of email\*\* van de huisarts voor patiënten met psychische of sociale problemen. We vermenigvuldigden het volume met de tarieven van de Nederlandse Zorg Autoriteit.
- Tussen 2011 en 2016 stijgen de totale kosten voor patiënten met psychische of sociale problemen met 25% (niet in tabel). Omgerekend naar de totale bevolking zijn de kosten voor psychische of sociale problemen in de huisartsenpraktijk in 2016 met €1.2 miljoen gestegen ten opzichte van 2011.
- De kosten voor consulten voor patiënten met een psychische stoornis stijgen het meest (35%) en de kosten voor patiënten met psychische problemen het minst (17%).
- Ten opzichte van 2015 zijn in 2016 de kosten per ingeschreven patiënt voor alle categorieën patiënten gedaald.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
2011	704.486	€ 1.247.939	€ 1,77	€ 995.104	€ 1,41	€ 506.477	€ 0,72
2012	862.828	€ 1.496.533	€ 1,73	€ 1.303.154	€ 1,51	€ 687.070	€ 0,80
2013	1.199.290	€ 2.226.929	€ 1,86	€ 1.818.965	€ 1,52	€ 958.027	€ 0,80
2014	1.229.968	€ 2.539.203	€ 2,06	€ 2.250.355	€ 1,83	€ 1.081.566	€ 0,88
2015	1.266.610	€ 2.760.468	€ 2,18	€ 2.518.323	€ 1,99	€ 1.173.112	€ 0,93
2016	995.599*	€ 2.080.425	€ 2,09	€ 1.888.880	€ 1,90	€ 870.820	€ 0,87

# 2.2.5 Huisarts: kosten GGZ problematiek bij POH-GGZ

\*De populatie at risk in 2016 is kleiner dan in de voorgaande jaren, omdat op het moment van schrijven nog niet alle data bij NIVEL compleet is. De verwachting is dat de absolute aantallen naar boven bijgesteld worden, maar de percentages niet significant veranderen.

\*\*Net als de huisarts registreert de POH-ggz het soort verrichting. Het vastgestelde tarief voor een vergelijkbare verrichting van de POH-GGZ is gelijk aan dat van de huisarts.

## Behandelkosten bij de POH-GGZ voor patiënten met psychische problematiek

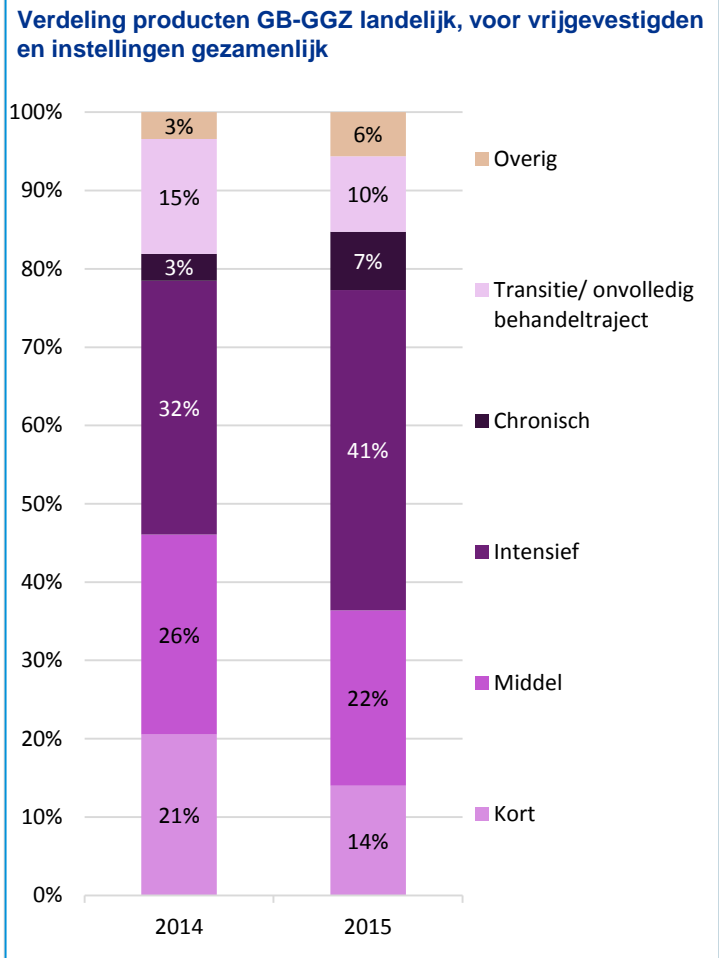
- Onderstaande tabel geeft de kosten weer voor alle consulten van de POH-GGZ. 80% van de consulten van de POH-GGZ zijn lang (> 20 minuten), vergeleken met 27% van de consulten van de huisartsen\*\* (niet in de tabel).
- Bij de kosten voor de POH-GGZ zien we hetzelfde patroon als bij de huisarts. Van 2011 tot 2015 stijgen de kosten voor consulten voor psychische of sociale problematiek per ingeschreven patiënt, en in 2016 zien we voor het eerst een daling.
- Net als bij de huisarts is bij de POH-GGZ ook in de afzonderlijk jaren tussen 2011 en 2015 steeds een stijging te zien van de kosten voor consulten per ingeschreven patiënt en een daling van 2015 naar 2016. De kosten per ingeschreven patiënt bij de POH-GGZ stijgen veel sterker dan bij de huisarts. Waar bij huisarts tussen 2011 en 2016 een stijging te zien is van ongeveer 25% zijn de kosten bij de POH-GGZ verviervoudigd. Een verklaring is dat het percentage patiënten met psychische problematiek bij de POH-GGZ elk jaar toeneemt (zie paragraaf 2.2.3), terwijl het aantal patiënten in de huisartsenpraktijk minder hard stijgt (zie paragraaf 2.2.2). Daarmee stijgen ook de kosten voor POH-GGZ consulten per ingeschreven patiënt.

Gebaseerd op selectie huisartsenpraktijken in Nederland

	Populatie at risk	Kosten voor consulten psychische symptomen		Kosten voor consulten psychische stoornissen		Kosten voor consulten sociale problemen	
		EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt	EUR	Per ingeschreven patiënt
2011	704.486	€ 115.172	€ 0,16	€ 97.622	€ 0,14	€ 50.089	€ 0,07
2012	862.828	€ 224.088	€ 0,26	€ 195.112	€ 0,23	€ 106.919	€ 0,12
2013	1.199.290	€ 494.197	€ 0,41	€ 418.883	€ 0,35	€ 232.243	€ 0,19
2014	1.229.968	€ 924.236	€ 0,75	€ 800.902	€ 0,65	€ 430.857	€ 0,35
2015	1.266.610	€ 1.188.145	€ 0,94	€ 1.063.276	€ 0,84	€ 575.437	€ 0,45
2016	995.599*	€ 768.673	€ 0,77	€ 734.835	€ 0,74	€ 385.041	€ 0,39

# 2.2.6 GB-GGZ: verdeling producten (1/2)

- Definitie: deze verdeling is gemaakt op basis van aantal producten binnen de GB-GGZ.
- De productgroep Onvolledig behandeltraject bevat alle zorg waarvoor geen product beschikbaar is. In 2014 heette deze categorie Transitieproduct. Dit product kan voorkomen wanneer er geen sprake blijkt te zijn van een DSM IV diagnose, wanneer het een patiënt betreft die overgaat van het oude EPZ systeem naar het nieuwe GB-GGZ systeem (dit geldt alleen voor 2014, zie bijlage 4) en wanneer de problematiek te zwaar is om binnen de GB-GGZ behandeld te worden.
- In de categorie overig vallen onder andere de innovatiecodes, overige producten (OVP's) en de Vicino codes. Het overzicht van deze codes staat in Bijlage 4.

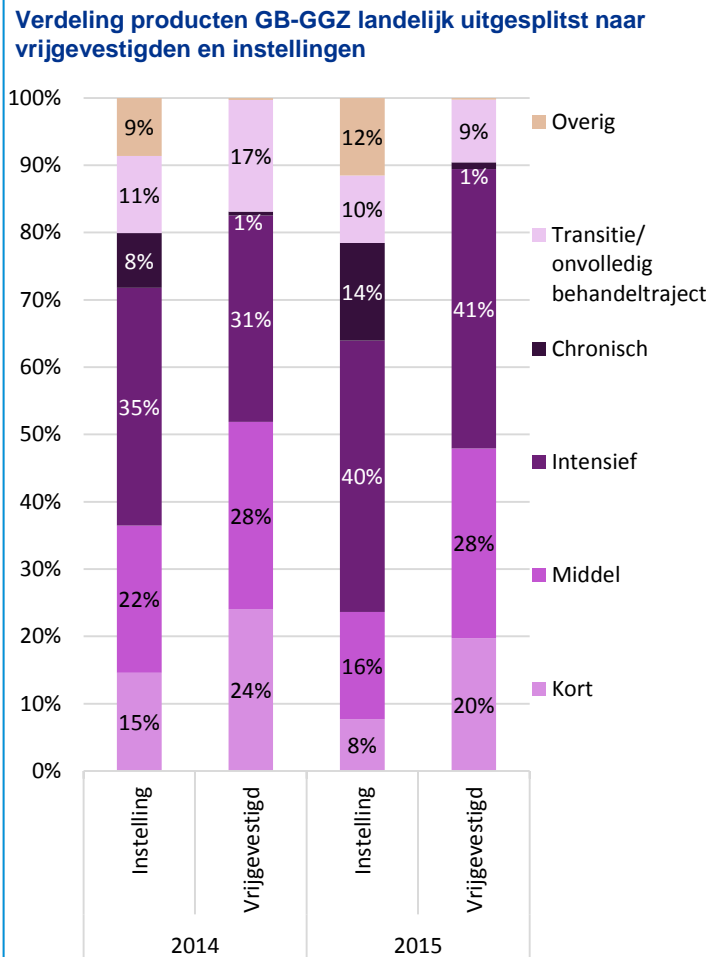


- Het product intensief wordt in de GB-GGZ relatief het vaakst ingezet**
- Zowel in 2014 als in 2015 is het aandeel van het product intensief het grootst. Daarna volgen de producten middel en kort. Het aandeel van het product chronisch is relatief laag.
  - Tussen 2014 en 2015 is een stijging te zien van het percentage producten intensief. Ook het aandeel chronische producten neemt toe van 3% in 2014 naar 7% in 2015. Het aandeel van de producten kort en middel neemt juist af.
    - Dit hangt mogelijk samen met het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, die eisen aan de productmix meer hebben losgelaten.
    - Een andere verklaring voor de afname is substitutie van patiënten met relatief lichte problematiek naar de huisarts en de POH-GGZ. Hierdoor blijft een populatie met relatief zware problematiek in de GB-GGZ, waarvoor producten kort en middel in veel gevallen niet passend zijn.
  - Omdat producten intensief en chronisch duurder zijn dan de producten kort en middel, kan de verandering in productmix ook een toename van de kosten met zich meebrengen. Dit kan bijdragen aan de stijging van de behandelkosten per patiënt in de GB-GGZ (zie paragraaf 2.1.7).
  - Ook het transitieproduct (sinds 2015 onvolledig behandeltraject), neemt af tussen 2014 en 2015 van 15% naar 10%. Dit is volgens verwachting, omdat er vanaf 2015 geen overgangsfase meer is voor patiënten uit de EPZ.
  - Tussen 2014 en 2015 neemt het aandeel producten in de categorie overig toe. Dit wordt grotendeels verklaard doordat behandelingen die plaatsvinden binnen de Vicino-keten in Noord-Holland (zie ook paragraaf 2.2.7) onder een innovatiecode gedeclareerd worden.



# 2.2.6 GB-GGZ: verdeling producten (2/2)

— Zie voor definities de vorige pagina.

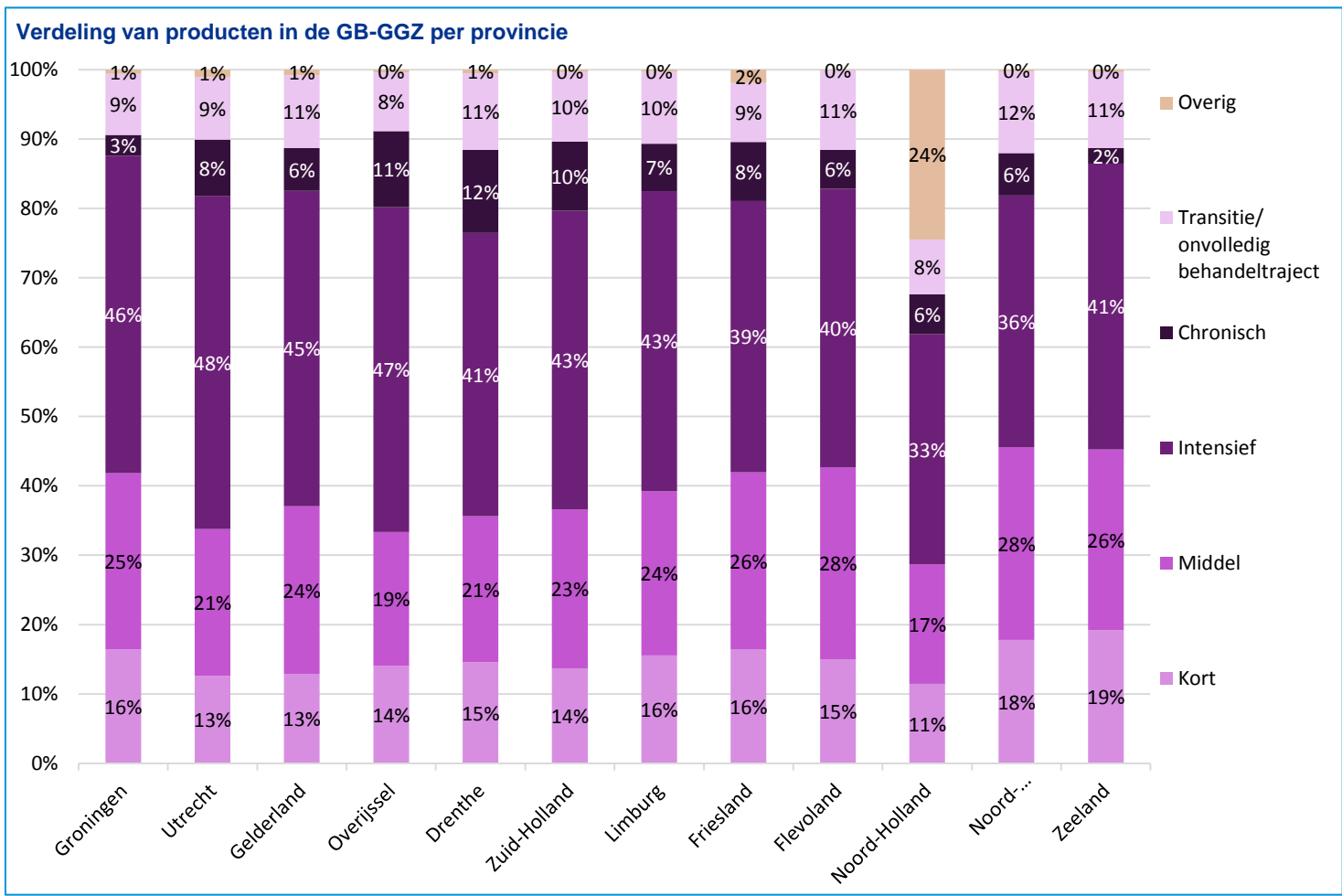


**De productmix in de GB-GGZ verschilt tussen instellingen en vrijgevestigde aanbieders**

- Zowel bij instellingen als bij vrijgevestigde aanbieders is het aandeel van het product intensief het grootst. Ook neemt het aandeel van dit product bij beide toe tussen 2014 en 2015.
- Echter, bij vrijgevestigde aanbieders is het aandeel van de producten kort en middel groter dan bij instellingen.
- Het product chronisch wordt in 2014 en 2015 voornamelijk door instellingen geleverd. Dit wordt mogelijk verklaard doordat instellingen meer multidisciplinaire zorg leveren en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars erop gericht is multidisciplinaire zorg in te kopen bij instellingen.
- Zowel in 2014 als in 2015 is het aandeel overige producten bij vrijgevestigde aanbieders 0%, terwijl dit percentage bij instellingen respectievelijk 9% en 12% is. In de categorie overig vallen onder andere de innovatiecodes, de overige producten (OVP's) en de Vicino codes. Deze codes worden alleen gedeclareerd vanuit instellingen. Verklaringen kunnen zijn dat instellingen meer onderhandelingsruimte hebben in hun contracten met zorgverzekeraars voor innovatie en daarmee het gebruik van de innovatiecodes of dat zij deze ruimte meer benutten.

# 2.2.7 GB-GGZ: verdeling producten per provincie (1/2)

— Zie voor definities pagina 49.



## 2.2.7 GB-GGZ: verdeling producten per provincie (2/2)

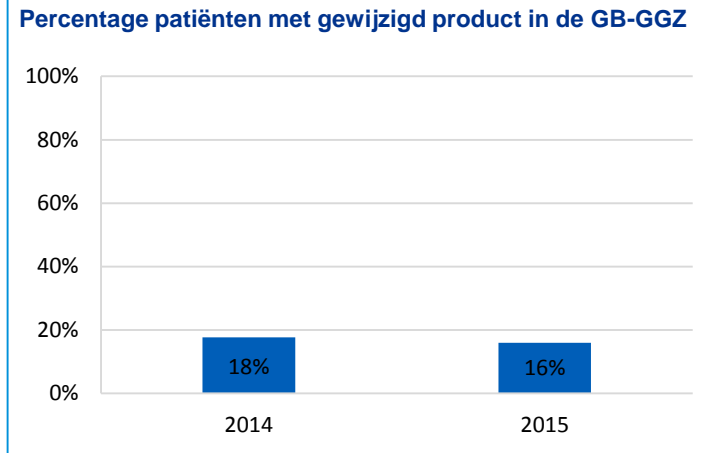
- Zie voor definities pagina 49.
- \*Zie ook de Marktscan GGZ van de NZa.

### De productmix kent subtiele verschillen per provincie

- De productmix per provincie (vorige pagina) laat zien dat overal het product intensief relatief het meest wordt ingezet, gevolgd door de producten middel en kort.
- Tussen de provincies zijn subtiele verschillen zichtbaar. In de provincies Groningen en Zeeland wordt het product chronisch relatief weinig ingezet. In de provincies Drenthe, Overijssel en Zuid-Holland wordt juist relatief meer gebruik gemaakt van het product chronisch. Mogelijk hangen deze verschillen samen met de populatie in deze provincies en/of regionale verschillen in de doelgroep die in de GB-GGZ zit als gevolg van (de voortgang van) de invulling van het regionale GGZ landschap.
- Het aandeel overige producten is opvallend hoog (24%) in de provincie Noord-Holland. Dit kan verklaard worden door behandelingen die plaatsvinden binnen de Vicino-keten. In deze constructie valt GGZ-zorg onder regie van de huisarts en wordt uitgevoerd door de POH-GGZ of gecontracteerde eerstelijns psychologen. Deze behandelingen werden tot 2015 gedeclareerd onder de beleidsregel innovatie en zijn daarom niet in te delen onder één van de standaard producten van de GB-GGZ. De Vicino-keten werd bekostigd als experiment dat per 1 januari 2012 tot en met 2015 onder de NZa beleidsregel Innovatie liep\*.

# 2.2.8 GB-GGZ: gewijzigde producten

- Definitie: het percentage patiënten waarvoor het verwachte product anders is dan het definitieve product ten opzichte van alle patiënten waarvoor een product is geopend in de verslagperiode.
- Bij eerdere rapportages van de monitor GB-GGZ is gebleken dat aanbieders het verwachte product soms overschrijven als de verwachting verandert. Dit betekent dat niet met zekerheid vaststaat dat het verwachte product ook het product is dat in eerste instantie als verwacht product is aangemerkt.
- \*In 2014 onvolledig behandeltraject.



**Verwacht versus definitief product jan 2014-dec 2015**

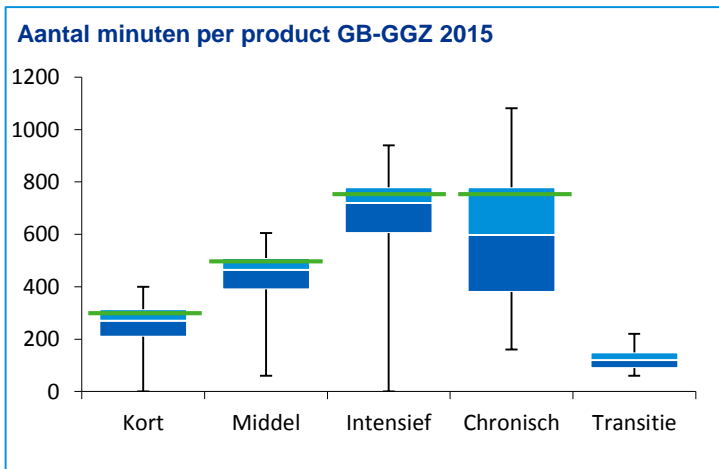
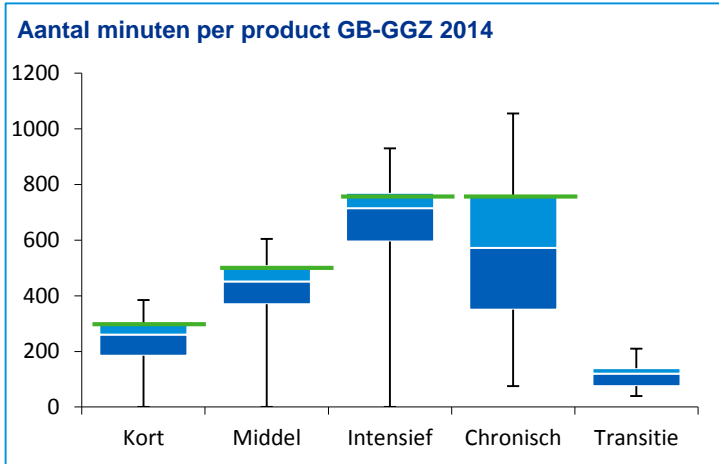
		Definitief product					Totaal
		Kort	Middel	Intensief	Chron.	Transitie*	
Verwacht product	Kort	56.089	3.759	1.987	39	145	62.019
	Middel	17.186	93.548	14.692	133	123	125.682
	Intensief	7.782	15.856	154.310	283	148	178.379
	Chronisch	893	903	750	25.791	24	28.361
	Transitie*	287	85	72	17	1.156	1.617
	Totaal	82.237	114.151	171.811	26.263	1.596	396.058

**Percentage patiënten met gewijzigd product in de GB-GGZ daalt licht**

- De meeste definitieve producten komen overeen met het verwachte product. Deze producten worden dus niet gewijzigd (84% in 2015).
- Tussen 2014 en 2015 neemt het percentage gewijzigde producten in de GB-GGZ iets af van 18% naar 16%.
  - Mogelijk draagt het dalende percentage producten kort en middel hieraan bij, omdat de kans bij deze producten groter is dat tijdens de kortere behandeling toch opgeschaald moet worden.
  - Zorgaanbieders hebben bij een eerdere rapportage geven aan dat zorgverzekeraars soms eisen stellen aan het niet wijzigen van producten. Dit kan ertoe leiden dat zorgaanbieders een product niet wijzigen als het anders eindigt dan vooraf verwacht.
- De tabel geeft de som weer van het aantal producten verwacht versus definitief over de periode januari 2014 tot en met december 2015. In deze tabel is zichtbaar dat producten vaker lager worden afgesloten dan verwacht, dan hoger dan verwacht.
- Het product intensief komt het vaakst voor. De producten middel en transitie worden echter het vaakst gewijzigd (respectievelijk 29% en 26%), gevolgd door de producten intensief (13%), kort (10%) en chronisch (9%).

# 2.2.9 GB-GGZ: aantal minuten per product

- Definitie: deze figuur geeft de spreiding weer in het aantal minuten per type product.
- Het onderste streepje geeft het 5e percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven deze p05-waarde. Het bovenste streepje is het 95e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25e percentiel en eindigt bij de het 75e percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw.
- \*In de figuur is met de groene lijn weergegeven op welk aantal minuten dit product gebaseerd is (volgens het HHM rapport: Generalistische Basis GGZ: Verwijsmodel en productbeschrijvingen, januari 2013).

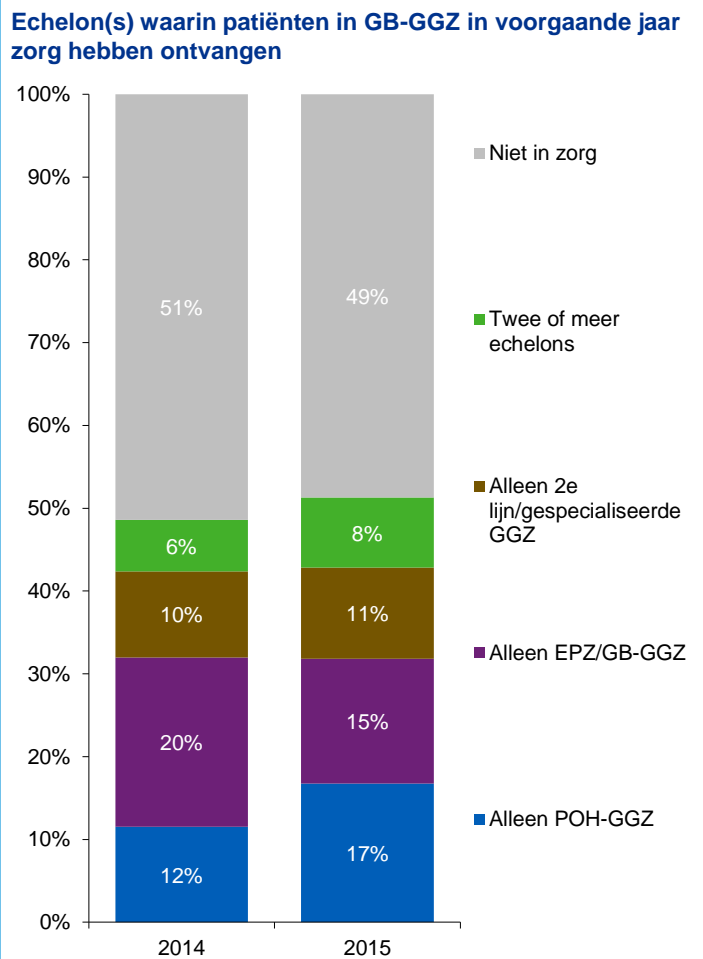


- Gemiddeld aantal minuten per product GB-GGZ stijgt licht maar blijft onder de tijdsinschatting**
- Zowel in 2014 als in 2015 blijft bij alle typen producten in alle perioden de mediaan van het aantal minuten per product onder de HHM tijdsinschatting\*. In de meeste gevallen blijft zelfs 75% van de producten onder de tijdsinschatting (75e percentiel). Een verklaring hiervoor kan zijn dat behandelaars meer sturen op minuten dan op zorginhoud.
  - Zowel in 2014 als in 2015 is de spreiding het grootst bij het product chronisch. Mogelijk komt dit doordat de doelgroep, waarvoor het product ingezet wordt, gemêleerd is. Het product wordt bijvoorbeeld ingezet als vervolproduct, naast een product kort, middel of intensief, en voor patiënten die alleen voor medicatiecontacten komen.
  - Tussen 2015 en 2014 stijgt het aantal minuten per product, voor alle typen producten. De p05, p25, mediaan, p75 en p95 waarden stijgen allemaal licht.

# 2.2.10 GB-GGZ: zorg in het voorgaande jaar

- Definitie: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 dagen voor het openen van het product GB-GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 365 dagen teruggekeken.
- Binnen de categorie 'twee of meer echelons' vallen:
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
  - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.



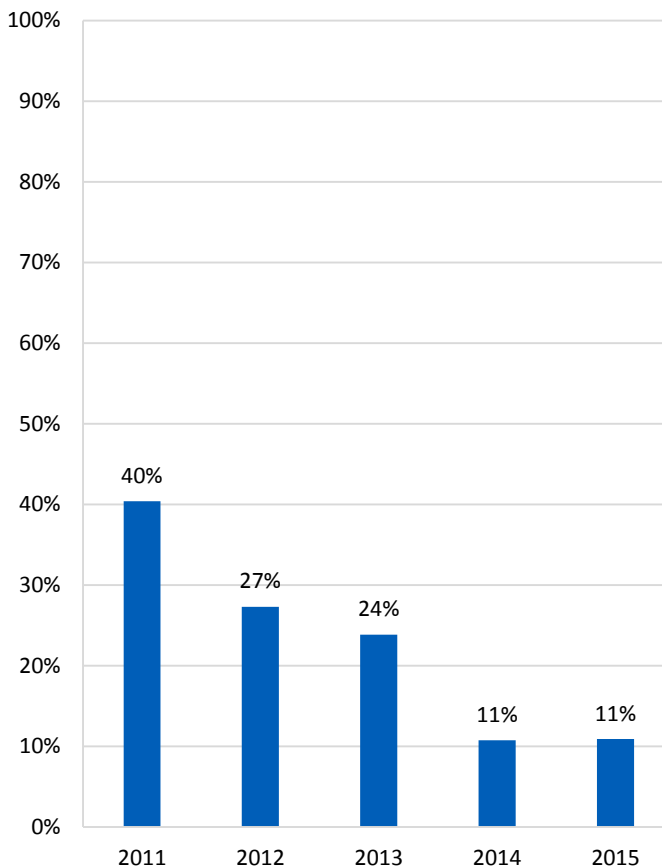
**De meeste patiënten in de GB-GGZ hebben in het voorgaande jaar geen zorg ontvangen, of alleen zorg bij de POH-GGZ of in de EPZ/GB-GGZ**

- Van de patiënten die in 2014 en 2015 zorg ontvingen in de GB-GGZ, ontvingen de meeste patiënten in het voorgaande jaar geen GGZ-zorg (respectievelijk 51% en 49%).
- Van de patiënten die wel zorg ontvingen in het voorgaande jaar, ontvingen in 2014 de meeste patiënten alleen zorg in de EPZ/ GB-GGZ (20%). In 2015 ontving het grootste deel van de patiënten in de GB-GGZ in het voorgaande jaar zorg bij de POH-GGZ (17%).
- Tussen 2014 en 2015 neemt het aandeel patiënten dat in het voorgaande jaar alleen zorg ontving bij de POH-GGZ toe. Het percentage patiënten dat alleen in de EPZ/GB-GGZ zorg ontving in het voorgaande jaar is afgenomen tussen 2014 en 2015.
- Het percentage patiënten dat zorg ontvangt in twee of meer echelons neemt tussen 2014 en 2015 toe. Dit kan mogelijk wijzen op een afname van matched care over de echelons, waarbij de patiënt niet direct in het juiste echelons behandeld wordt. Anderzijds kan er ook sprake zijn van gepaste op- en afschaling.
- Binnen de categorie "twee of meer echelons" ontving maar een klein deel van de patiënten (0,3% in 2014 en 0,6% in 2015) zorg in alle drie de echelons. De meeste patiënten ontvingen zorg bij de POH-GGZ én de EPZ/GB-GGZ (respectievelijk 2,0% en 3,2%) of in de EPZ/GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (respectievelijk 2,4% en 2,7%).

## 2.2.1 Gespecialiseerde GGZ: DBC's < 800 minuten

- Definitie: van alle patiënten waarvoor in de verslagperiode een DBC is geopend geeft deze indicator het percentage patiënten met een DBC < 800 minuten. Hieruit zijn de volgende DBC's uitgesloten:
  - DBC's met een verblijfscomponent
  - Vervolg DBC's
  - Diagnostiek DBC's
  - Crisis DBC's
  - Patiënten waarvoor binnen 1 maand na sluiten van de DBC een nieuwe DBC wordt geopend met dezelfde diagnose

**Percentage patiënten met een DBC < 800 minuten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ**

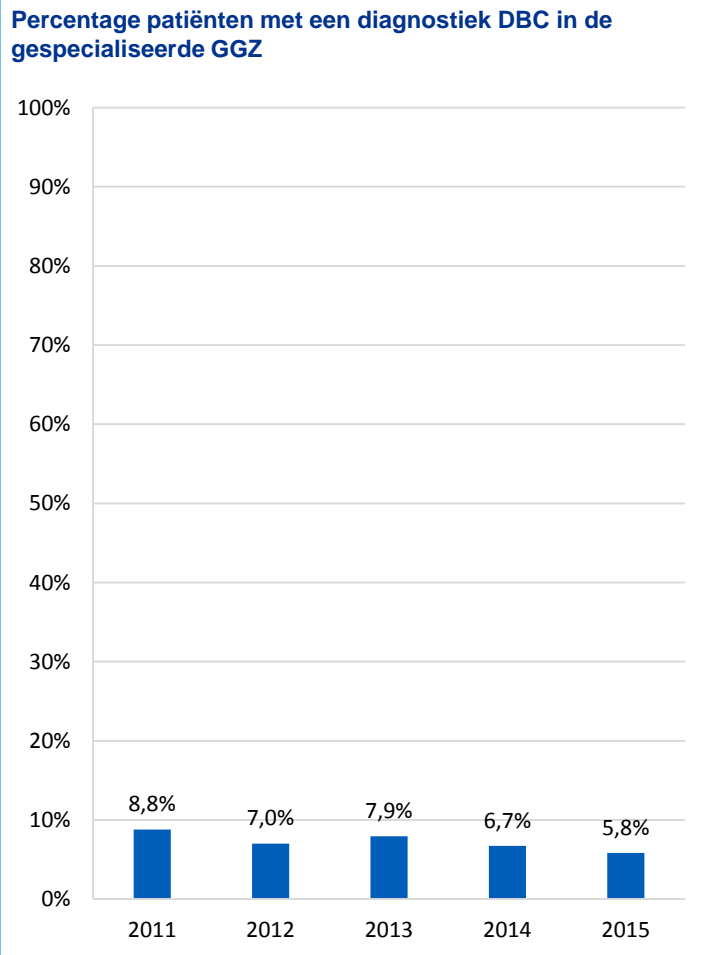


**Het percentage patiënten met een DBC minder dan 800 minuten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ neemt af tussen 2011 en 2015**

- Tussen 2011 en 2015 daalt het percentage patiënten met een DBC minder dan 800 minuten in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.
  - Dit is conform de verwachting, omdat met de invoering van de GB-GGZ de lichtere problematiek (deels geleverd in DBC's met minder dan 800 minuten) gesubstitueerd kon worden naar de GB-GGZ.
  - In 2014 en 2015 maakte de afname van kortdurende DBC's in de gespecialiseerde GGZ ook onderdeel uit van de contracten van een aantal zorgverzekeraars. Dit kan ook meespelen in de afname van het aantal kortdurende DBC's in de gespecialiseerde GGZ.

## 2.2.12 Gespecialiseerde GGZ: diagnostiek DBC's

- Definitie: Van alle patiënten waarvoor in de verslagperiode een DBC is geopend, geeft deze indicator het percentage patiënten waarvoor een DBC is gesloten als diagnostiek DBC.
- In de teller zijn alleen patiënten meegenomen die naast de diagnostiek DBC geen andere DBC's in de 2<sup>e</sup> lijn of gespecialiseerde GGZ hadden.
- Bij de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met de afspraken die in de onderhandeling tussen zorgaanbieders en verzekeraars worden gemaakt over het aantal diagnostiek DBC's dat aanbieders leveren. Dalingen en stijgingen in het percentage patiënten met een diagnostiek DBC kunnen mogelijk deels verklaard worden door afspraken met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld niet meer dan 10% diagnostiek DBC's).

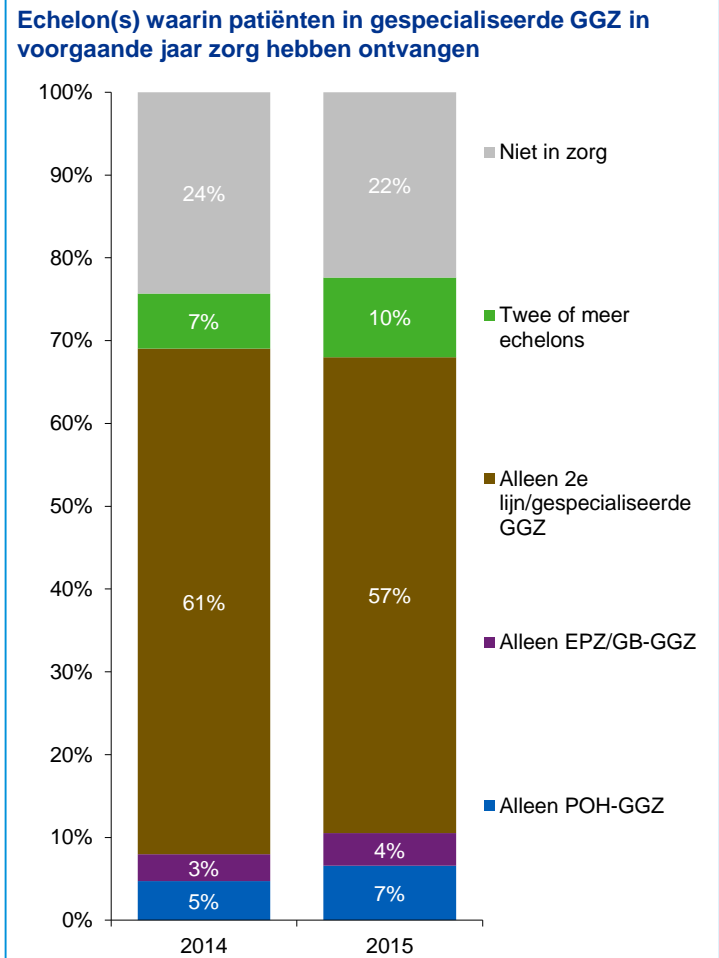


- Het percentage patiënten met een diagnostiek DBC in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ neemt af tussen 2011 en 2015**
- Tussen 2011 en 2015 neemt het percentage patiënten met een diagnostiek DBC in de gespecialiseerde GGZ af van 8,8% naar 5,8%.
  - Mogelijk weerspiegelt deze trend mede de afspraken die zorgaanbieders maken met zorgverzekeraars over het beperken van het aantal diagnostiek DBC's dat zij mogen leveren, omdat het doel bij deze DBC's niet is om te behandelen.



# 2.2.13 Gespecialiseerde GGZ: zorg in voorgaande jaar

- Definitie: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 dagen voor het openen van het product in de gespecialiseerde GGZ een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 365 dagen teruggekeken.
  - Binnen de categorie 'twee of meer echelons' vallen:
    - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en in de GB-GGZ
    - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
    - Patiënten die zorg ontvingen in de GB-GGZ en de 2<sup>e</sup> lijn en/of gespecialiseerde GGZ
    - Patiënten die zorg ontvingen bij de POH-GGZ, in de GB-GGZ en in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ.
- \* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.



- De meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ**
- De meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ ontvingen in het voorgaande jaar ook zorg in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (61% in 2014 en 57% in 2015). Een verklaring is dat voor patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn, een vervolg DBC geopend wordt.
  - Een ander groot deel van de patiënten was in het voorgaande jaar niet in zorg (24% in 2014 en 22% in 2015).
  - Tussen 2014 en 2015 neemt het percentage patiënten niet in zorg af. Dit hangt mogelijk samen met de toegenomen inzet van de POH-GGZ. Het percentage patiënten alleen in zorg bij de POH-GGZ neemt toe.
  - Tussen 2014 en 2015 neemt het percentage patiënten alleen in zorg bij de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ af. Waarschijnlijk verklaard door de toename van het percentage patiënten alleen in zorg bij de POH-GGZ of in de EPZ/GB-GGZ.
  - Ook het percentage patiënten in zorg bij twee of meer echelons neemt toe. Hier gelden vergelijkbare verklaringen als bij de zorg in het voorgaande jaar van patiënten in de GB-GGZ (zie pagina 60).
  - Binnen de categorie "twee of meer echelons" ontving maar een klein deel van de patiënten (0,4% in 2014 en 0,7% in 2015) zorg in alle drie de echelons. De meeste patiënten ontvingen zorg bij de POH-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (respectievelijk 3,2% en 5,6%) of in de EPZ/GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ (respectievelijk 2,4% en 2,9%).

# 2.3 Verdieping rol van de POH-GGZ in de keten

# 2.3.1 Inleiding

Paragraaf 2.3 gaat dieper in op de rol van de POH-GGZ in de keten. Deze verdieping bestaat uit een kwantitatief deel, bestaande uit een aantal indicatoren, en een kwalitatief deel gebaseerd op de (groeps)interviews. Voor verdere toelichting op de (groeps)interviews zie bijlage 5.

De verdieping in de rol van de POH-GGZ in de keten is opgebouwd uit drie thema's:

1. Inrichting van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg
2. Verschuivingen in de keten
3. Kwaliteit voor de patiënt

Deze thema's zijn hieronder kort toegelicht.

## **Inrichting van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg**

In het thema rondom de inrichting van de functie POH-GGZ in de huisartsenzorg wordt onder andere gekeken naar de afbakening van de functie POH-GGZ, de inrichting van de functie in de huisartsenpraktijk, samenwerking met de huisarts en de verschillen in invulling van de functie POH-GGZ.

Dit thema is grotendeels uitgewerkt op basis van de (groeps)interviews. Daarnaast geeft de indicator rondom aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ inzicht in verschillen tussen POH's-GGZ.

## **Verschuivingen in de keten**

De manier waarop de POH-GGZ is ingericht heeft invloed op de verschuivingen van patiënten in de keten. Dit thema kijkt naar de doorstroom vanuit de huisarts en de POH-GGZ naar de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Daarnaast is in kaart gebracht hoe goed de substitutie vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de huisarts gaat. Ook worden er mogelijke manieren gegeven om deze substitutie te verbeteren.

Het thema start met een aantal indicatoren die inzicht geven in de zorg die patiënten ontvangen na zorg bij de POH-GGZ. Vervolgens is een beeld geschetst rondom het op- en afschalen in de keten op basis van de bevindingen uit de (groeps)interviews.

## **Kwaliteit voor de patiënt**

Het laatste thema schetst een beeld van de huidige kwaliteit voor de patiënt en eventuele verbetermogelijkheden. Hieronder valt zowel de inhoudelijke kwaliteit van zorg als de toegankelijkheid.

Binnen dit thema worden een aantal bevindingen gepresenteerd die voortkomen uit de (groeps)interviews.

## 2.3.2 Inrichting van POH-GGZ in de huisartsenzorg

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

### **De samenwerking tussen de huisarts en de POH-GGZ verschilt per praktijk**

Er bestaan verschillen tussen huisartsenpraktijken in de wijze waarop de samenwerking en taakverdeling tussen de huisarts en de POH-GGZ wordt vormgegeven, variërend van praktijken zonder POH-GGZ tot praktijken waar de GGZ problematiek binnen de huisartsenpraktijk vrijwel geheel bij de POH-GGZ wordt gelegd. De huisarts blijft echter eindverantwoordelijke. Daarom is het van belang dat de huisarts voldoende op de hoogte is van de patiënten bij de POH-GGZ.

Vanuit de POH's-GGZ is aangegeven dat een assertieve houding van de POH-GGZ de samenwerking met de huisarts ten goede komt. Dit komt vooral tot uiting bij het vragen om tijd van de huisarts voor overleg en consultatie. Regulier overleg tussen de huisarts en de POH-GGZ, eens per 2 tot 4 weken, wordt wenselijk bevonden. Deze overleggen dienen onder andere voor het bespreken van patiënten en eventuele doorverwijzingen, maar ook om de visie op de zorg bij de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk te bespreken. In de (groeps)interviews werd gesproken over het vormgeven van een richtlijn rondom dergelijke onderwerpen. Dit wordt verderop uitgebreider besproken.

### **De invulling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH's-GGZ verschilt in de praktijk meer dan soms wenselijk is**

Er bestaat onduidelijkheid in de keten en bij patiënten over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH's-GGZ. Dit is geen eenduidig beeld, er zijn verschillen tussen regio's. Uit de (groeps)interviews komt naar voren dat de invulling van de functie niet eenduidig is en deze onder andere afhankelijk is van de beroepsmatige achtergrond van de POH-GGZ. Dit resulteert

bijvoorbeeld in verschillen in aantal consulten per patiënt, typen behandelingen die worden aangeboden, welke problematiek wel en niet behandeld wordt door de POH-GGZ en wanneer de huisarts geadviseerd wordt door te verwijzen naar de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Variatie 'an sich' is niet onwenselijk, zolang dit maar binnen het kader van de huisartsenzorg blijft. Ondanks dat er al verschillende stappen zijn gezet in het verhelderen van de kaders (zorgstandaarden, accreditatie), blijft er behoefte aan verdere verduidelijking hiervan en de toepassing in de praktijk.

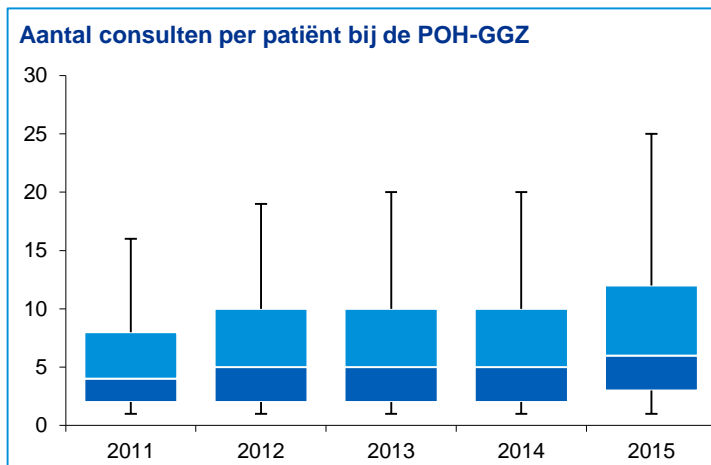
### **Voor de verdere ontwikkeling van de functie POH-GGZ is er behoefte aan een aantal richtlijnen**

Tijdens de (groeps)interviews is de behoefte geuit aan het opstellen van een richtlijn voor de functie POH-GGZ. Deze richtlijn bevat naar voorkeur advies rondom onder andere het aantal consulten per patiënt, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH-GGZ (ook met betrekking tot behandelen), overleg en consultatie met huisarts, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ, opleiding en eisen voor de functie POH-GGZ.

Er zijn al diverse initiatieven om richtlijnen op te stellen. Zo is er een landelijk functie- en competentieprofiel voor de POH-GGZ geformuleerd vanuit de Landelijke Huisartsen Vereniging en wordt er gewerkt om de opleidingen tot POH-GGZ uniformer in te vullen. Daarnaast bestaan er voorbeelden van dergelijke richtlijnen in een aantal regionale samenwerkingsverbanden. Vanuit deze samenwerkingsverbanden wordt bijvoorbeeld geadviseerd om elke twee weken een uur overleg in te plannen en is er een maximaal aantal consulten geformuleerd.

## 2.3.2 Aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ

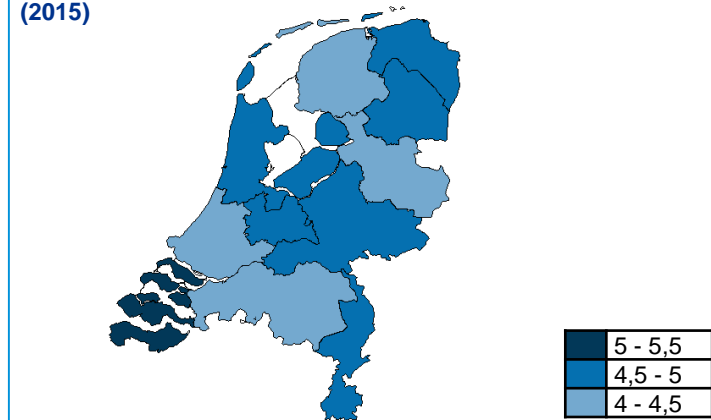
- Definitie: de bovenste figuur geeft de spreiding weer in het aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ in de 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. De periode waarin het laatste consult valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen. Het onderste streepje geeft het 5e percentiel (p05-waarde) aan. 5% van de data bevindt zich onder deze waarde of is er gelijk aan en 95% van de data bevindt zich boven deze p05-waarde. Het bovenste streepje is het 95e percentiel. Het blauwe blok begint bij het 25e percentiel en eindigt bij de het 75e percentiel. De mediaan is de grens tussen donker- en lichtblauw en geeft p50 weer.
- Definitie: de onderste figuur geeft per provincie het gemiddelde weer van het aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ in de 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. De periode waarin het laatste consult valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen. De resultaten hebben betrekking op 2015.



### Het aantal consulten bij de POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2015

- De mediaan van het aantal consulten per patiënt bij de POH-GGZ stijgt tussen 2011 en 2015 van 4 naar 6 consulten.
- Ook de spreiding van het aantal consulten neemt toe sinds 2011. De p75-waarde is gestegen van 8 consulten in 2011 naar 12 consulten in 2015. De p95-waarden is gestegen van 16 consulten in 2011 naar 25 consulten in 2015.
- Het gemiddelde van het aantal consulten is gestegen van 2,9 consulten in 2011 naar 4,6 consulten in 2015.
- In de groepsinterviews komen verschillende verklaringen naar voren voor de toename in het aantal consulten per patiënt, waaronder de beroepsmatige achtergrond van de POH-GGZ (zie vorige pagina).

### Gemiddeld aantal consulten bij de POH-GGZ per provincie (2015)



### Het gemiddeld aantal consulten bij de POH-GGZ is in 2015 het hoogst in Zeeland

- Het gemiddelde aantal consulten bij de POH-GGZ verschilt in 2015 tussen de provincies. In Zeeland is het gemiddelde aantal consulten het hoogst met 5,3 consulten per patiënt. Het laagste gemiddelde aantal consulten hebben de provincies Zuid-Holland en Overijssel met 4,4 consulten per patiënt.
- In de groepsinterviews worden verschillende verklaringen aangedragen voor de verschillen in het aantal consulten per patiënt, waaronder verschillen in regionale samenwerking (zie vorige pagina).

## 2.3.2 Inrichting van POH-GGZ in de huisartsenzorg

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

### **De vraag naar POH's-GGZ stijgt maar de recentelijk toegevoegde ruimte wordt nog niet benut**

Huisartsen en POH's-GGZ geven aan graag meer uren in te willen zetten in de praktijk. Dit is recentelijk mogelijk gemaakt, maar hier wordt in de praktijk nog weinig gebruik van gemaakt. In het geval dat een huisarts de POH-GGZ meer wil inzetten, moet deze zelf de financiële vergoeding onderhandelen met de zorgverzekeraar. Deze onderhandelingen kunnen veel tijd kosten wat het niet aantrekkelijk maakt voor huisartsen om POH's-GGZ meer in te zetten.

### **De werkdruk wordt door POH's-GGZ als te hoog ervaren**

De werkdruk van POH's-GGZ varieert tussen huisartsenpraktijken maar wordt in het algemeen als te hoog ervaren. POH's-GGZ geven aan soms tot 14 consulten op een dag te hebben, om de inzet van de POH-GGZ financieel haalbaar te houden en de grote toestroom aan patiënten op te kunnen vangen. Dit aantal consulten is in tegenstelling tot de 8 tot 10 consulten van een half uur per dag die als haalbaar worden gezien.

POH's-GGZ geven aan dat zij naast consulten voldoende tijd en ruimte nodig hebben voor andere activiteiten, zoals:

- Overleg met de huisarts
- Leggen van connecties in het veld om betere samenwerking te bevorderen
- Vormgeven van de sociale kaart
- Administratieve taken zoals schrijven van verwijsbrieven en overdrachten op indicaties
- Tijd om familie en naasten te betrekken bij behandeling

Door de huidige werkdruk komen deze activiteiten in het gedrang.

### **Wachttijden voor een consult bij de POH-GGZ verschillen, maar zijn over het algemeen niet langer dan twee weken**

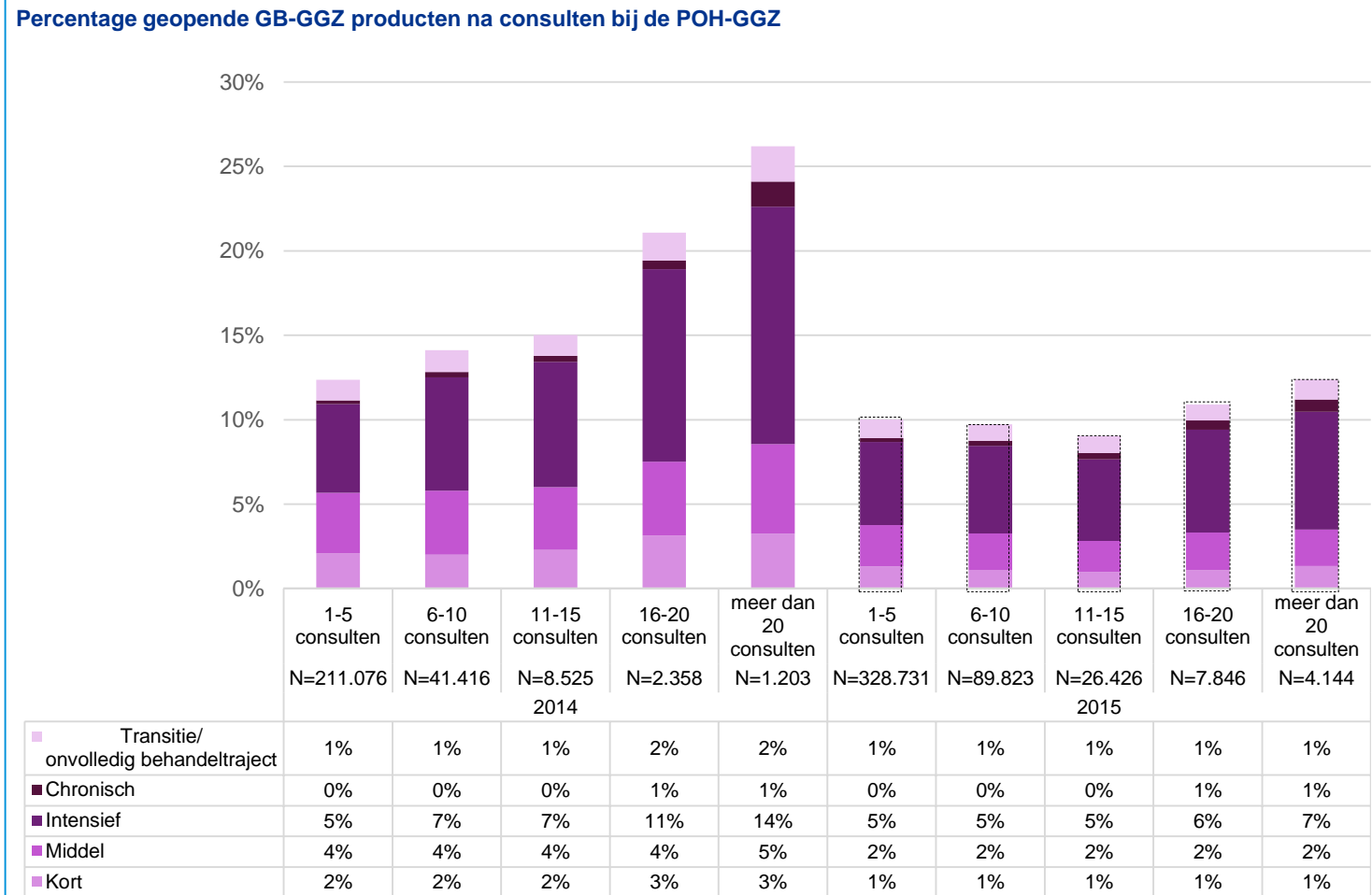
Er bestaan wachttijden voor een consult bij de POH-GGZ, deze wachttijden verschillen echter per regio en per huisartsenpraktijk. De wachttijden zijn over het algemeen niet langer dan twee weken. Als mogelijke verklaringen voor de wachttijden bij de POH-GGZ worden de moeilijke doorstroom naar de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ door wachttijden in die echelons genoemd.

### **Het wordt belangrijk gevonden dat de POH-GGZ een generieke functie blijft**

De POH-GGZ moet een generieke functie blijven, aangezien dit goed past binnen de generalistische huisartsenzorg. In dit kader wordt aangegeven dat POH's-GGZ zich vooral moeten richten op brede ontwikkeling van kennis en expertise op het gebied van GGZ problematiek binnen de huisartsenpraktijk in tegenstelling tot specialisatie op bepaalde gebieden.

# 2.3.3 Verschuivingen in de keten: Zorg na POH-GGZ

- Definitie: de figuur geeft de vervolgp producten in de GB-GGZ weer na een aantal consulten bij de POH-GGZ binnen 365 voor het laatste consult bij de POH-GGZ.
- Trajecten worden alleen geïnccludeerd in de indicator als er een maximale periode van 3 maanden is tussen de consulten POH-GGZ en het product GB-GGZ. Wanneer een patiënt meerdere keren een product GB=GGZ heeft gehad na consulten bij de POH-GGZ, tellen deze trajecten meerdere keren mee.
- Toelichting stippellijn: De percentages vervolgzorg in de GB-GGZ zijn in 2015 lager dan in 2014. Dit komt omdat alleen data tot 2015 compleet is bij Vektis. Mogelijk hebben patiënten in 2015 zorg ontvangen bij de POH-GGZ en in 2016 in de GB-GGZ. Deze patiënten zijn nog niet bekend bij Vektis en niet in de indicator meegenomen. Bij deze indicator verwachten we dus nog een verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.



## 2.3.3 Verschuivingen in de keten: Zorg na POH-GGZ

### Vervolg toelichting:

- Patiënten die na consulten bij de POH-GGZ geen zorg ontvingen in de GB-GGZ, zijn niet als een apart blokje in de figuur weergegeven.
- Het aantal consulten wordt bepaald in 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. Consulten bij de POH-GGZ ná het product GB-GGZ tellen niet mee. De periode waarin het laatste consult bij de POH-GGZ valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen.

### Hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de GB-GGZ binnen drie maanden

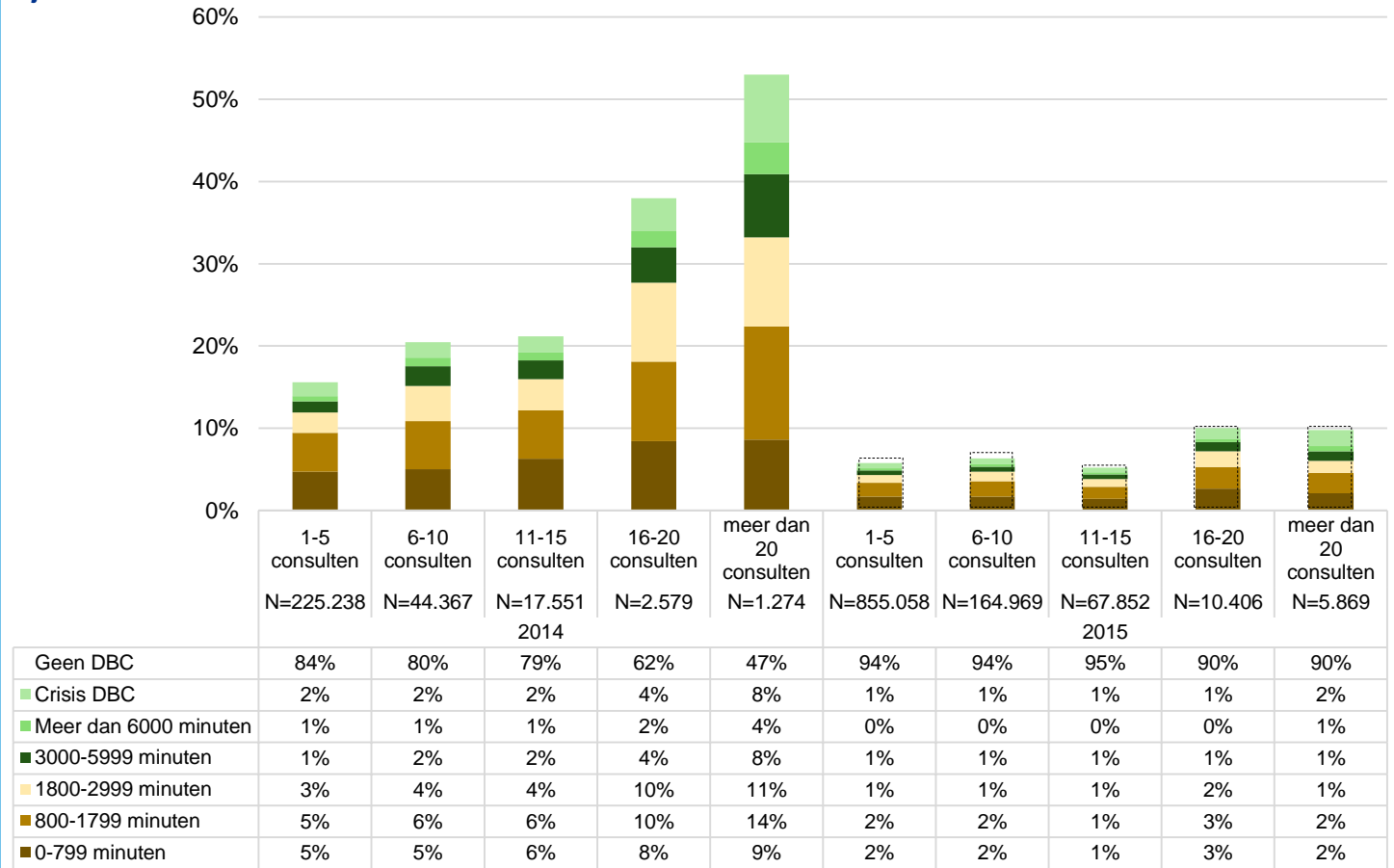
- Aandachtspunt bij deze figuur zijn de aantallen patiënten per categorie van aantal consulten. Het grootste deel van de patiënten bij de POH-GGZ heeft minder dan 10 consulten gehad. Het percentage dat 10 of minder consulten heeft gehad is in 2011 tot en met 2014 95% en in 2015 meer dan 75%.
- Een ander aandachtspunt is dat het moeilijk is eenduidig conclusies te verbinden aan deze figuur. Vervolgzorg na meer consulten bij de POH-GGZ kan enerzijds wijzen op een te lange behandeling bij de POH-GGZ, waardoor er geen sprake is van matched care. Anderzijds kan een hoog aantal consulten voor vervolgzorg duiden op noodzakelijke overbruggingszorg bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ.
- Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten binnen drie maanden geen product in de GB-GGZ. Dit geldt voor alle categorieën van aantal consulten bij de POH-GGZ.
- Wel is te zien dat hoe meer consulten een patiënt bij de POH-GGZ gehad heeft, hoe groter de kans dat de patiënt vervolgzorg ontvangt in de GB-GGZ. Na 1-5 consulten ontvangt in 2014 88% en in 2015 90% van de patiënten binnen drie maanden geen zorg in de GB-GGZ. Na 16-20 consulten is dit respectievelijk 75% en 89% en na meer dan 20 consulten 74% en 88%. Aandachtspunt is dat de cijfers van 2015 nog een onderschatting zijn (zie uitleg naast de figuur). Een aantal verklaringen voor deze trend uit de (groeps)interviews zijn (zie verder pagina 70):
  - Patiënten zwaardere problematiek (blijken te) hebben, waardoor ze meer consulten hebben ontvangen bij de POH-GGZ, alvorens zij zijn doorgestuurd naar de GB-GGZ.
  - Patiënten een voorkeur hebben voor behandeling bij de POH-GGZ.
  - De POH-GGZ levert bij wachtlijsten in de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ overbruggingszorg.
- Hoe meer consulten een patiënt heeft ontvangen bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op een product intensief in de GB-GGZ. In 2014 ontvangt na 1-5 consulten 5% van de patiënten een product intensief, na 6-15 consulten 7%, na 16-20 consulten 11% en na meer dan 20 consulten 14%. Een mogelijke verklaring is dat patiënten die meer consulten ontvangen bij de POH-GGZ zwaardere problematiek hebben en dus een grotere kans op een intensief product in de GB-GGZ.



# 2.3.3 Verschuivingen in de keten: Zorg na POH-GGZ

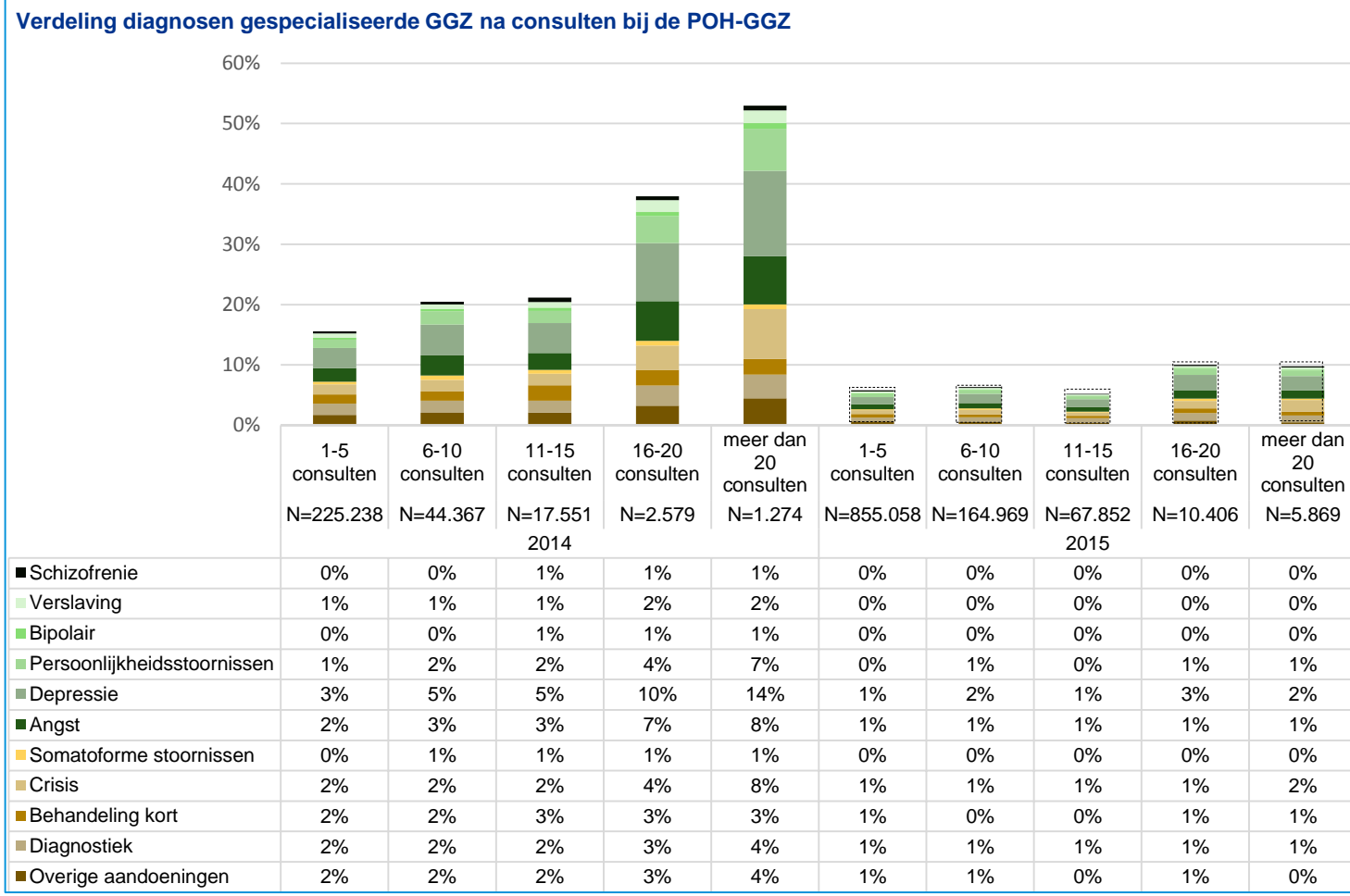
- Definitie: de figuur geeft de behandelklassen weer bij vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ na aantal consulten bij de POH-GGZ voor het laatste consult bij de POH-GGZ.
- Het aantal consulten wordt bepaald in 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. De periode waarin het laatste consult bij de POH-GGZ valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen.
- Trajecten worden alleen geïncludeerd in de indicator als er een maximale periode van 3 maanden is tussen de consulten POH-GGZ en het product in de gespecialiseerde GGZ. Wanneer een patiënt meerdere keren een product in de gespecialiseerde GGZ heeft gehad na consulten bij de POH-GGZ, tellen deze trajecten meerdere keren mee
- Patiënten die na consulten bij de POH-GGZ geen zorg ontvingen in de 2° lijn/gespecialiseerde GGZ, zijn niet als een apart blokje in de figuur weergegeven.
- Toelichting stippellijn: De percentages vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ zijn in 2015 lager dan in 2014. Dit komt omdat alleen data tot 2015 compleet is bij Vektis. Mogelijk hebben patiënten in 2015 zorg ontvangen bij de POH-GGZ en in 2016 in de gespecialiseerde GGZ. Deze patiënten zijn nog niet bekend bij Vektis en niet in de indicator meegenomen. Bij deze indicator verwachten we een verschuiving als meer declaratie-gegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

**Verdeling behandelduurklassen en crisis DBC's, met en zonder verblijf, in de 2° lijn/gespecialiseerde GGZ na aantal consulten bij de POH-GGZ**



# 2.3.3 Verschuivingen in de keten: Zorg na POH-GGZ

- Definitie: de figuur geeft de diagnoses weer bij vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ na een aantal consulten bij de POH-GGZ voor het laatste consult bij de POH-GGZ.
- Het aantal consulten wordt bepaald in 365 dagen voorafgaand aan het laatste consult. De periode waarin het laatste consult bij de POH-GGZ valt, is de periode waaraan de resultaten worden toegewezen.
- Trajecten worden alleen geïncludeerd in de indicator als er een maximale periode van 3 maanden is tussen de consulten POH-GGZ en het product in de gespecialiseerde GGZ. Wanneer een patiënt meerdere keren een product in de gespecialiseerde GGZ heeft gehad na consulten bij de POH-GGZ, tellen deze trajecten meerdere keren mee
- Patiënten die na consulten bij de POH-GGZ geen zorg ontvingen in de 2e lijn/gespecialiseerde GGZ, zijn niet als een apart blokje in de figuur weergegeven.
- Toelichting stippellijn: De percentages vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ zijn in 2015 lager dan in 2014. Dit komt omdat alleen data tot 2015 compleet is bij Vektis. Mogelijk hebben patiënten in 2015 zorg ontvangen bij de POH-GGZ en in 2016 in de gespecialiseerde GGZ. Deze patiënten zijn nog niet bekend bij Vektis en niet in de indicator meegenomen. Bij deze indicator verwachten we een verschuiving als meer declaratie-gegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.



## 2.3.3 Verschuivingen in de keten: Zorg na POH-GGZ

### **Hoe meer consulten een patiënt heeft gehad bij de POH-GGZ, hoe groter de kans op vervolgzorg in de gespecialiseerde GGZ binnen drie maanden**

- Van de patiënten die consulten hebben gehad bij de POH-GGZ, ontvangen de meeste patiënten in 2014 binnen drie maanden geen product in de gespecialiseerde GGZ. Het percentage loopt af van 84% na 1-5 consulten bij de POH-GGZ naar 62% na 16-20 consulten. Opvallend is dat in 2014 na meer dan 20 consulten bij de POH-GGZ, patiënten vaker wel (53%) dan niet (47%) zorg ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Hier gelden dezelfde mogelijke verklaringen zoals eerder benoemd in deze paragraaf (zie pagina 65).

### **Na consulten bij de POH-GGZ worden de meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor depressie**

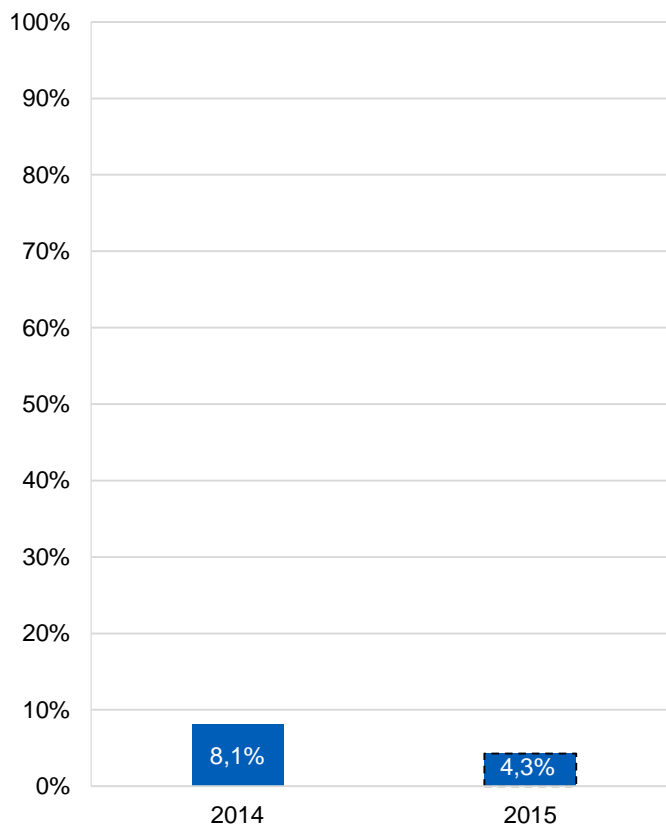
- Na consulten bij de POH-GGZ in 2014 (alle categorieën) worden de meeste patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor depressie. Dit percentage loopt in 2014 op van 3% van de patiënten na 1-5 consulten bij de POH-GGZ, 5% na 6-15 consulten, 10% na 16-20 consulten en 14% na meer dan 20 consulten.
- Na 16-20 consulten wordt 7% van de patiënten in de gespecialiseerde GGZ behandeld voor een angststoornis en 4% voor een persoonlijkheidsstoornis. Na 20 consulten is dat percentage 8% voor een angststoornis en 7% voor een persoonlijkheidsstoornis.
- Na 1-15 consulten wordt in 2014 2% van de patiënten behandeld voor een crisis in de gespecialiseerde GGZ. Na 16-20 consulten stijgt dit naar 4% en na meer dan 20 consulten naar 8%.

- Een mogelijke verklaring is dat patiënten bij de POH-GGZ behandeld worden in afwachting van een behandeling in de gespecialiseerde GGZ. Door wachtlijsten kunnen zij daar mogelijk nog niet terecht (zie pagina 70). Crisis kan een indicatie zijn van te late opschaling van zorg.
- Het zou ook kunnen gaan om chronische patiënten die stabiel waren en vanuit de gespecialiseerde GGZ zijn doorgestroomd naar de POH-GGZ en in het geval van een crisis weer behandeld worden in de gespecialiseerde GGZ. Dit kan een indicatie zijn van te late opschaling van zorg.

## 2.3.3 Verschuivingen in de keten: Zorg na POH-GGZ

- Definitie: de figuur geeft het percentage patiënten weer dat zorg ontvangt zowel in de GB-GGZ als in de gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ.
- Patiënten worden geïncludeerd als zij minimaal 1 consult bij de POH-GGZ hebben gehad, waarbij de begindatum van het laatste product en het consult bij de POH-GGZ binnen 365 dagen van elkaar liggen.
- De verslagperiode wordt bepaald op basis van de consulten bij de POH-GGZ in de jaren 2014 en 2015.
- De noemer is het aantal patiënten met minimaal 1 consult bij de POH-GGZ in de jaren 2014 en 2015. De teller is het aantal patiënten met zorg in de GB-GGZ of de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ 365 dagen opvolgend van het consult bij de POH-GGZ.
- Toelichting stippellijn: omdat een jaar vooruit gekeken wordt naar vervolgzorg, verwachten we nog verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

**Percentage patiënten dat binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ**



**Het percentage patiënten dat binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ na minimaal één consult bij de POH-GGZ is 8% in 2014**

- Tussen 2014 en 2015 daalt het percentage patiënten dat na minimaal één consult bij de POH-GGZ binnen een jaar zorg ontvangt in de GB-GGZ én de gespecialiseerde GGZ van 8,1% naar 4,3%. Belangrijk aandachtspunt is dat 2015 nog een onderschatting weergeeft (zie uitleg in de kolom aan de linkerkant van de pagina).

## 2.3.3 Verschuivingen in de keten

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

### **Doorstroom vanuit de POH-GGZ naar de andere echelons wordt bemoeilijkt door verschillende factoren**

Er zijn een aantal factoren benoemd die goede doorstroom bemoeilijken en erin kunnen resulteren dat patiënten (te) lang in zorg blijven bij de POH-GGZ.

- Eigen risico: de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ vallen onder het eigen risico en zorg bij de POH-GGZ niet. Dit kan een reden zijn voor patiënten om niet doorgestuurd te willen worden. Hoe vaak dit precies voorkomt is lastig meetbaar. Wel is aangegeven dat de groep patiënten die niet doorgestuurd willen worden naar de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ vaak een kwetsbare doelgroep is met multiproblematiek. Goede voorlichting van patiënten door de huisarts en POH-GGZ over de beweegredenen om hem/haar door te verwijzen kunnen helpen bij het overkomen van deze belemmering.
- Wachttijden in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ: De doorstroom van patiënten vanuit de POH-GGZ naar de andere echelons kan worden belemmerd door wachttijden bij vervolgzorg. De wachttijden verschillen per regio. In sommige regio's lijken de wachttijden de afgelopen jaren te zijn toegenomen, met name in de gespecialiseerde GGZ en bij specifieke doelgroepen, zoals persoonlijkheidsstoornissen.
- De relatie tussen de patiënt en de POH-GGZ: een belemmering van doorstroom is de wens van de patiënt om bij de POH-GGZ in behandeling te blijven wegens de opgebouwde relatie met de POH-GGZ.
- Stigma: het stigma dat rust op de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ bemoeilijkt in sommige gevallen de doorstroom. Er zijn patiënten die niet in de GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ behandeld willen worden doordat ze

geen label willen hebben van een DSM-IV stoornis. Het stigma lijkt sterker te zijn voor behandeling bij een instelling dan voor behandeling bij een vrijgevestigde aanbieder.

- Onbekendheid in de keten: onder GGZ-behandelaren, huisartsen en patiënten bestaat nog onduidelijkheid over wie de andere spelers in de keten zijn, welke zorg zij bieden en waar de scheidslijnen tussen de echelons precies ligt. De criteria op basis waarvan een patiënt naar de GB-GGZ of de gespecialiseerde GGZ verwezen wordt, leiden in de praktijk nog tot vragen. Hierdoor wordt een patiënt soms meerdere keren doorverwezen, voordat de patiënt op de juiste plek in zorg is. Regionale samenwerkingen lijken bij te dragen aan het overkomen van deze belemmering voor doorstroom in de keten (zie volgende pagina). Aangegeven is dat de afgelopen jaren regionale samenwerkingen toenemen en versterken.

## 2.3.3 Verschuivingen in de keten

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

\* Toelichting Vicino, SHOP en ZIO:

- Vicino is een regionale organisatie die de zorgverlening voor mensen met lichte tot matige psychische en/of sociale klachten organiseert in Noord-Holland Noord. Dit doen zij door POH's-GGZ aan te bieden aan huisartsen.
- De Stichting Huisartsen Ondersteuning Praktijkorganisatie (SHOP), onderdeel van de Huisartsen Kring Haaglanden, ondersteunt sinds 2011 huisartsen in de regio Haaglanden bij het bieden van GGZ zorg.
- ZIO (Zorg in Ontwikkeling) – voorheen stichting RHZ Heuvelland – is een eerstelijns zorgorganisatie in Maastricht en omgeving (Heuvelland). ZIO ondersteunt de eerstelijns zorgaanbieder (bijv. de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut en diëtist) in zijn of haar praktijk.

### Substitutie vanuit de andere echelons naar de POH-GGZ is in de afgelopen jaren gestegen maar kan verder verbeteren

De substitutie vanuit de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ naar de huisartsenpraktijk is de afgelopen jaren toegenomen. Er is echter nog verbeterpotentieel. Een aantal factoren die verdere substitutie bemoeilijken:

- Relatie met de behandelaar: een belemmering van substitutie naar de huisartsenpraktijk is de wens van de patiënt om bij de behandelaar in behandeling te blijven wegens de opgebouwde relatie en vertrouwensband.
- Gebrek aan mogelijkheden voor opschalen: vanuit de huisartsen en POH's-GGZ is aangegeven dat het substitueren van patiënten van de gespecialiseerde GGZ naar de POH-GGZ bemoeilijkt wordt door gebrekkige afspraken over en mogelijkheden voor opschaling, bijvoorbeeld in geval van crisis. Dit effect wordt versterkt door de lange wachttijden in de gespecialiseerde GGZ, waardoor patiënten soms lang moeten wachten als zij vanuit de huisartsenpraktijk weer naar de gespecialiseerde GGZ door moeten stromen. Aangegeven is dat om op- en afschaling soepel te laten verlopen, een warme overdracht vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de huisarts en POH-GGZ van belang is, evenals duidelijke afspraken over opschaling.
- Onbekendheid in de keten: ook is aangegeven dat bekendheid met en van de andere echelons belangrijk is voor substitutie in de keten. Er is echter nog onduidelijkheid over wanneer patiënten gesubstitueerd kunnen worden naar de POH-GGZ en welke zorg precies geleverd kan worden in de huisartsenpraktijk. Hierin zijn ook verschillen tussen praktijken.

### Er bestaan regionale verschillen in het stadium waarin de samenwerkingsafspraken in de keten zich bevinden

Er bestaan regionale verschillen in de manier waarop invulling wordt gegeven aan samenwerkingsafspraken in de keten. In een aantal regio's wordt beperkt samengewerkt en is de samenwerking sterk afhankelijk van enkele personen. Sinds 2017 zijn GGZ instellingen verplicht om samenwerkingsafspraken in hun Kwaliteitsstatuut op te nemen. De mate waarin deze afspraken in de praktijk al leiden tot de gewenste samenwerking verschilt, onder andere omdat het komen tot goede samenwerking tijd en inspanningen vergt van de betrokken partijen. Daarentegen zijn in andere regio's zorggroepen en coöperaties opgestaan om in samenwerking met partners in de keten samenwerkingsafspraken op te stellen en uit te voeren. Een aantal goede voorbeelden van dergelijke partijen zijn Vicino, SHOP en zorggroepen zoals ZIO\*. Het lijkt van belang te zijn voor de samenwerking dat er een partij in de regio de verantwoordelijkheid pakt om dergelijke samenwerkingsverbanden op te starten.

De samenwerkingsafspraken hebben een positief effect op een soepele doorstroom in de keten. Daarnaast kan door samenwerking de kwaliteit van doorverwijzen verbeteren wat bijdraagt aan matched care. Naast het delen van informatie rondom de expertise van de verschillende partijen in de keten kunnen samenwerkingsafspraken ook bijdragen aan betere communicatie tussen behandelaren en de huisarts en de POH-GGZ. Dit geeft vertrouwen en bekendheid in de keten waardoor doorstroom in de keten beter verloopt en er bekendheid is bij de verschillende betrokken partijen met de problematiek van patiënten.

## 2.3.4 Kwaliteit voor de patiënt

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

In dit onderzoek zijn enkele beelden rondom kwaliteit voor de patiënt geschetst, maar voor een compleet beeld is verdiepend onderzoek nodig.

### **Het beeld van patiënttevredenheid is wisselend**

Rondom patiënttevredenheid bestaat een wisselend beeld. Zo wordt de laagdrempeligheid van zorg bij de POH-GGZ gewaardeerd, maar vinden patiënten het vervelend om door op- en afschaling van behandelaar te wisselen. Verder kunnen veranderingen in patiënttevredenheid niet worden toegeschreven aan de stelselwijziging.

### **De informatievoorziening voor patiënten rondom het stelsel en privacy kan verbeteren**

Patiënten ervaren de informatievoorziening rondom het GGZ stelsel als onvoldoende. Zij ontvangen over het algemeen weinig informatie over het GGZ-stelsel en ervaren het systeem als onduidelijk en ondoorzichtig. Dit ondanks de diverse lopende initiatieven rondom informatievoorziening. Om deze reden laten patiënten zich voor de bepaling van het vervolgtraject veelal leiden door de huisarts en de POH-GGZ. Betere informatievoorziening kan bijdragen aan het verhogen van shared decision making. Ook kan het huisartsen en POH's-GGZ ondersteunen bij het informeren van patiënten over waar zij de beste zorg kunnen ontvangen.

Het voorstel is om de informatievoorziening te verbeteren door bijvoorbeeld een brochure te ontwikkelen die bij huisartsen en aanbieders verspreid wordt.

Naast de beperkte informatievoorziening over de keten, blijkt ook de informatievoorziening over privacy beperkt. Patiënten worden beperkt geïnformeerd over welke gegevens worden vastgelegd

en wie inzicht heeft in deze gegevens. Ook hier is geadviseerd patiënten beter te informeren, bijvoorbeeld door betere communicatie door behandelaars over wat er wordt opgenomen in het dossier en wie inzicht heeft in het dossier.

### **Naasten en familie worden beter betrokken bij de zorg**

Familie en naasten worden de afgelopen jaren beter betrokken bij de zorg voor de patiënt. Deze beweging wordt vooral herkend in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Er wordt aangegeven dat het betrekken van naasten en familie van patiënten bij de huisarts en de POH-GGZ verschilt tussen praktijken en verdere verbetering mogelijk is.

### **De POH-GGZ heeft bijgedragen aan een betere toegang tot huisartsen GGZ-zorg**

De stijging van het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ kan duiden op een verhoogde toegankelijkheid van de GGZ. Het stijgende aantal huisartsen met een POH-GGZ draagt bij aan de toegankelijkheid van zorg. Echter, de GGZ-zorg in zijn geheel wordt niet toegankelijker bevonden, voornamelijk door de aanwezigheid van wachtlijsten in de gespecialiseerde GGZ en in sommige regio's in de GB-GGZ.

### **Onduidelijkheden over verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH's-GGZ kunnen matched care belemmeren**

De invulling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de POH's-GGZ verschilt in de praktijk meer dan soms wenselijk is, zoals beschreven in paragraaf 2.3.2. Het ontbreken van een duidelijke invulling van bestaande kan ervoor zorgen dat patiënten niet altijd op de juiste plek in de keten terecht komen.

# 2.4 Verdieping zorg voor de chronische doelgroep



# 2.4.1 Inleiding

Dit deel van hoofdstuk 2 beschrijft de verdieping in de zorg voor de chronische patiënt. Deze verdieping bestaat uit een kwantitatief deel, bestaande uit een aantal indicatoren, en een kwalitatief deel gebaseerd op de (groeps)interviews. Voor verdere toelichting op de (groeps)interviews zie bijlage 5.

De verdieping in zorg voor de chronische doelgroep bestaat uit drie thema's:

1. Inrichting van de zorg voor de chronische doelgroep
2. Verschuivingen in de keten
3. Kwaliteit voor de chronische patiënt

Deze thema's zijn hieronder kort toegelicht.

## **Inrichting van de zorg voor de chronische doelgroep**

In het eerste thema van de verdieping in zorg voor de chronische doelgroep wordt gekeken naar hoe de zorg voor chronische patiënten is vormgegeven. Dit wordt gedaan door een aantal bevindingen uit de (groeps)interviews toe te lichten. Deze bevindingen gaan zowel over het stelsel als geheel als over de inrichting van zorg binnen de verschillende echelons.

Dit thema is grotendeels uitgewerkt op basis van de (groeps)interviews. Daarnaast geeft de indicator rondom de betrokkenheid van de verschillende disciplines bij het product chronisch inzicht in de verscheidenheid aan disciplines bij behandeling in de GB-GGZ

## **Verschuivingen in de keten**

De manier waarop de zorg voor de chronische doelgroep is ingericht heeft invloed op de verschuivingen van chronische patiënten in de keten. In dit thema kijken we naar de het opschalen van zorg vanuit de huisarts en de POH-GGZ naar de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ. Daarnaast is in kaart gebracht hoe de substitutie van chronische patiënten vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de huisarts gaat. Ook worden er mogelijke manieren gegeven om deze substitutie te verbeteren.

Het thema start met een aantal indicatoren die inzicht geven in de zorg die patiënten ontvangen voor en na het product chronisch in de GB-GGZ. Daarna wordt dieper ingegaan op het op- en afschalen in de keten op basis van de bevindingen uit de (groeps)interviews.

## **Kwaliteit voor de patiënt**

Het laatste thema geeft een beeld over de kwaliteit voor de chronische patiënt. Hieronder valt zowel de inhoudelijke kwaliteit van zorg als de patiënttevredenheid.

Binnen dit thema worden een aantal bevindingen gepresenteerd die voortkomen uit de (groeps)interviews.

## 2.4.2 Inrichting van zorg voor de chronische doelgroep

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

### **Product chronisch past niet altijd bij de zorgbehoefte van de chronische doelgroep**

Het product chronisch in de GB-GGZ is ontwikkeld voor een gemêleerde doelgroep, variërend van onderhoudsbehandelingen tot stabiel houden van patiënten met ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Dit zie je ook terug in de grote spreiding van het aantal minuten bij producten chronisch (zie paragraaf 2.2.9). In sommige gevallen hebben behandelaars hierdoor de beleving dat het product chronisch in de GB-GGZ niet passend is, gezien het relatief hoge aantal minuten. Dit geldt bijvoorbeeld bij stabiele patiënten die eens per drie maanden een kort update gesprek hebben; hiervoor wordt het product kort beter passend bevonden. De keuze voor een product in de GB-GGZ wordt dan niet bepaald op basis van patiëntprofielen, maar wordt beïnvloed door het aantal minuten zorg en de mogelijkheden in de afspraken met de zorgverzekeraars. Vergelijkbaar met de wijze waarop in de gespecialiseerde GGZ een DBC tot stand komt, op basis van het aantal minuten.

### **Het stelsel biedt voldoende mogelijkheden om chronische patiënten goed te behandelen, deze worden nog niet optimaal benut**

Uit de (groeps)interviews komt naar voren dat het totale stelsel voldoende mogelijkheden biedt om zorg voor chronische patiënten te leveren. De combinatie van mogelijkheden in de huisartsenpraktijk, binnen het product chronisch in de GB-GGZ en in de gespecialiseerde GGZ vormen samen voldoende aanbod om de doelgroep goed te bedienen. Hierbij werd echter wel aangegeven dat er in de aansluiting tussen de echelons grijze gebieden bestaan; in de praktijk wordt hier verschillend invulling aan gegeven.

### **Rol GB-GGZ voor chronische doelgroep niet geheel duidelijk in de keten**

Zowel huisartsen als behandelaren in de gespecialiseerde GGZ hebben aangegeven dat voor hen niet precies duidelijk is welke zorg voor chronische patiënten in de GB-GGZ geleverd kan worden. Huisartsen verwijzen chronische patiënten, ook deels van oudsher, vaak direct door naar de gespecialiseerde GGZ. Vanuit de gespecialiseerde GGZ worden stabiele chronische patiënten vaak direct door verwezen naar de huisartsenpraktijk. De GB-GGZ wordt daarbij als echelons overgeslagen.

Dit werd echter niet door alle geïnterviewden herkend. Bij sommige aanbieders bleek de rol van de GB-GGZ voor de chronische doelgroep duidelijk. Vaak was dan sprake van een goede samenwerking met aanbieder(s) in de GB-GGZ.

### **Binnen passende voorwaarden is meer toezicht van huisartsen op medicatie een goede ontwikkeling**

Zowel vanuit huisartsen als vanuit behandelaren in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ is aangegeven dat het een goede ontwikkeling is dat huisartsen toezicht houden op chronische patiënten met medicatie, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Deze voorwaarden zijn onder andere een goede overdracht aan de huisarts, consultatie mogelijkheden bij behandelaren in de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ, en duidelijke afspraken waardoor snel opschalen mogelijk is. Daarnaast is het belang benadrukt dat de huisarts zich voldoende bekwaam moet voelen om toezicht te houden op bepaalde medicatie, zoals lithium.

Er bestaan echter ook zorgen of de huisarts voldoende in staat is, zowel in beschikbare tijd als kennis, om te werken aan afbouw van medicatie.

# 2.4.2 Inrichting van zorg voor de chronische doelgroep

- Definitie: de figuur geeft een verdeling weer van de inzet van disciplines van behandelaren ingezet voor het product chronisch in de GB-GGZ. De verdeling is bepaald op basis van tijd geschreven door de verschillende disciplines.
- De disciplines die relatief de meeste tijd schrijven zijn in de figuur weergegeven. De overige disciplines zijn weergegeven in de categorie "overige beroepen".

\*Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2015: Beroepen Geestelijke Gezondheid, juli 2015

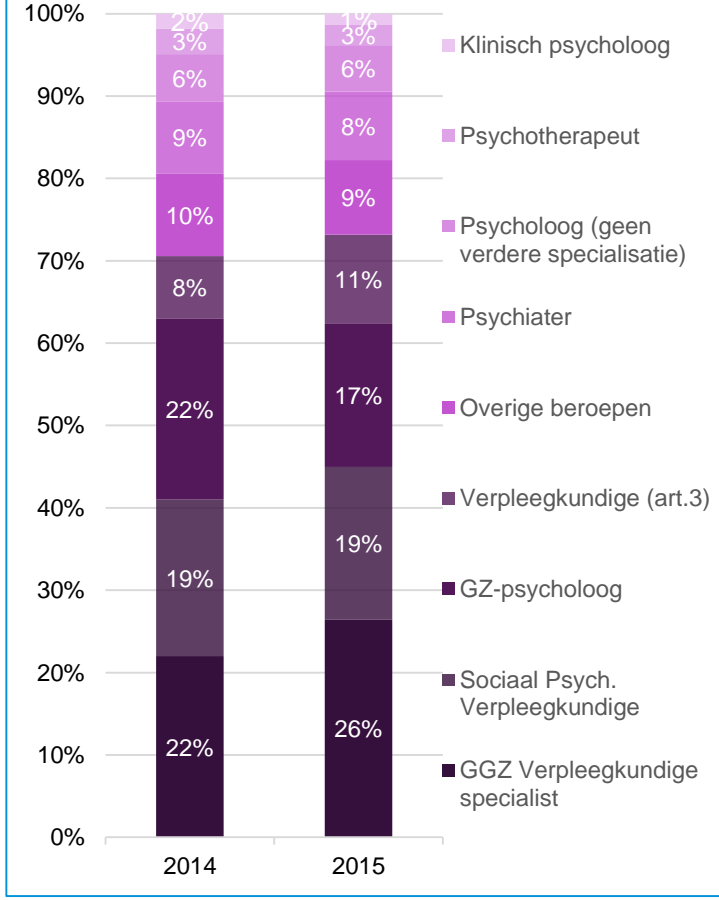
### GGZ verpleegkundig specialisten, sociaal psychologisch verpleegkundigen en GZ-psychologen leveren de meeste zorg voor het product chronisch in de GB-GGZ

- De meeste patiënten met het product chronisch in de GB-GGZ ontvingen in 2014 en 2015 zorg van een GGZ verpleegkundig specialist, sociaal psychologisch verpleegkundige (SPV) en/of een GZ-psycholoog.
- In 2015 is de inzet van de GGZ verpleegkundige specialist toegenomen. Dit geldt ook voor de inzet van andere verpleegkundigen. De inzet van de GZ-psycholoog is in 2015 juist afgenomen van 22% naar 17%. Een mogelijke verklaring is de afspraken over hoofdbehandelaarschap.

### Bij vrijgevestigde aanbieders is de inzet van GZ-psychologen voor het product chronisch in de GB-GGZ het grootst; dit verschilt sterk van de inzet van GZ-psychologen bij instellingen

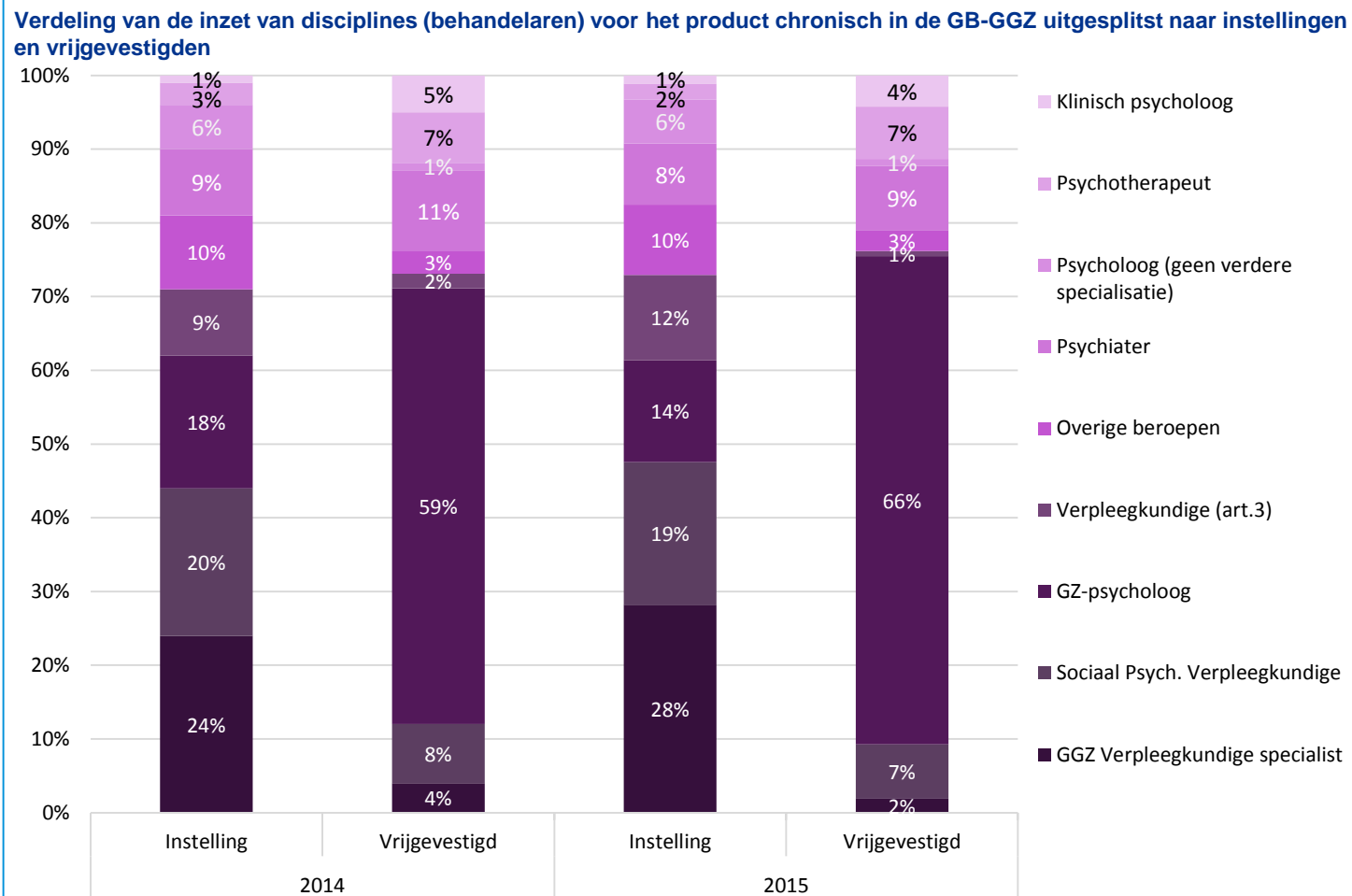
- De meeste patiënten met het product chronisch in de GB-GGZ ontvingen bij vrijgevestigde aanbieders zorg van een GZ-psycholoog in 2014 en 2015 (zie figuur op de volgende pagina). Dit aandeel stijgt in 2015 van 59% naar 66%.
- De inzet van de GZ-psycholoog voor het product chronisch in de GB-GGZ is fors hoger bij vrijgevestigde aanbieders dan bij instellingen. In 2015 is dit bijvoorbeeld 66% bij vrijgevestigde aanbieders en 14% bij instellingen. Dit kan verklaard worden door inkoopbeleid van zorgverzekeraars en afspraken over hoofdbehandelaarschap. Daarnaast is een groot deel van de vrijgevestigde aanbieders opgeleid tot GZ-psycholoog en werkt zelfstandig. Zij doen daardoor ook werk dat in instellingen mogelijk wordt uitgevoerd door andere disciplines. Ook zijn er maar weinig GGZ verpleegkundige specialisten werkzaam als vrijgevestigde\*.

Verdeling van de inzet van disciplines (behandelaren) voor het product chronisch in de GB-GGZ



# 2.4.2 Inrichting van zorg voor de chronische doelgroep

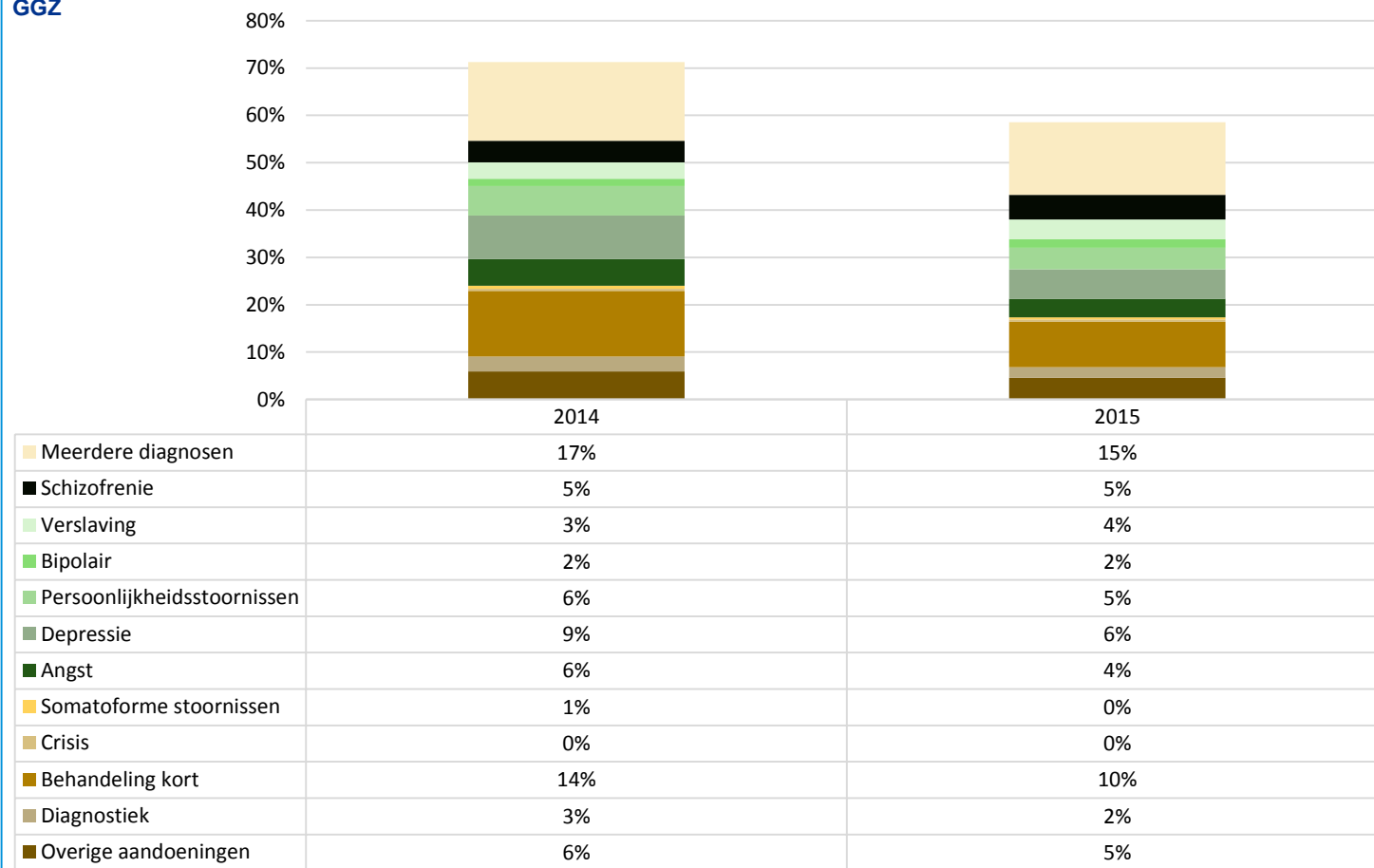
— Zie voor de definities de vorige pagina.



## 2.4.3 Verschuivingen in de keten: Zorg vóór GB-GGZ

- Definitie: de figuur geeft een verdeling weer van de diagnoses in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ van patiënten die een product chronisch geopend hebben in de verslagperiode.
- Patiënten worden geïnccludeerd als zij binnen 365 dagen voor het openen van een product chronisch in de GB-GGZ een DBC in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ open hadden staan.
- De patiënten die voor het product chronisch in de GB-GGZ géén zorg ontvingen in de gespecialiseerde GGZ, zijn niet als een apart blokje in de figuur weergegeven.

**Verdeling van diagnoses in de gespecialiseerde GGZ in de 365 dagen voordat een product chronisch geopend is in de GB-GGZ**



## 2.4.3 Verschuivingen in de keten: Zorg vóór GB-GGZ

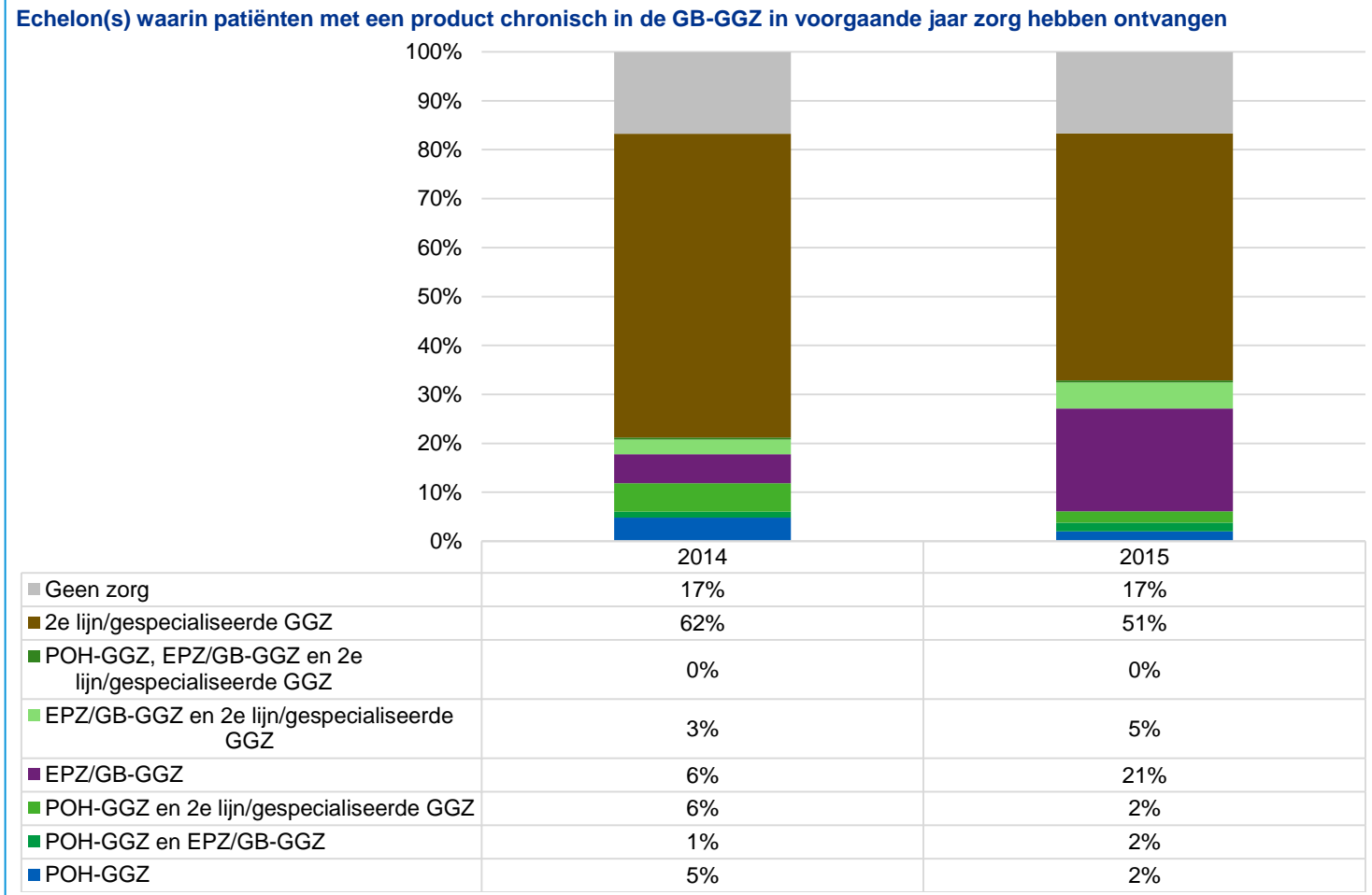
— Zie voor de definities de vorige pagina.

### **De meeste patiënten werden in het jaar voor opening van het product chronisch behandeld in de gespecialiseerde GGZ**

- Zowel in 2014 als 2015 hadden de meeste patiënten met het product chronisch in de 365 dagen voordat het product chronisch geopend werd een diagnose in de gespecialiseerde GGZ (zie figuur op de vorige pagina). Dit percentage was 71% in 2014 en 59% in 2015.
- De meeste patiënten met een product chronisch in de GB-GGZ die in het voorgaande jaar zorg ontvingen in de gespecialiseerde GGZ, werden behandeld voor meerdere diagnoses (17% in 2014 en 15% in 2015).
- Gekeken naar unieke diagnoses, hadden de meeste patiënten een product 'Behandeling kort'. Dit betekent dat zij maar beperkt zorg hebben ontvangen in de gespecialiseerde GGZ. Dit percentage daalde echter in 2015 van 14% naar 10%. Hierna werden de meeste patiënten met een diagnose in de gespecialiseerde GGZ in het jaar voor opening van het product chronisch in de GB-GGZ in 2014 behandeld voor depressie (9%), persoonlijkheidsstoornissen (6%) en angst (6%). De percentages van deze drie productgroepen daalden in 2015 ten opzichte van 2014, gelijk aan de productgroep 'Behandeling kort'.
- De percentages patiënten met een product chronisch die vooraf een product Schizofrenie of Bipolaire stoornissen hebben ontvangen in de gespecialiseerde GGZ zijn in 2015 ten opzichte van 2014 gestegen respectievelijk van 4,6% naar 5,2% en 1,6% naar 1,8%. Een verklaring hiervoor is uitstroom uit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ van de FACT populatie, waarvan een groot deel van de patiënten de diagnose schizofrenie hebben, en ketenafspraken over behandeling van bipolaire stoornissen.

# 2.4.3 Verschuivingen in de keten: Zorg vóór GB-GGZ

— Definitie: gekeken is in welke echelons patiënten in de 365 dagen voor het openen van het product GB-GGZ chronisch een product open hadden staan of (minimaal 1) consult bij POH-GGZ hadden ontvangen. Voor deze indicator wordt 365 dagen teruggekeken.



## 2.4.3 Verschuivingen in de keten: Zorg vóór GB-GGZ

— Zie voor de definitie de vorige pagina.

### **Het grootste deel van de patiënten met een product chronisch heeft ook zorg ontvangen in het voorgaande jaar**

- Het grootste deel van de patiënten met een product chronisch heeft ook zorg ontvangen in het voorgaande jaar. Dit percentage was 83% in 2014 en 2015. Dit betekent dat in 2014 evenveel patiënten met een product chronisch in de GB-GGZ ook in het voorgaande jaar zorg hebben ontvangen als in 2015.
- In 2014 heeft 10% van de patiënten met een product chronisch in het voorgaande jaar zorg ontvangen in meerdere echelons. In 2015 is dit percentage gelijk gebleven.
- Meer dan de helft van de patiënten (51%) met een product chronisch in de GB-GGZ in 2015, ontving in het voorgaande jaar alleen zorg in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ. In 2014 was dit 62%. Deze hoge percentages wijzen mogelijk op substitutie van chronische patiënten van de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ.
- Het percentage patiënten met een product chronisch in de GB-GGZ dat in het voorgaande jaar alleen zorg heeft ontvangen in de EPZ/GB-GGZ is tussen 2014 en 2015 gestegen van 6% naar 21%. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er de stelselwijziging beperkt chronische patiënten in de EPZ zaten en dat met de komst van de GB-GGZ deze groep gegroeid is en daar in zorg is gebleven.
- Daarentegen daalde tussen 2014 en 2015 het percentage patiënten met het product chronisch in de GB-GGZ dat in het voorgaande jaar zorg heeft ontvangen bij de POH-GGZ en bij de POH-GGZ en in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ. Deze percentages zijn respectievelijk gezakt van 5% naar 2% en 6% naar 2% respectievelijk. Dit hangt mogelijk samen met de ontwikkeling die in het vorige punt wordt beschreven.



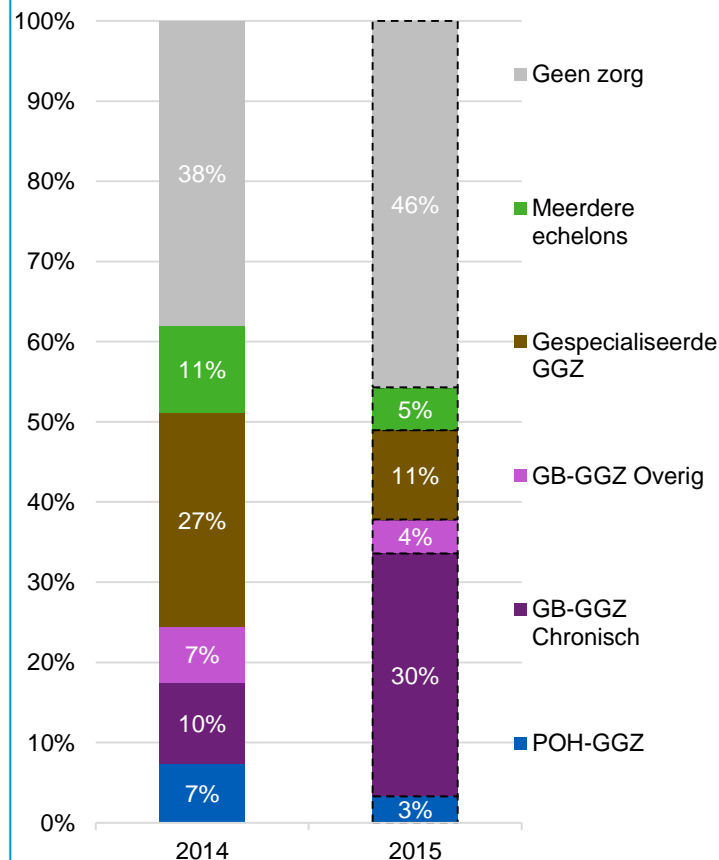
## 2.4.3 Verschuivingen in de keten: Zorg na GB-GGZ

- Definitie: de figuur heeft betrekking op vervolgzorg voor patiënten na een product chronisch in de GB-GGZ. Er wordt gekeken naar zorg binnen 365 dagen na het sluiten van het product chronisch in de GB-GGZ.
- Bij de POH-GGZ gaat het om minimaal 1 consult, bij GB-GGZ chronisch gaat het om een nieuw product chronisch, bij GB-GGZ overig gaat het om een product kort, middel of intensief, bij de gespecialiseerde GGZ gaat het om het openen van een DBC. De in categorie meerdere echelons vallen de combinaties:
  - POH-GGZ en GB-GGZ
  - POH-GGZ en gespecialiseerde GGZ
  - GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ
  - POH-GGZ, GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ
- Toelichting stippellijn: omdat een jaar vooruit gekeken wordt naar vervolgzorg, verwachten we nog verschuiving als meer declaratiegegevens bij Vektis beschikbaar zijn. Dit is aangegeven in de figuur door middel van een stippellijn.

### Het grootste deel van de patiënten ontvangt opnieuw zorg binnen 365 dagen na sluiten van het product chronisch in de GB-GGZ

- Aandachtspunt bij deze indicator is dat 2015 nog een onderschatting weergeeft.
- In 2014 en 2015 ontvangt het grootste deel van de patiënten met het product chronisch opnieuw zorg binnen 365 dagen na sluiting van het product. Dit percentage is gedaald in 2015 ten opzichte van 2014 van 62% naar 54%.
- In 2014 ontving het grootste deel van de patiënten binnen 365 dagen na sluiting van het product chronisch zorg in de gespecialiseerde GGZ (27%). Dit percentage is in 2015 gedaald naar 11%.
- In 2014 ontving 7% van de patiënten binnen 365 dagen zorg bij de POH-GGZ, in 2015 3%. De cijfers bevatten geen data van patiënten die zorg ontvangen bij de huisarts. Mogelijk ontvangen chronische patiënten wel zorg bij de huisarts, bijvoorbeeld voor medicatie.
- In 2015 lijkt er sprake te zijn van meer terugstroom naar het product chronisch in de GB-GGZ. 30% van de patiënten stroomt opnieuw in in de GB-GGZ met het product chronisch binnen 365 dagen na het sluiten van het product chronisch. Dit kan onder andere verklaard worden door het verplicht afsluiten van een product na een jaar.

### Percentage patiënten dat opnieuw zorg ontvangt binnen 365 dagen na sluiten GB-GGZ product chronisch



## 2.4.3 Verschuivingen in de keten

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

### **Substitutie van de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de huisarts en POH-GGZ is op gang gekomen maar verdere verbetering is mogelijk**

De substitutie van de chronische doelgroep vanuit de gespecialiseerde GGZ naar de GB-GGZ en de huisarts en POH-GGZ is op gang gekomen, maar nog meer kan toenemen. Behandelaren in de GB-GGZ geven aan dat de toestroom van patiënten uit de gespecialiseerde GGZ lager was dan verwacht werd voor de stelselwijziging. Het vermoeden bestaat dat behandelaren in de gespecialiseerde GGZ het lastig vinden om patiënten los te laten en de zorg af te laten schalen. Daarnaast wordt vanuit de gespecialiseerde GGZ aangegeven dat patiënten zelf niet behandeld willen worden in een ander echelon, onder andere door de opgebouwde relatie met de behandelaar en de behoefte aan specialistische kennis.

Aan de andere kant wordt vanuit de gespecialiseerde GGZ aangegeven dat een deel van de chronische doelgroep gesubstitueerd kan worden naar de huisarts. Echter, voordat een dergelijke substitutie kan plaatsvinden, moeten een aantal zaken op orde zijn. Hierbij zijn genoemd het organiseren van consultatiemogelijkheden bij de psychiater en mogelijkheden tot snelle opschaling terug naar de gespecialiseerde GGZ indien nodig. Deze zaken zijn ook vanuit huisartsen en POH's-GGZ genoemd als belangrijke condities om substitutie naar de huisarts mogelijk te maken en overvraging te voorkomen. Daarnaast geven huisartsen en POH's-GGZ aan een goede overdracht vanuit de gespecialiseerde GGZ van groot belang te vinden bij substitutie van chronische patiënten.

Een goed regionaal netwerk kan bovenstaande belemmeringen verhelpen en substitutie verder versterken.

### **Doorverwijzen naar gespecialiseerde GGZ wordt bemoeilijkt door specialisaties van aanbieders**

In de (groeps)interviews werd aangegeven dat er een beweging is gemaakt in de gespecialiseerde GGZ naar meer expertise en specialisatie. Aanbieders lijken meer en meer te specialiseren in een aantal stoornissen en behandelen patiënten met andere stoornissen niet of weinig. Deze specialisaties kunnen in gevallen, vooral wanneer er sprake is van een combinatie van stoornissen, het doorverwijzen van patiënten naar de gespecialiseerde GGZ bemoeilijken. Het komt voor in dergelijke situaties dat een patiënt een aantal keer wordt verwezen naar andere aanbieders, voordat zij in zorg komen.

Meer afstemming tussen verschillende aanbieders van gespecialiseerde GGZ over deze specifieke gevallen, lijkt een mogelijke oplossing te bieden voor het opheffen van deze belemmering.

## 2.4.4 De kwaliteit voor de patiënt

Deze pagina is gebaseerd op resultaten van (groeps)interviews.

### **De zorg voor de chronische patiënt kan verbeteren door deze meer rondom de patiënt te organiseren**

Vanuit alle echelons is aangegeven dat de zorg voor de chronische patiënt kan verbeteren door de patiënt meer centraal te zetten. Hierbij wordt het belang van samenwerking over de echelons benadrukt voor hogere kwaliteit van zorg, het voorkomen van chroniciteit en verbetering van de diagnostisering van chronische stoornissen. Om dit te bewerkstelligen is het belangrijk dat expertise uit de gespecialiseerde GGZ beter beschikbaar wordt gemaakt voor huisarts en POH-GGZ.

In sommige regio's bestaan goede voorbeelden van echelon overstijgende samenwerkingen rondom de chronische doelgroep. Een voorbeeld hiervan is een case manager die verbonden blijft aan de patiënt bij op- en afschalen tussen de GB-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De case manager is het aanspreekpunt voor de patiënt en behandelaren. Dit zorgt voor een soepele doorstroom in de keten en meer focus op lange termijn herstel. Echter, de huisartsenzorg is hier nog niet voldoende bij betrokken. En ander voorbeeld is de organisatie van de gespecialiseerde GGZ in de wijk, waardoor samenwerking met huisarts en wijkteams wordt bevorderd. Dergelijke initiatieven worden van belang geacht voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel van de patiënt. Voor dergelijk herstel is het namelijk cruciaal dat het systeem, naast en familie, worden betrokken bij de behandeling van de patiënt.

Als laatste werd samenwerking tussen specialisten genoemd ter verbetering van de zorg voor de chronische doelgroep. Hiermee worden zowel specialisten van andere psychische stoornissen als somatische specialisten bedoeld. Aangegeven wordt dat comorbiditeit het herstel van chronische stoornissen sterk kan beïnvloeden waardoor samenwerking van belang is.

### **In de huisartsenpraktijk kan de vroegsignalering van chronische stoornissen verbeteren**

Vanuit cliënten(vertegenwoordigers) is aangegeven dat het lastig is om een chronische stoornis te diagnosticeren en het daarom in sommige gevallen lang kan duren. Patiënten blijven dan soms te lang in zorg bij de huisarts al dan niet in combinatie met de POH-GGZ. Er wordt aangegeven dat de beschikbare tijd bij de huisarts soms te kort is om bepaalde chronische stoornissen goed te diagnosticeren. Daarnaast is aangegeven dat het van belang blijft om te investeren in de kennisuitwisseling in de keten ten aanzien van de chronische problematiek. Dit om tijdige doorverwijzing ten behoeve van passende zorg te realiseren.

### **Ter overbrugging van de wachttijd of behouden van een stabiele situatie wordt teveel medicatie ingezet bij de chronische doelgroep**

In de (groeps)interviews worden zorgen geuit dat medicatie te snel wordt ingezet bij de chronische doelgroep. Dit lijkt vooral te gebeuren bij de huisarts wanneer de patiënt wachttijd voor de gespecialiseerde GGZ moet overbruggen.

Daarnaast bestaan er zorgen dat er in alle echelons teveel medicatie wordt ingezet om chronische patiënten stabiel te houden. Er kwam naar voren dat er in die gevallen te weinig focus is op afbouw van medicatie bij chronische patiënten.



# Bijlagen

1. Geformuleerde vragen door VWS
2. Overzicht indicatoren
3. Uitgebreide toelichting methode
4. Gebruikte coderingen
5. (Groeps)interviews
6. Afkortingen
7. Klankbordgroep

# Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS (1/2)

## Worden de beoogde doelen van invoering van de stelselwijziging GGZ behaald?

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

## Vormgeving POH-GGZ en GB-GGZ

### POH-GGZ

- Inzicht geven of de flexibilisering en functionalisering van de POH-GGZ voldoende mogelijkheden biedt om zelfmanagement te stimuleren, e-health toe te passen en evidence based preventie binnen de huisartsenpraktijk te beleggen.
- Inzicht geven in welk percentage van de huisartsenpraktijken een POH-GGZ in dienst hebben (loondienst, gedetacheerd via instelling of een andere arbeidsovereenkomst).
- Inzicht geven of de huisartsenpraktijk gebruik maakt van consultatie van een aanbieder van de GB-GGZ en/of gespecialiseerde GGZ. Wat voor invloed heeft dit op (het aantal) verwijzingen? Kan hierbij onderscheid worden gemaakt tussen het wel en niet aanwezig zijn van een ondersteuningsfunctie in de huisartsenpraktijk en het type ondersteuning? Hierbij een vergelijking maken tussen het aantal doorverwijzingen van huisartsen met een POH-GGZ in

- loondienst en een POH-GGZ met een detacheringsovereenkomst en bij laatstgenoemde onderscheid te maken in doorverwijzing naar de eigen instelling of een andere instelling. M.a.w.: wordt er meer verwezen naar de instelling waar de POH-er bij in dienst is?
- Inzicht geven of de patiënt actief betrokken wordt bij een verwijzing en of deze keuzevrijheid heeft naar welke aanbieder van de GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ wordt verwezen. Hoe vaak komt het voor dat patiënt toch kiest voor dezelfde aanbieder(s) als waar de POH-er in dienst is?
- Inzicht geven of de huisarts of diens ondersteuner gebruik maakt van een screeningstool en het verwijsmodel. En hebben die tools effect op het verwijsgedrag?

# Bijlage 1 – Geformuleerde vragen door VWS (1/2)

## *GB-GGZ*

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

## *Overige vragen*

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

# Bijlage 2 – Overzicht indicatoren (1/2)

Echelon	Indicator
Huisartsenzorg (inclusief POH- GGZ)	Totale kosten inschrijftarief POH-GGZ
	% huisartsen met een POH-GGZ
GB-GGZ	% producten GB-GGZ
	% patiënten met gewijzigd product GB-GGZ
	Gemiddeld # minuten per product GB-GGZ
	Echelon(s) waarin patiënten GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen
Gespecialiseerde GGZ	% patiënten met DBC < 800 minuten (zonder verblijf)
	% patiënten met diagnostiek DBC
	Echelon(s) waarin patiënten gespecialiseerde GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen bij betrokken aanbieders
Over echelons	# patiënten in zorg per echelon
	% patiënten per echelon
	Totale behandelkosten per echelon
	% behandelkosten per echelon
	# nieuwe patiënten in zorg per echelon
	Gemiddelde behandelkosten per patiënt per echelon
	Totale medicatiekosten per echelon
	% patiënten met medicatie per echelon
	Medicatiekosten per patiënt per echelon

# Bijlage 2 – Overzicht indicatoren (2/2)

Echelon	Indicator
Verdieping POH-GGZ	# consulten per patiënt bij de POH-GGZ
	Verdeling type producten GB-GGZ na aantal consulten (in categorieën) bij de POH-GGZ
	Verdeling diagnoses gespecialiseerde GGZ na aantal consulten (in categorieën) bij de POH-GGZ
	Verdeling behandelduurklassen en crisis DBC's, met en zonder verblijf, in de gespecialiseerde GGZ na aantal consulten (in categorieën) bij de POH-GGZ
	% patiënten dat zorg ontvangt in de GB-GGZ én de 2 <sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ, na consult bij de POH-GGZ
Verdieping chronische GGZ-zorg	Verdeling van de inzet van disciplines (behandelaren) voor product chronisch
	Voor patiënten die in 365 dagen voor het openen van een product chronisch, een product in de 2 <sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ open hadden staan: verdeling van diagnoses in de gespecialiseerde GGZ in de 365 dagen voordat een product chronisch geopend is.
	% patiënten dat opnieuw zorg ontvangt binnen 365 dagen na sluiten GB-GGZ product chronisch
	Echelon(s) waarin patiënten met een product chronisch in de GB-GGZ in voorgaande jaar zorg hebben ontvangen



# Bijlage 3 – Uitgebreide toelichting methode (1/4)

## Vershil rapportage juni 2017 en eerdere rapportages

De rapportage juni 2017 verschilt in enkele opzichten van eerder verschenen rapportages:

- In voorgaande monitoren GB-GGZ werd gerapporteerd op het niveau van drie regio's, waar mogelijk aangevuld met landelijke analyses. Inmiddels zijn landelijke data van 2014 en 2015 beschikbaar en heeft het ministerie van VWS besloten de monitor GB-GGZ te beperken tot de landelijke analyses. In de huidige rapportage komen dus geen regio analyses meer voor.
- De data voor de regio analyses werd geleverd door aanbieders in de drie betreffende regio's, waardoor met recente data gewerkt kon worden. In het beschikbaar komen van landelijke data zit een vertraging, omdat producten nog een jaar open kunnen staan. Daarom wordt gerapporteerd over de jaren 2014 en 2015.
- Er wordt gerapporteerd in hele jaren, in plaats van in halve jaren, zoals eerder bij de regio analyses. Dit draagt bij aan de herkenbaarheid van de resultaten.
- Samenhangend met bovenstaande punten is besloten de rapportage één keer per jaar uit te brengen, in plaats van de eerdere twee keer per jaar.

## Vergelijkbaarheid cijfers met eerdere rapportages

De cijfers in de huidige rapportage zijn niet één-op-één vergelijkbaar met de cijfers uit de voorgaande rapportages. Daarvoor bestaan verschillende redenen:

- In voorgaande rapportages zijn verslagperioden van een halfjaar gehanteerd en in de huidige rapportage verslagperioden van een heel jaar. Door de toewijzing van

patiënten aan verslagperioden komt de som van twee halve jaren in de voorgaande rapportage niet altijd exact overeen met de cijfers van hele jaren in de huidige rapportage. Soms telden patiënten in de voorgaande rapportage in twee halve jaren mee, terwijl de patiënt nu in een heel jaar één keer wordt meegeteld. Ook door toewijzing aan het zwaarste echelon kunnen verschillen ontstaan tussen verslagperioden van een half jaar en een heel jaar.

- Voor de POH-GGZ zijn in de huidige rapportage meer codes meegenomen (zie Bijlage 4) dan in de voorgaande rapportage. Omdat er een aantal wijzigingen hebben plaatsgevonden in de codes voor de POH-GGZ, is voor deze rapportage opnieuw gekeken welke codes geïncorporeerd moeten worden in de analyses en zijn enkele codes toegevoegd. Aangezien meer codes zijn meegenomen bestaat de kans dat waarden bij de POH-GGZ hoger zijn dan in voorgaande rapportages.

# Bijlage 3 - Uitgebreide toelichting methode (2/4)

- Voor één zorgverzekeraar zijn in 2015 niet alle patiënten en kosten bij de POH-GGZ meegenomen, wat mogelijk tot een kleine onderschatting in 2015 bij de POH-GGZ leidt. Dit komt doordat huisartspraktijken waarbij het merendeel van de verzekerden bij deze zorgverzekeraar verzekerd zijn, gebruik maken van slechts één prestatiecode om alle POH-GGZ gerelateerde zorg te declareren. Onder deze prestatiecode declareren deze praktijken niet alleen consulten, maar ook inschrijftarieven. Daar komt bij dat de totale kosten van alle inschrijftarieven en consulten (van deze prestatiecode dus) verdeeld worden over alle verzekerden die bij deze praktijk zijn ingeschreven (en niet alleen de patiënten die bij de POH-GGZ zijn geweest). Hierdoor zijn patiënten die zorg ontvangen hebben bij de POH-GGZ niet meer te onderscheiden. Om die reden is deze prestatiecode uitgesloten van het onderzoek. Hierdoor worden 175.000 patiënten uitgesloten (waarvan maar een deel bij de POH-GGZ in zorg was) en €616.000 (wat zowel het inschrijftarief POH-GGZ is voor alle verzekerden bij die huisartsen als de kosten voor consulten).
- Door heraanlevering van data door zorgverzekeraars hebben correcties plaatsgevonden in data van de 2<sup>e</sup> lijn vóór 2014.
- In de jaren vanaf 2014 zijn de cijfers nog gestegen door nieuwe aanleveringen die nog hebben plaatsgevonden na de analyses van vorig jaar. Dit heeft voornamelijk invloed op de echelons GB-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

## Bron kwantitatieve data

Alle kwantitatieve data zijn afkomstig van Vektis.

## Exclusiecriteria

De volgende declaraties zijn geëxcludeerd:

- Forensische zorg
- Ziekenhuiszorg
- Wmo zorg
- AWBZ zorg
- Wlz zorg
- Mensen zonder BSN (o.a. buitenlanders, illegalen)
- Verzekerden met zorg buiten de gedefinieerde regio's

## Verslagperiode

Deze rapportage heeft betrekking op de jaren 2011 tot en met 2015. De verslagperiodes een halfjaar. Aangezien cijfers beschikbaar zijn vanaf 2011 en we een jaar terugkijken of een patiënt een product heeft openstaan (dus in behandeling is in een bepaald echelon), is het niet mogelijk om enkele indicatoren te bepalen voor 2011.

## Leeftijdscategorieën

De figuren in deze rapportage omvatten zorg geleverd aan patiënten van 18 jaar en ouder. Per 1 januari 2015 is jeugd GGZ overgeheveld naar gemeenten. Deze zorg is voor Vektis niet meer inzichtelijk en daarover wordt dan ook niet gerapporteerd.

# Bijlage 3 - Uitgebreide toelichting methode (3/4)

## Bronnen:

- <sup>1</sup> Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ
- <sup>2</sup> NZa, REGELING NR/CU-524, Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ

## Aandachtspunten bij interpretatie data

Bij de interpretatie van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek dient rekening gehouden te worden met onderstaande punten:

- Bij het interpreteren van indicatoren met betrekking tot medicatie dient rekening gehouden te worden met het feit dat voor het aanleveren van farmaciegegevens aan Vektis sinds het tweede halfjaar van 2015 een nieuwe standaard wordt gebruikt. Het vergoed bedrag is in de nieuwe standaard anders samengesteld en omvat nu specifiekere medicatiekosten. De kosten in het tweede halfjaar van 2015 zijn om deze reden niet één-op-één vergelijkbaar met de kosten in voorgaande perioden.
- De indicatoren gaan over verzekerden met een declaratie bij:
  - de POH-GGZ (2011 tot en met december 2015)
  - EPZ (2011-2013)
  - 2<sup>e</sup> lijn (2011-2013)
  - GB-GGZ (incl. product Onvolledig behandeltraject) (2014 en 2015)
  - Gespecialiseerde GGZ (DBC's en geselecteerde OVP's) (2014 en 2015)
- Voor het kwantitatieve deel van het onderzoek bestaat het echelon 'huisartsenzorg' alleen uit zorg geleverd door de POH-GGZ. Voor zorg geleverd door de huisarts is niet te onderscheiden of deze zorg GGZ-zorg was. Patiënten die alleen bij de huisarts komen voor hun psychische problematiek zijn dan ook niet meegenomen in de analyses. Uitzondering hierop zijn de analyse van het Nivel (zie paragraaf 2.2.2 tot en met paragraaf 2.2.5).
- Data met betrekking tot EPZ zorg in 2011, 2012 en 2013 is geleverd door Vektis. Vektis heeft alleen beschikking tot data met betrekking tot verzekerde zorg (zowel basis als aanvullende verzekering). Onverzekerde zorg geleverd in de EPZ is niet meegenomen in de analyses. De analyses geven dus mogelijk een onderschatting van de totale zorg geleverd in de EPZ.
- De analyses met betrekking tot kosten zijn uitgevoerd op declaratiebedragen. Voor de verrekening van opbrengstverschillen in het lopende jaar tussen budget en opbrengsten van de DBC-tarieven (A-segment) gold tot 2012 een per zorgaanbieder (instelling) variërende procentuele opslag of aftrek (verrekenpercentage) op de DBC-tarieven<sup>1</sup>. Voor DBC's die vanaf 1 januari 2013 werden geopend, konden zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen verrekenpercentage meer met elkaar overeenkomen<sup>2</sup>. Deze beleidswijziging heeft als gevolg dat de kosten in deze rapportage tussen 2011 en 2012 en de daaropvolgende jaren, niet geheel vergelijkbaar zijn.
- De openingsdatum van een product bepaalt aan welke verslagperiode het product wordt toegewezen. De gegevens zijn bijgewerkt tot 1 maart 2017. Alle producten meegenomen in de analyses zijn gesloten.
- Zorgverzekeraars voeren landelijke materiële controles uit bij GGZ-aanbieders. Het doel van deze controles is het toetsen van de rechtmatigheid van declaraties van zorgaanbieders en/of het vaststellen van de doelmatigheid van behandelingen. Deze controles kunnen leiden tot bijstellingen van de kosten van GGZ-instellingen. Dit betekent dat de kosten, zoals weergegeven in deze rapportage, nog naar beneden bijgesteld kunnen worden.

# Bijlage 3 - Uitgebreide toelichting methode (4/4)

\* Alleen POH-GGZ, dus niet het hele echelon huisartsenzorg.

## Toewijzing zwaarste echelon

Een patiënt met producten bij meerdere echelons telt mee bij het 'zwaarste' echelon waar hij in een verslagperiode een geopend product had. Dit betekent dat een patiënt in hetzelfde halfjaar ofwel eerst bij de EPZ/GB-GGZ zorg ontving en daarna in de 2<sup>e</sup> lijn/gespecialiseerde GGZ of omgekeerd. Uitzondering op toewijzing aan het zwaarste echelon vormen:

- Indicatoren met betrekking tot kosten: kosten worden meegenomen in het echelon waarin ze worden gemaakt;
- Indicatoren specifiek voor producten in GB-GGZ of gespecialiseerde GGZ: hierbij worden alle producten bekeken en niet alleen de producten van patiënten voor wie het betreffende echelon het zwaarste echelon is.

Door patiënten toe te wijzen aan het zwaarste echelon, is er een percentage patiënten dat wel zorg ontvangt bij POH-GGZ, EPZ of GB-GGZ, maar niet is meegenomen in de analyses. We hebben de percentages in beeld gebracht.

## Percentage patiënten dat niet meegenomen is in betreffende echelon, omdat zij in een zwaarder echelon ook zorg ontvangen

	2011	2012	2013	2014	2015
POH-GGZ*	29%	24%	24%	23%	23%
EPZ	16%	13%	14%	N.v.t.	N.v.t.
GB-GGZ	N.v.t.	N.v.t.	N.v.t.	16%	11%

# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (1/5)

## Huisartsenzorg

De volgende ICPC-coderingen zijn gebruikt om patiënten met psychische problematiek bij de huisarts in kaart te brengen.

Psychische symptomen			Psychische stoornissen			Sociale problemen			
P01	Angstig/nerveus/ gespannen gevoel	P16	Acuut alcohol misbruik/intoxicatie	P70	Seniele dementie/Alzheimer	Z01	Armoede/financieel probleem	Z15	Verlies/overlijden van partner
P02	Crisis/voorbijgaande stressreactie	P17	Tabaksmisbruik	P71	Andere organische psychose(n)	Z02	Probleem met voedsel/water	Z16	Relatieprobleem met kind
P03	Down/depressief gevoel	P18	Geneesmiddelmisbruik	P72	Schizofrenie	Z03	Probleem huisvesting/buurt	Z18	Probleem met ziekte van kind
P04	Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag	P19	Drugsmisbruik	P73	Affectieve psychose	Z04	Probleem met sociale/culturele achtergrond	Z19	Verlies/overlijden van kind
P05	Zich oud voelen/gedragen	P20	Geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen	P74	Angststoornis/angsttoestand	Z05	Probleem met werksituatie	Z20	Relatieprobleem met ouders/familie
P06	Slapeloosheid/andere slaapstoornis	P21	Overactief kind/hyperkinetisch syndroom	P75	Hysterie/hypochondrie	Z06	Probleem met werkloosheid	Z21	Probleem met gedrag van ouders/familie
P07	Libido verlies/vermindering	P22	Andere zorgen gedrag kind	P76	Depressie	Z07	Probleem met opleiding	Z22	Probleem met ziekte van ouders/familie
P08	Seksuele bevrediging verlies/vermindering	P23	Andere zorgen gedrag adolescent	P77	Suicidepoging	Z08	Probleem met sociale verzekering/welzijnszorg	Z23	Verlies/overlijden van ouders/familie
P09	Bezorgdheid over seksuele voorkeur	P24	Specifiek leerprobleem	P78	Neurasthenie/surmenage	Z09	Probleem met justitie/politie	Z24	Relatieprobleem met vrienden
P10	Stamelen/stotteren/tics	P25	Levensfaseprobleem volwassene	P79	Andere neurose	Z10	Probleem toegankelijkheid/ beschikbaarheid gezondheidszorg	Z25	Probleem ten gevolge van geweld
P11	Eetprobleem(en) bij kind	P27	Angst voor psychische ziekte	P80	Persoonlijkheds-/karakterstoornis	Z11	Probleem met ziek zijn	Z27	Angst een sociaal probleem te hebben
P12	Enuresis [ex. U04]	P28	Functiebeperking/handicap psychische ziekte	P85	Mentale retardatie/intellectuele achterstand	Z12	Relatieprobleem met partner	Z28	Sociale functiebeperking/handicap
P13	Encopresis	P29	Andere psychische symptomen/klachten	P98	Andere/niet gespecificeerde psychose(n)	Z13	Probleem met gedrag van partner	Z29	Ander sociaal probleem
P15	Chronisch alcoholmisbruik			P99	Andere psychische stoornissen	Z14	Probleem met ziekte van partner		

# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (2/5)

Voor één zorgverzekeraar zijn in 2015 niet alle patiënten en kosten bij de POH-GGZ meegenomen, wat mogelijk tot een kleine onderschatting in 2015 bij de POH-GGZ leidt. Dit komt doordat huisartspraktijken waarbij het merendeel van de verzekerden bij deze zorgverzekeraar verzekerd zijn, gebruik maken van slechts één prestatiecode om alle POH-GGZ gerelateerde zorg te declareren. Onder deze prestatiecode declareren deze praktijken niet alleen consulten, maar ook inschrijftarieven. Daar komt bij dat de totale kosten van alle inschrijftarieven en consulten (van deze prestatiecode dus) verdeeld worden over alle verzekerden die bij deze praktijk zijn ingeschreven (en niet alleen de patiënten die bij de POH-GGZ zijn geweest). Hierdoor zijn patiënten die zorg ontvangen hebben bij de POH-GGZ niet meer te onderscheiden. Om die reden is deze prestatiecode geëxcludeerd uit het onderzoek. Hierdoor worden 175.000 patiënten uitgesloten (waarvan maar een deel bij de POH-GGZ in zorg was) en €616.000 (wat zowel het inschrijftarief POH-GGZ is voor alle verzekerden bij die huisartsen als de kosten voor consulten).

## POH-GGZ

Voor de POH-GGZ zijn de volgende coderingen binnen de huisartsenzorg meegenomen. Deze codes zijn gebruikt voor twee doeleinden:

- Om te selecteren welke zorg als POH-GGZ zorg is geregistreerd
- Hoeveel huisartsen gebruik maken van een POH-GGZ

Prestatiecode	Jaren waarin deze code gebruikt werd	Omschrijving
31201	2015	Toeslag POH GGZ DSW
31280	2016	POH GGZ Intake
31281	2016	POH GGZ Kort
31282	2016	POH GGZ Lang
31330	2016	DBC POH GGZ
40006	2012-2013	Intake POH-GGZ
40008	2012-2013	Korte behandeling door POH-GGZ
40010	2012-2013	Co-behandeling door POH-GGZ en een andere zorgverlener
40011	2012-2013	Langdurig begeleidings- en of behandeltraject door de POH-GGZ
11609	2015	POH-GGZ module zorggroep
11201	2015	Module POH-GGZ per kwartaal per ingeschreven verzekerde
12110	2015	Consult POH-GGZ korter dan 20 minuten
12111	2015	Consult POH-GGZ 20 minuten en langer
12112	2015	Visite POH-GGZ korter dan 20 minuten
12113	2015	Visite POH-GGZ 20 minuten en langer
12114	2015	Telefonisch consult POH-GGZ
12115	2015	E-mailconsult POH-GGZ
12116	2015	Groepsconsult POH-GGZ
14789	2015	Implementatie POH GGZ

# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (3/5)

## Bron:

1. NZa: Regeling NR/CU-530

## EPZ

Voor de EPZ zijn alle bestaande prestatiecodes binnen de EPZ meegenomen om de geleverde zorg in kaart te brengen.

## GB-GGZ

Binnen de GB-GGZ bestaan de volgende prestatiecodes die zijn gebruikt om de zorg binnen de GB-GGZ te definiëren:

Prestatiecode	Omschrijving
180001	GB-GGZ Kort (BK)
180002	GB-GGZ Middel (BM)
180003	GB-GGZ Intensief (BI)
180004	GB-GGZ Chronisch (BC)
180005	Transitieproduct (in 2014)/Onvolledig behandeltraject (vanaf 2015)
040006, 040008, 040009, 040011, 040013, 040019, 040020, 040021, 040022, 040023, 198300, 198301, 40006, 400060, 40008, 400080, 40009, 400090, 40011, 400110, 40012, 40013, 400130, 40018, 40019, 400190, 40020, 400200, 40021, 40022, 40023, 400230	Overige codes, waaronder innovatiecodes, overige producten (OVP's) en de Vicino codes

Voor declaratie van het product onvolledig behandeltraject in de GB-GGZ gelden de volgende richtlijnen<sup>1</sup>:

- Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM stoornis, wordt de behandeling afgesloten en wordt een product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
- Indien voor een patiënt in 2013 een behandeling in het kader van EPZ is gestart en nog slechts voor maximaal twee consulten doorloopt in 2014 dan wordt het in 2013 uitgevoerde deel van de behandeling op 31 december 2013 beëindigd en conform de beleidsregel 1e lijnspsychologische zorg in rekening gebracht. Voor het afrondende deel in 2014 wordt een product Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.

Om deze typen zorg in beeld te brengen, wordt het product onvolledig behandeltraject in het onderzoek meegenomen als een product binnen de GB-GGZ.

# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (4/5)

## 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ

Voor de 2<sup>e</sup> lijn en gespecialiseerde GGZ zijn alle DBC's meegenomen uit de codelijst van DBC onderhoud. Daarnaast hebben we ook onderstaande OVP's meegenomen.

Declaratiecode	Omschrijving
194073	OVP niet-basispakketzorg consult
194074	OVP niet-basispakketzorg verblijf
194028	Individuele preventie bij hoog risico groepen per uur



# Bijlage 4 - Gebruikte coderingen (5/5)

## Medicatie

Als GGZ-medicatie zijn de volgende medicijnen meegenomen.

ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving	ATC_code	Omschrijving
N05AA01	CHLOORPROMAZINE	N05AH03	OLANZAPINE	N05BE01	Buspirone	N06AX11	MIRTAZAPINE
N05AA02	LEVOMEPRIMAZINE	N05AH04	QUETIAPINE	N06AA01	DESIPRAMINE	N06AX12	BUPROPION
N05AA03	PROMAZINE	N05AL01	SULPIRIDE	N06AA02	IMIPRAMINE	N06AX16	VENLAFAXINE
N05AB02	FLUFENAZINE	N05AN01	LITHIUM	N06AA04	CLOMIPRAMINE	N06AX21	DULOXETINE
N05AB03	PERFENAZINE	N05AX08	RISPERIDON	N06AA09	AMITRIPTYLINE	N06AX22	AGOMELATINE
N05AB04	PROCHLOORPERAZINE	N05AX12	ARIPIPRAZOL	N06AA10	NORTRIPTYLINE	N06BA04	METHYLFENIDAAT
N05AC01	PERICIAZINE	N05AX13	PALIPERIDON	N06AA12	DOXEPINE	N06BA09	ATOMOXETINE
N05AC02	THIORIDAZINE	N05BA01	Diazepam	N06AA16	DOSULEPINE	N06DA03	RIVASTIGMINE
N05AD01	HALOPERIDOL	N05BA02	Chlordiazepoxide	N06AA21	MAPROTILINE	N06DA04	GALANTAMINE
N05AD05	PIPAMPERON	N05BA04	Oxazepam	N06AB03	FLUOXETINE	N06DX01	MEMANTINE
N05AD06	BROOMPERIDOL	N05BA05	Potassium clorazepate	N06AB04	CITALOPRAM	N07BA02	BUPROPION
N05AD07	BENPERIDOL	N05BA06	Lorazepam	N06AB05	PAROXETINE	N07BB01	DISULFIRAM
N05AE03	SERTINDOL	N05BA08	Bromazepam	N06AB06	SERTRALINE	N07BB03	ACAMPROSAAT
N05AF01	FLUPENTIXOL	N05BA09	Clobazam	N06AB08	FLUVOXAMINE	N07BB04	NALTREXON
N05AF03	CHLOORPROTIXEEN	N05BA10	Ketazolam	N06AB10	ESCITALOPRAM	N07BC01	BUPRENORFINE
N05AF05	ZUCLOPENTIXOL	N05BA11	Prazepam	N06AF03	FENELZINE	N07BC02	METHADON
N05AG01	FLUSPIRILEEN	N05BA12	Alprazolam	N06AF04	TRANLYCYPROMINE	N07BC51	BUPRENORFINE, COMBINATIEPREPARATEN
N05AG02	PIMOZIDE	N05BA17	Fludiazepam	N06AG02	MOCLOBEMIDE	N06BA02	Dexamfetamine
N05AG03	PENFLURIDOL	N05BA56	Lorazepam, combinations	N06AX03	MIANSERINE		
N05AH02	CLOZAPINE	N05BB01	Hydroxyzine	N06AX05	TRAZODON		

# Bijlage 5 – (Groeps)interviews

## Rol van de POH-GGZ in de keten

In de interviews over de rol van de POH-GGZ in de keten is verdieping gezocht op vier onderwerpen:

- De POH-GGZ in de huisartsenpraktijk: onder andere gesproken over de samenwerking tussen de POH-GGZ en de huisarts, wachttijden en de verantwoordelijkheden van de POH-GGZ.
- De POH-GGZ in de keten: onder andere gesproken over de invloed van het eigen risico, wachttijden in de keten, samenwerkingsafspraken en mogelijkheden voor het op- en afschalen van zorg.
- Ontwikkeling van de functie van de POH-GGZ: onder andere gesproken over de toegankelijkheid van zorg en toekomstige ontwikkeling in de verantwoordelijkheden van de POH-GGZ.
- Kwaliteit voor de patiënt: onder andere gesproken over patiënttevredenheid en kwaliteit van zorg.

Voor dit thema hebben twee groepsinterviews plaatsgevonden, waarvan één met leden van de klankbordgroep. Aanvullend hebben 6 telefonische interviews plaatsgevonden. In totaal hebben 4 huisartsen, 4 POH's-GGZ, 3 vrijgevestigde behandelaren GB-GGZ, 2 behandelaren GB-GGZ vanuit instellingen, 1 vrijgevestigde behandelaren gespecialiseerde GGZ, 2 behandelaren gespecialiseerde GGZ vanuit instellingen en 4 patiënten(vertegenwoordigers) input geleverd op dit thema.

## Zorg voor de chronische doelgroep

In de interviews over zorg voor de chronische doelgroep is verdieping gezocht op vier onderwerpen:

- De chronische doelgroep in de keten: op- en afschalen van zorg voor de chronische doelgroep, mogelijkheden van behandeling in de keten en prikkels en belangen bij zorg in de keten.
- Kwaliteit voor de patiënt: onder andere gesproken over patiënttevredenheid, kwaliteit van zorg en benutting van de kwaliteiten van de huisarts..
- Ontwikkeling van de zorg voor de chronische doelgroep: onder andere gesproken over samenwerking in de keten en tarieven.

Voor dit thema hebben twee groepsinterviews plaatsgevonden, aangevuld met 6 telefonische interviews plaatsgevonden. In totaal hebben 4 huisartsen, 4 POH's-GGZ, 3 vrijgevestigde behandelaren GB-GGZ, 1 behandelaren GB-GGZ vanuit instellingen, 1 vrijgevestigde behandelaren gespecialiseerde GGZ, 2 behandelaren gespecialiseerde GGZ vanuit instellingen en 4 patiënten(vertegenwoordigers) input geleverd op dit thema.

# Bijlage 6 - Afkortingen

Afkorting	Volledige omschrijving
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DSM	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
EMH	E-mental health
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GB-GGZ	Generalistische Basis GGZ
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
POH	Praktijk Ondersteuner Huisarts
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

# Bijlage 7 - Klankbordgroep

De functie van de klankbordgroep in het huidige onderzoek omvat onderstaande punten.

- Voorafgaand aan het onderzoek heeft een bijeenkomst plaatsgevonden met de klankbordgroep. Deze bijeenkomst heeft plaatsgevonden op 7 februari 2017. In deze bijeenkomst zijn actuele onderwerpen bepaald die meegenomen zijn als bespreekpunten in de (groeps)interviews.
- Op 13 april 2017 heeft een groepsinterview plaatsgevonden met de klankbordgroep. Tijdens deze bijeenkomst heeft de klankbordgroep gereflecteerd op de resultaten van het eerdere groepsinterview met betrekking tot de functie van de POH-GGZ in de keten.
- Op 1 juni 2017 is de conceptrapportage besproken met de klankbordgroep. De klankbordgroep heeft de conceptrapportage tegen gelezen en feedback geleverd.

In onderstaande tabel zijn de partijen opgenomen die in de klankbordgroep vertegenwoordigd zijn.

## Partijen vertegenwoordigd in de klankbordgroep

GGZ Nederland	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
InEen	Nederlandse Zorgautoriteit (Nza)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Landelijk Platform GGZ
Nederlands Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Meines Holla	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Meines Partners	Zorginstituut Nederland
Nivel	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)



**KPMG on social media**



**KPMG app**

© 2017 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.