



DE VISIE VAN CZ OP DE GENEESKUNDIGE GGZ



Inhoudsopgave

- 3 Woord vooraf
- 4 De geneeskundige GGZ, de visie van CZ
- 6 Kwaliteit van zorg
- 7 Kostenbeheersing
- 8 Toegankelijkheid
- 9 Gids in de zorg
- 10 Speerpunten: ketenzorg en preventie
- 12 Hoe wil CZ haar visie realiseren?
- 18 Verslavingszorg
- 18 Kennisvergroting en strategische samenwerking
- 19 Colofon



Woord vooraf

Bij de totstandkoming van de visie van CZ op de geneeskundige GGZ zijn enkele experts betrokken geweest. Wij hebben namelijk de input van de zorgaanbieders nodig om weloverwogen de juiste beslissingen te kunnen nemen. Vervolgens hebben wij het veld uitgenodigd om ons concept-visiedocument kritisch te lezen. Aan onze oproep heeft een tiental partijen gehoor gegeven, variërend van GGZ Nederland, grote GGZ instellingen en ziekenhuizen tot de ROEP en vrijgevestigde zorgverleners. Deze input is voor ons zeer waardevol geweest en hebben wij gebruikt om onze visie op de geneeskundige GGZ waar nodig aan te scherpen of verder te verduidelijken.

Niet alle vragen en opmerkingen zijn verwerkt in dit visiedocument, omdat wij in dit document alleen de hoofdlijnen van het beleid willen benoemen. De antwoorden op de meer gedetailleerde vragen kunt u vinden op onze website www.cz.nl/ggz

In het eerste deel van het document is de visie van CZ uitgewerkt. Hierbij is tevens de vertaalslag gemaakt naar de zorginkoop. Met deze visie kunnen echter nog steeds vele wegen worden bewandeld om de visie te realiseren. In het tweede deel van het document (vanaf pagina 12) lichten wij toe hoe CZ hier invulling aan wil geven.

De geneeskundige GGZ, de visie van CZ

Met de Zorgverzekeringswet (ZVW) verviel in 2006 het verschil tussen ziekenfonds en particulier. Per 1 januari 2008 gaat vervolgens het op geneeskundige deel van de GGZ, met uitzondering van opnamen langer dan 365 dagen, over van de AWBZ naar de ZVW. Hiermee komt een eind aan de verzekeringstechnische scheiding van psychische en somatische zorg.

CZ Actief in Gezondheid (CZ) heeft als doelstelling de algemene gezondheidsconcepten die worden gehanteerd voor de somatische zorg ook te gebruiken voor de geneeskundige GGZ. Dit betekent dat de thema's kwaliteit, kostenbeheersing en keuzevrijheid van onze verzekerden centraal staan.

De geneeskundige GGZ

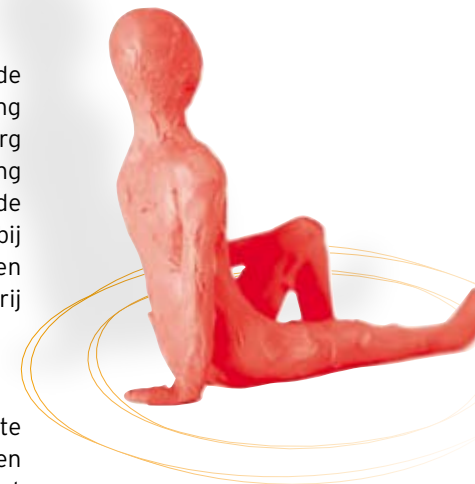
CZ streeft ernaar dat niet-complexe psychologische problemen worden behandeld in de eerste lijn. Evenals in de somatische zorg zien wij hier een prominente rol weggelegd voor de huisarts, ondersteund door de praktijk-ondersteuner GGZ. Op deze manier wordt de integrale benadering van somatische en psychologische klachten

gewaarborgd. De huisarts dient zodanig te worden toegerust dat hij of zij aan de hand van protocollen/screeningslijsten kan bepalen of een patiënt behandeling nodig heeft, of dat bijvoorbeeld zelfzorg of mantelzorg toereikend is. Tweedelijnszorg wordt pas ingezet als het echt nodig is. Indien vooraf al duidelijk is dat behandeling in de eerste lijn (door huisarts of eerstelijns psycholoog) niet toereikend is, moet de huisarts de patiënt meteen doorsturen naar de tweede lijn. Dat geldt bijvoorbeeld bij een psychose en andere zware problematiek. Door de huidige tweede lijn te ontlasten van de zorg die ook in de eerste lijn geboden kan worden, krijgt deze de handen vrij om wachtlijsten te verkorten voor de complexere ggz-zorg.

Pijlers van de zorginkoop

CZ wenst zich door een eigen visie, alsmede door een doelmatige zorginkoop, te onderscheiden van haar concurrenten. Kwalitatief goede zorg bieden, tegen een scherpe prijs. Om 'de beste zorg' in te kunnen kopen is het noodzakelijk dat benchmarkcijfers beschikbaar komen. Toegankelijkheid, kosten, klinische interventies, resultaten en klantervaringen moeten meetbaar zijn. De basisset prestatie-indicatoren kan ons hierbij ondersteunen.

De dimensies 'kwaliteit, kosten en keuzevrijheid' kunnen worden vertaald naar de vier pijlers van zorginkoop: ►



Kwaliteit van zorg

CZ onderschrijft het belang van een landelijke ontwikkeling van richtlijnen en protocollen. Een belangrijk neveneffect hiervan is dat de zorg en de ingezette behandeling transparanter worden. Voor onze verzekerden kunnen we zo eenzelfde kwaliteitsniveau garanderen, ongeacht de regio, samenwerkingsverbanden en organisatievormen. Dit leidt ook steeds meer naar toepassing van zogenaamde "evidence based" zorg. CZ wil deze aanpak primair gebruiken bij aandoeningen waarvoor deze landelijke richtlijnen reeds zijn gesteld, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, schizofrenie, ADHD en eetstoornissen. Waar mogelijk zal ook bij andere aandoeningen *evidence based* zorg als uitgangspunt worden gehanteerd.

Ook veiligheid is een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld de APZ-en krijgen steeds meer een open karakter. De veiligheid van cliënten komt soms in gevaar door dreigingen van andere cliënten of anderen van buiten de instelling. CZ wenst voor haar verzekerden een veilige omgeving te contracteren en zal daarom, op dit gebied, randvoorwaardelijke afspraken maken met aanbieders.

EVIDENCE BASED



Kostenbeheersing

Als basis hanteren wij het principe van stepped-care (stap voor stap zwaardere zorg inzetten). Dit betekent dat zoveel als mogelijk gestart wordt met een minimale interventie. Startend met zelfhulpgroepen en cursussen, naar laagdrempelige, wijkgerichte, eerstelijnszorg, naar de complexere tweedelijnszorg. De eerstelijnszorg (huisarts en POH GGZ, GZ-psycholoog en AMW) heeft dus de voorkeur boven de tweedelijnszorg. Een ambulante behandeling heeft de voorkeur boven opname. Het is bekend dat opname negatieve neveneffecten kan hebben en dat veelal ambulante alternatieven beschikbaar zijn. Tweedelijnszorg wordt pas ingezet wanneer dat echt nodig is. Deze zorg moet naar mening van CZ dan wel zonder lange wachtlijsten beschikbaar zijn.

Daarnaast wenst CZ de kosten van de GGZ-zorg transparant te maken, bijvoorbeeld door kostenoverzichten te sturen aan haar verzekerden. Hierbij wordt aangesloten op het algemene CZ beleid.

De GGZ kent een aantal inhoudelijke thema's die van invloed zijn op de kosten en dus de premie. Als voorbeeld kan de problematiek van draaideurpatiënten worden genoemd. Door middel van het verder ontwikkelen van zorgprogramma's, gericht op deze specifieke doelgroepen, kan de doelmatigheid van de zorg aan deze groepen worden vergroot.

Toegankelijkheid

Klantgericht werken impliceert het inspelen op de wensen en behoeften van de klant. De verzekerde dient in de visie van CZ waar mogelijk keuze te hebben in behandelaar en methodiek, mits dit past binnen het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. De stand van de medische wetenschap en de mate van acceptatie in de medische praktijk zijn daarbij belangrijke graadmeters. Wij zullen daarom specifiek aangeven bij welke zorgverleners wij respectievelijk de eerstelijns psychologische zorg, de tweedelijns ambulante zorg en de tweedelijns klinische zorg willen inkopen. Door deze zorgverleners te contracteren kunnen wij richting onze verzekerden kwalitatief goede zorg garanderen.

Het toegankelijk zijn van zorg betekent dat wachttijden de zogenaamde Treeknormen niet mogen overschrijden. Crisiszorg echter dient zonder wachttijden beschikbaar te zijn. Toegankelijkheid kan ook betekenen dat verzekerden buiten kantooruren geholpen kunnen worden, bijvoorbeeld per telefoon of via internet en e-mail.

3

4

Gids in de Zorg

Op dit moment is de GGZ een ingewikkeld en ondoorzichtig stelsel van voorzieningen dat per regio sterk verschilt. CZ wenst de toegang tot de GGZ-zorg te verbeteren, onder meer door het vervullen van een gidsfunctie. Die gidsfunctie (zoals www.cz.nl/gezondheid, CZ zorggidsen en Zorgservice) zorgt er onder andere voor dat cliënten een beter inzicht krijgen in de keuzes die kunnen worden gemaakt, en sneller op de juiste plaats komen. Gidsen is niet alleen nodig tussen zorgverleners maar ook binnen het aanbod van zorgaanbieders die meerdere programma's hebben. Onze gidsrol beperkt zich niet tot de reguliere zorg. Ook lotgenotencontacten, zelfstudie en andere vormen van zelfhulp zullen wij inzichtelijk maken.

GIDSFUNCTIE



Twee speerpunten: ketenzorg en preventie

KETENZORG



CZ heeft de overtuiging dat de zorg voor chronisch zieken beter kan worden georganiseerd. Zij wil verzekerden die een langdurige ervaring in de zorg hebben, gericht kunnen bedienen met een goed afgestemd zorgprogramma, geheel gericht rondom een aandoening. De invulling van deze zogenaamde ketenzorg is vergelijkbaar met het model dat CZ al heeft ontwikkeld rondom diabeteszorg. Het eerste GGZ ketenzorgproject zal worden ingericht rondom depressie. Hiervoor is CZ een intensieve samenwerking met het Trimbos Instituut aangegaan. Bij de uitwerking zal nadrukkelijk de samenwerking met de veldpartijen worden gezocht.

Een belangrijk onderdeel van ketenzorg is preventie. Welke middelen kunnen worden ingezet zodat vroegtijdig psychologische problemen worden gesignaleerd en aanpak. Enerzijds om de zorg zo laagdrempelig mogelijk te houden en anderzijds om de zorg in de toekomst betaalbaar te kunnen houden.



Hoe wil CZ haar visie realiseren? Een tipje van de sluier

Eerstelijns zorg

In de visie van CZ zal ook bij de GGZ-aandoeningen de huisarts een prominente rol spelen. Hij is in dit kader poortwachter én behandelaar. Hij moet bij deze rolinvulling terug kunnen vallen op de nieuwe functionaris 'praktijkondersteuner GGZ (POH)' en eventueel (2e-lijns) specialisten. De huisarts (alsmede de POH) zal, ondersteund door onder meer de regionale ondersteuningsstructuur en gefaciliteerd door CZ, aan de hand van screeningslijsten en protocollen bepalen of een patiënt al dan niet behandeling nodig heeft, of dat zelfzorg, mantelzorg of hulp van buiten de gezondheidszorg, zoals van het maatschappelijk werk of jeugdhulpverlening, de aangewezen oplossing is.

Afhankelijk van ondermeer de aard van de problematiek, maar ook de interne organisatie van de huisartsenpraktijk, zal de huisarts zelf behandelen danwel doorverwijzen. Bij het doorverwijzen is het noodzakelijk dat een duidelijke scheiding wordt gemaakt tussen eerste- en tweedelijnszorg. Bij de eerstelijnszorg kan doorverwezen worden naar eerstelijns psychologen en maatschappelijk werk (WMO). Deze zorg moet snel, laagdrempelig en betaalbaar zijn. In de visie van CZ dient de eerstelijnszorg geleverd te worden door GZ-psychologen, vrijgevestigd danwel werkzaam in een (Wtzi erkende) instelling. Bij met name deze laatste moet voorkomen worden dat de GZ-psycholoog een voorportaal wordt voor de tweedelijnszorg en moet daar-

SCREENEN EN DOORVERWIJZEN



naast geborgd worden dat de eerstelijns zorg laagdrempelig en wijkgericht wordt aangeboden. Daarom zal CZ randvoorwaarden creëren om objectieve screening en doorverwijzing te waarborgen.

Als eerstelijnszorg geleverd door de GZ-psycholoog ontoereikend is, wordt door hem/haar terugverwezen naar de huisarts. De huisarts beslist vervolgens, conform het *stepped care* model, welke behandeling vervolgens wordt ingezet. Dit kan leiden tot consultatie danwel verwijzing naar de tweede lijn. Door deze werkwijze willen wij het belang van de integrale benadering van somatiek en geestelijke gezondheid benadrukken.

Indien vooraf al duidelijk is dat behandeling in de eerste lijn (door huisarts of GZ-psycholoog) niet toereikend is, moet de huisarts de patiënt meteen doorsturen naar de tweede lijn.

Vrijgevestigden (specialistische zorg)

Ook in de tweedelijnszorg blijven in de visie van CZ vrijgevestigden een belangrijke rol vervullen. Meer dan voorheen verwacht CZ daar echter transparantie over werkwijze en resultaat en afstemming met de rest van het GGZ-veld. Deze doelstelling tracht CZ onder meer te realiseren door het maken van afspraken met beroepsverenigingen.

Ambulante specialistische (tweedelijns)zorg

De tweedelijnszorg wordt aangeboden door reguliere aanbieders, zoals RIAGG's, maar ook door nieuwe aanbieders, vaak landelijke ketens. Concurrentie leidt hier tot doelmatige en kwalitatief goede zorg. Door toepassing van landelijk erkende meetinstrumenten kan in de toekomst de kwaliteit van de diverse behandelingen en zorgaanbieders vergeleken worden.

Verblijfszorg

Bij de verblijfszorg binnen een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) kan onderscheid worden gemaakt tussen korte en langdurige opnamen. CZ hanteert als uitgangspunt dat beide vormen van verblijfszorg fysiek van elkaar zijn gescheiden.



Indien sprake is van co-morbiditeit met een somatische aandoening, is CZ voorstander van een model waarin medisch specialistische zorg geboden wordt vanuit een PAAZ-afdeling in een regulier ziekenhuis danwel een APZ. In de regio's waarin zowel een PAAZ als een APZ kortdurende klinische zorg biedt, is een heldere werkverdeling gewenst.

Het APZ is daarnaast de omgeving waarin de langer durende verblijfszorg en de asielfunctie gerealiseerd wordt. CZ zal topspecialistische zorg niet per definitie bij iedere PAAZ en APZ inkopen. Noodzakelijke schaalgrootte kan hier leiden tot minder keuze voor de verzekerde.

Op het moment dat langdurige cliënten voor hun behandeling geen geïntegreerd verblijf meer behoeven, kan een meer passende en normalere woonomgeving worden gezocht. Waar mogelijk betekent dat het huren van een zelfstandige woning. Ook een beschermde woonomgeving, welke door de Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) kan worden geboden, behoort tot de mogelijkheden. CZ is van mening dat, om een zo normaal mogelijke situatie te benaderen, in dergelijke situaties de geneeskundige zorg bij voorkeur losgekoppeld wordt van de verblijfszorg. Goede klinische voorzieningen dienen wel beschikbaar te blijven voor het geval de bewoner een terugval doormaakt die klinisch verblijf noodzakelijk maakt.

Jeugdzorg

Bij kinderen met problemen is veelal sprake van problemen op meerdere velden. Een integrale screening door Bureau Jeugdzorg (BJZ) leidt ertoe dat alle probleemvelden goed in beeld komen. Echter ook hier zal de huisarts een centrale rol kunnen vervullen. Bij een aanzienlijke groep kan een combinatie van zowel jeugdzorg als jeugd-GGZ noodzakelijk zijn. Een goede afstemming is dan van wezenlijk belang. BJZ zal bij evidente psychiatrische problematiek snel moeten doorverwijzen.

Concurrentie versus samenwerking

CZ zal beleid ontwikkelen dat, daar waar mogelijk, samenwerking tussen aanbieders stimuleert en tevens, waar noodzakelijk, concurrentie bevordert. Uitsluitend door samenwerking is het mogelijk zorgprogramma's te realiseren. Concurrentie daarentegen is van belang om te komen tot efficiëntere zorgvormen.



Verslavingszorg

CZ wenst meer inzicht te krijgen in de resultaten van de verslavingszorg. De indruk bestaat dat in veel gevallen sprake is van terugval en dat verslaafden shopgedrag vertonen (van de ene naar de andere instelling).

Er is een toenemende vraag naar behandeling in het buitenland tegen veelal hogere kosten. Deze vraag komt onder meer voort uit het imago van de verblijfsvoorzieningen in Nederland. CZ zal haar beleid afstemmen op deze ontwikkeling.

Kennisvergroting en strategische samenwerking

CZ heeft als zorgverzekeraar zorginnovatie hoog op de agenda staan en is altijd op zoek naar verbeteringen. Zij wenst de strategische samenwerking met onderzoeksinstituten verder uit te bouwen en zal trachten andere experts te stimuleren. CZ zal ook vernieuwingen bij aanbieders stimuleren. De mogelijkheden van zorgprogramma's hebben daarbij de eerste aandacht, hetgeen betekent dat behandelingen die niet efficiënt zijn niet zullen worden ingekocht.

Colofon

Redactie:

Afdeling Farmacie & GGZ

Rebecca Awad	076 - 5243206
Stijn van Geleuken	046 - 4595593
Tijs van Hoek	076 - 5243782
Monique Kant-Cox	076 - 5243716
Jeanette van Leussen	0113 - 274537
Nicole Smeets	046 - 4595122

www.cz.nl/ggz

email: rz.tb@CZ.nl

Vormgeving/fotografie:

Britt de Looff, Studio CZ

Illustraties:

Jancees van Westering (cartoons)

Heidi Sieben & Britt de Looff, Studio CZ

November 2007

