

Project: POH/Linking Pin Heerenveen

Gemeente Heerenveen, CJG Heerenveen, Huisartsenpraktijken Jubbega en Nieuwehorne, Molendrift.
Evaluaties worden periodiek gedeeld met De Friesland Zorgverzekeraar.

Tussenevaluatie d.d. 31 december 2015

Indeling:

1. Achtergrond
2. Stand van zaken en evaluatie
3. Conclusies, wensen, adviezen

Ad. 1. Achtergrond

Per 1 april 2015 is een project gestart dat beoogt de stap naar voren - die gemeente en huisartsen worden gestimuleerd te maken - te bespoedigen. Belangrijke aspecten zijn:

- ✓ Zorg klein houden waar dat kan ('onnodige' verwijzingen naar SGGZ en BGGZ voorkomen)
- ✓ Zorg laagdrempelig aanbieden (dichtbij, zoveel als mogelijk één-cliënt-één-behandelaar)
- ✓ Zorgbudgetten van verzekeraars en gemeenten efficiënt inzetten.

Dit door een hooggekwalificeerde GGZ professional als POH GGZ in te zetten voor de huisartspraktijken Jubbega en Nieuwehorne, met primair aandachtspunt Jeugd en Gezin en deze zelfde persoon (in dit geval een naaste collega) als jeugdGGZ professional in het CJG te Heerenveen. Met de bedoeling deze 'werelden' werkenderwijs zo met elkaar in verband te brengen dat de zorg voor jongeren op effectieve en kostenefficiënte wijze wordt vormgegeven.

Een aanname daarbij is dat zo'n hooggekwalificeerde jeugdGGZ medewerker 'voorin' de effectiviteit en de kosten-efficiëntie van de zorg vergroot. Een belangrijk uitgangspunt was transparantie, omdat er een overlap is tussen verantwoordelijkheden/financiering van de jeugdggz tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Het project zou dienst doen om de grenzen hierin werkenderwijs op een nette manier vast te stellen; dit onder meer door De Friesland zorgverzekeraar en de gemeente Heerenveen bij tussenevaluaties te betrekken.

Het specifieke van deze vormgeving van de POH GGZ rol *binnen dit project* is dat deze wordt ingevuld door een hoger dan te doen gebruikelijk gekwalificeerde behandelaar: een GZ psycholoog met 20 jaar ervaring in behandeling van kinderen/pubers/jongvolwassenen en hun ouders. Aannee is dat dat dit hoge expertiseniveau voorin het veld (zorginhoudelijk en kostentechnisch) loont. Bovendien ging het er om dat deze persoon (samen met haar collega in het CJG) met de betrokken huisartsen, haar leidinggevendenden, de CJG coördinator en de gemeentelijk verantwoordelijken werkenderwijs tot een nieuwe systeeminrichting komt: *wie doet wat en waar en hoe onderbouwen we die keuzes?*

Het project is primair in het belang van de gemeente. De gemeente heeft de jeugdggz overgenomen van de zorgverzekeraars, maar moet dit de komende jaren met veel minder budget gaan regelen dan de zorgverzekeraars tot hun beschikking hadden.

De huisartsen hadden wel de wens om dit in te vullen, maar de onzekerheden voor hen waren gelegen in het financieel rendement: wat vindt de De Friesland Zorgverzekeraar hiervan? /kent die de POH GGZ gelden aan ons toe? Lukt het ons het spreekuur van de POH GGZ vol te krijgen (anders

kunnen we niet declareren) en de onzekerheid of het uurtarief van de hoogopgeleide GGZ professional vanuit de huisartspraktijk gezien zou renderen.

In het vertrouwen op de kwaliteit van deze route en om de onzekerheden bij de huisartsen weg te nemen verstrekte de gemeente Heerenveen een subsidie. Daarbij werd afgesproken dat de huisartsen transparant zouden zijn over hun inkomsten/kosten op dit gebied en ook in meer algemene zin over de toegevoegde waarde voor het rendement van hun praktijken. Afspraak is dat als daaruit blijkt dat de subsidie door de gemeente omlaag kan dit dan ook zal gebeuren. En ook dat voortzetting van de subsidie in 2016 afhankelijk zou zijn van de resultaten bereikt tot dat moment.

Voorliggende notitie bevat de tussenevaluatie op deze aspecten bijgewerkt t/m 31 december 2015, opgesteld in overleg met Ellen Both (gemeente Heerenveen), Dinja Veenstra (huisarts Nieuwehorne), Anita van der Wal (huisartsenpraktijk Jubbega), Greke Hunse (GZ psycholoog, POH) en Ellen Loykens (directeur behandelzaken Molendrift).

Voor een verdere toelichting van het project verwijzen we naar de oorspronkelijke stukken waaronder de subsidie-aanvraag aan de gemeente Heerenveen en de aanvraag van POH budget aan De Friesland Zorgverzekeraar.

Ad. 2 Stand van zaken en evaluatie

Geëvalueerd wordt op: aantal uur POH in huisartspraktijk, zorginhoudelijke effectiviteit, kosten efficiëntie, ontwikkeling hierin, afstemming met CJG (waaruit bestaat de linking pin invulling), rendement voor huisartsenpraktijken, rendement voor gemeente, rendement voor betrokken jeugdggz aanbieder.

Aantal uur per week / ontwikkeling daarin:

- ✓ Greke Hunse is op 1 april begonnen. Zij is GZ psycholoog met 20 jaar behandelervaring K+J en ook (gerelateerde) volwassen GGZ.
- ✓ Het moest zich vervolgens geleidelijk ontwikkelen: de huisartsen moeten het aanbod leren kennen/ poh de huisartsen en dan ook het lijntje met het CJG.
- ✓ Momenteel werkt Greke iedere donderdagmiddag in de POH rol in de praktijk in Jubbega (ook namens de praktijk in Nieuwehorne). In april/mei/juni echter slechts 25 uur specifiek POH. In juli/augustus/september betrof dat in totaal 24 uur, ondanks in totaal 7 weken afwezigheid ten gevolg van vakanties, ziekte e.a. In oktober/november/december bedroeg het aantal uur 28,5. Inmiddels gaat het om ca. 3 uur per week en dit ontwikkelt zich nog gestaag.
- ✓ Er ligt een idee de donderdagochtenden uit te breiden met eigen werk onder Molendrift vlag: BGGZ en SGGZ. Betrokkenen realiseren zich dat we dan moeten verantwoorden dat dit niet door Molendrift gebeurt om cliënten af te vangen, maar vanuit cliëntvriendelijkheid: *1 cliënt 1 behandelaar en aanbod nabij*. Dit zal blijken uit de cijfers over de POH efficiency en uit het feit dat ook wel naar andere aanbieders wordt/is verwezen. We zullen daar transparant over rapporteren zoals over alle aspecten van dit project¹.
- ✓ De omvang van de gezamenlijke praktijken in Jubbega en Nieuwehorne is ca. 7.500 patiënten ofwel ruim 3 normpraktijken.

Aantallen instroom / duur van de hulpverlening:

¹ Dit speelde in 2015 voor enkele cliënten, die dan echter in de middagen (die nog niet helemaal vol gepland waren door de huisartsen) zijn behandeld. Betreffende uren zijn niet door Molendrift in rekening gebracht bij de huisartsen als POH uren, maar bij de gemeente in de vorm van gedeclareerde jeugdhulp.

- ✓ De cliënt contacten die Greke als POH heeft variëren van 30 minuten tot 1 uur (meestal 30 minuten).
- ✓ In deze periode hebben de huisartsen alle cliënten die ze normaal naar een psycholoog/ggz instelling (lees 'de GGZ') zouden doorverwijzen langs Greke gestuurd. Dit geldt niet voor de cliënten die eerder al elders in behandeling waren en daarover tevreden zijn / daarnaar terug willen.
- ✓ Dit waren er in totaal 26. Daarvan werden er 5 door haar doorverwezen omdat de vraag te complex was of niet in de POH rol paste. Het betrof: 3 maal school/leren gerelateerde vragen, zoals een dyslexieverklaring -> deze zijn doorverwezen naar Molendrift en heeft Greke in haar Molendrift tijd uitgevoerd. Eén geval betrof een complexe vraag in de VG hoek, deze is naar Reik doorverwezen. Eén geval betrof het verstrekken van medicatie aan een cliënt waarbij in het verleden door Accare al ADD was vastgesteld. Deze cliënt is door Greke verwezen naar Accare. In één geval werd terugverwezen naar een vorige hulpverlener.
- ✓ Van de 26 heeft Greke in 20 gevallen (77 %) deze in de POH rol weten op te lossen, d.w.z.: 12 zijn al afgerond: daarvan 8 in minder dan 4 uur en 3 in 3-5 uur; de overige 8 lopen nog.
- ✓ De huisartsen geven aan dat deze 20 anders alle naar Generalistische Basis GGZ (BGGZ) of Specialistische GGZ (SGGZ) verwezen waren.
- ✓ Aanneمة hierbij is dat een groot deel in de SGGZ zou zijn beland omdat in de GGZ altijd eerst een diagnose gesteld dient te worden en dit binnen de geringe omvang van de BGGZ niet past. Hierdoor is de BGGZ vooral in gebruik bij mensen die uit het verleden al een diagnose hebben, maar dat is bij kinderen vaak niet het geval. Op basis van ervaringen op andere locaties is onze 'best guess' dat ongeveer $\frac{3}{4}$ naar de SGGZ zou zijn gegaan en $\frac{1}{4}$ naar de BGGZ.
- ✓ De gemiddelde kostprijs van een initiële DBC in de SGGZ en een gemiddeld BGGZ product zijn respectievelijk in dit segment ongeveer € 3.100 en ongeveer € 850 euro.
Dus zeg $15 * 3.100 + 5 * 850 = 46.500 + 4.250 = € 50.750$ waren de kosten geweest in de 'oude situatie'
- ✓ Greke besteedde in eerste 9 maanden in totaal 77,5 uur. Molendrift rekent daarvoor € 85 per uur, een totaalbedrag van € 6.587,5. De huisartsen stellen ruimte / infrastructuur ter beschikking en zijn de inhoudelijk leidinggevendenden van de POH. De Friesland betaalde hiervoor over het eerste halfjaar een bedrag van € 6.100 opgebouwd uit een vast deel (€ 4.500) en een deel als vergoeding voor de (in totaal 120) consulten (€ 1.600)². De gemeenten vergoedde € 35 euro per uur vanwege de relatief hoog gekwalificeerde medewerker. De kosten voor de gemeenten bedroegen aldus € 2.712. Aldus bedroeg de besparing voor de gemeente ruim € 47.000 en de besparing van zorgkosten in het algemeen ruim € 41.000.

Zorginhoudelijk: aard van de problematiek, klachten en resultaat

Concentratie/werkhoudingsproblemen: 10

Vraag aanvankelijk om diagnose en/of medicatie; in overleg omgebogen naar:

- Samen zoeken naar ingrepen, die voldoende verbetering geven;
- Via ingrepen/ondersteuning al voldoende effect: dan geen doorverwijzing/diagnose nodig.
- Zo nodig (bij onvoldoende effect/verbetering alsnog doorverwijzing voor diagnose/medicatie).

Aanpak: oplossingsgericht; via registratie en gesprek zoeken naar veranderingen in aanpak / beleving / motivatie:

- 3 doorverwezen naar de GGZ

² De aard van de vergoeding door de zorgverzekers is zo dat deze lager wordt naarmate meer uren besteed worden. Het zwaartepunt verschuift dan naar de (relatief lage) vergoeding op basis van consulten. De kostenevaluatie zal daarom periodiek opnieuw gemaakt worden.

- 3 inmiddels afgerond; met voldoende resultaat/vermindering van klachten;
- 1 afgerond, na doorverwijzing en advies m.b.t. schoolkeuze;
- 3 nog in zorg; waarbij 1 in afrondende fase: inmiddels gericht op vasthouden van aanpak.

Adolescenten: 4 (waarvan 1 18+)

Het betrof stemmingsproblemen (angst/onzekerheid/identiteit), omgaan met onrustig gezinssysteem. |

Aanpak: oplossingsgericht in combinatie met cognitieve herstructurering;

- 3 hiervan afgerond met voldoende resultaat
- 1 nog in behandeling

Driftbuien/opvoedingsproblemen: 3

- 1 terug verwezen naar de vorige hulpverlener
- 1 afgerond
- 1 nog in zorg

Slaapproblemen: 2

Aanpak: oplossingsgericht in combinatie met cognitieve herstructurering;

- 2 inmiddels afgerond met voldoende verbetering

Gedragsproblemen (waarbij al diagnose was van ass problematiek): 4

- 1 afgerond na 2 contacten; met voldoende verbetering na overleg/betere afspraken op school;
- 1 afgerond na 2 contacten: middels oudergesprekken met aandacht voor: waar acceptatie nodig en bij welke signalen opnieuw contact.
- 1 afgerond na 3 contacten: psycho-educatie gecombineerd met het samen opstellen van een plan van aanpak rondom meer voorspelbaarheid en structuur in het geven van aandacht.

Horen van stemmen; gecombineerd met drukte in het hoofd: 1

- Inmiddels afgerond; middels registratie en cognitieve herstructurering voldoende verbetering

Beginnende dwangklachten (nog in zorg): 2

Inmiddels afgerond met voldoende verbetering

Over de link met het CJG

Zowel Margreet van Eeken (naaste collega Greke) als Greke werkten in 2016 met regelmaat in het CJG. Margreet zit daar momenteel ook een van de drie wekelijkse cliënt vergaderingen voor. In de loop van het jaar is de jeugdggz rol in het CJG is echter in hoofdzaak met een aantal medewerkers vanuit andere organisaties gevuld, waardoor Greke er in het laatste kwartaal geen contact meer had. Bij het huidige overzicht van cliënten is hierover nog niet veel anders te zeggen dan dat de route met Greke binnen de huisartsenpraktijk erg efficiënt blijkt te zijn en dat Greke goed op de hoogte is wat het CJG te bieden heeft en zij andersom een ingang voor het CJG bij de huisartsenpraktijk kan zijn. Van dat laatste wordt nog weinig gebruik gemaakt.

In de aanloop naar de volgende evaluatie over 6 maanden zal de CJG coördinator (Wietske Jager) worden betrokken.

Rendement voor de huisartspraktijken

De betrokken huisartsen noemen als belangrijkste punten de voordelen voor de cliënten: ze worden dichtbij huis geholpen, in veel kortere en minder belastende trajecten, met veel kortere wachttijden dan in de reguliere ggz gebruikelijk. Verwachting is ook dat aanmerkelijk minder medicatie wordt verstrekt. Dit laatste punt heeft wellicht niet zozeer met de nu gekozen constructie te maken, maar meer met de keuzes van Molendrift op dit gebied. Vooralsnog rendeert e.e.a. ook financieel maar bij

toenemende inzet (zie voetnoot blz. 3) neemt de vergoeding per uur af. Dit punt over een half jaar nog eens evalueren.

Rendement voor de betrokken GGZ aanbieder: Molendrift

Molendrift vraagt een vergoeding van € 85/h aan de huisartsen voor de inzet van de POH en € 90/h aan de gemeente Heerenveen voor de inzet in het CJG. Uren worden op basis van nacalculatie in rekening gebracht: alleen werkelijk bestede tijd door de POH / GGZ professional. Uren voor evaluatie(s) en afstemming met de gemeente/huisartspraktijken/De Friesland worden niet in rekening gebracht. Ten gevolge van het hoge opleidingsniveau van de ingezette medewerker(s), de geringe omvang in de urenbesteding, reistijd en verhoudingsgewijs hoge ontwikkelkosten is dat beneden de kostprijs. Bij voldoende volume moet uiteindelijk 80 a 85 euro per uur mogelijk zijn, bij dit opleidingsniveau.

Conclusies, wensen, adviezen

De eerste resultaten zijn veelbelovend, zowel financieel als in termen van kosteneffectiviteit en oplossingen voor cliënten. De omvang valt nog wat tegen, hoewel het zelfs dan rendeert. De goede resultaten zullen helpen andere huisartsenpraktijken te overtuigen, geven een richting aan voor de gemeente en waarschijnlijk ook voor de zorgverzekeraars. Wel is de omvang van het onderzoek nog klein, op dezelfde voet doorzetten is gewenst.

Praktisch, in termen van dagelijkse uitvoering:

- ✓ Doorgaan / geleidelijk uitbreiden voor zover passend binnen huisartspraktijk en POH GGZ rol.
- ✓ Transparant maken van verwijzingen naar anderen. Die zijn er wel, maar tellen welke en hoeveel. Om duidelijk te maken hoe invulling wordt gegeven aan keuzevrijheid
- ✓ Doorgaan met het specificeren van Greke's werk naar groepen cliënten met min of meer vergelijkbare problematiek. Het zou interessant zijn deze op groepsniveau (geanonimiseerd) te bespreken met de CJG coördinator. Aan de zijde van het CJG zou dan hetzelfde gedaan kunnen worden. Zo ontstaat een beter beeld bij de aard van de instroom via CJG en huisartsenpraktijken en in hoeverre die vergelijkbaar is of verschilt. Bij vergelijkbare groepen is het interessant de aanpak/tijdsbesteding en kosten efficiëntie te gaan vergelijken.

Verbreden (belang gemeente Heerenveen / Friese Gemeenten/Molendrift)

- ✓ Al dan niet samen met Leeuwarden (vergelijkbaar project) bundelen tot een aantrekkelijke flyer die in Leeuwarden en Heerenveen dan weer gebruikt kan worden voor een aanbod aan andere Hagro's (initiatief Ellen Both / Molendrift)
- ✓ Rendement vergelijken met POH-GGZ op andere lokaties, met name op het aspect opleidingsniveau versus resultaat. Immers: het hoge opleidingsniveau maakt dat de aanvullende subsidie noodzakelijk is.
- ✓ Presentaties van de resultaten door de betrokken huisartsen in de eigen Hagro (eigen initiatief huisartsen) en aan de andere Hagro's in Heerenveen (initiatief Ellen Both)
- ✓ Analyse ook aanbieden aan De Friesland ergens eind dit jaar en in netter format en met hen bespreken: Molendrift al dan niet i.s.m. Gemeente Heerenveen en/of SDF.
- ✓ Zolang andere Hagro's geen mogelijkheid zien om een dergelijke POH in te zetten zouden we voor Heerenveen ook kunnen afspreken dat Greke haar werk bij Molendrift Heerenveen op vergelijkbare wijze gaat invullen: bij Molendrift, maar wel diagnostiekvrije GGZ. De gemeente zou dat mogelijk kunnen maken, maar mist dan wel de financiële bijdrage van De Friesland want die vereist dat e.e.a. onder verantwoordelijkheid van de huisarts in de huisartspraktijk

plaatsvindt. Desalniettemin kan dit een kosteneffectieve werkwijze zijn, zoals voorgaande toont. In termen van de aanbesteding 2016/2017 kan dat binnen het perceel 'Kortdurende GGZ'

Afspraken

- ✓ Aanvraag subsidieverlenging door de huisartsen in vergelijkbare omvang aan gemeente
- ✓ Aanvraag POH budget voor 2016 door huisartsen bij De Friesland
- ✓ Betrekken van CJG coördinator Heerenveen bij deze evaluatie: door Ellen Both
- ✓ Betrekken van De Friesland bij deze eerste tussenevaluatie: door Ellen Loykens/Maarten Wetterauw
- ✓ Nadenken over aanbod/voorlichting andere hagro's Heerenveen door Ellen Both evt. in overleg met Maarten Wetterauw/de huisartsen/Leeuwarden
- ✓ Meenemen tussenevaluatie in bredere evaluatie in Noord Nederland via Molendrift/Accare/GGZFriesland en treugkoppeling daarvan, via Maarten Wetterauw.
- ✓ Volgende evaluatie over 6 maanden.