

Raamovereenkomst

Utrecht Geestelijk Gezond

1. Inleiding

Op 18 juni 2012 hebben de landelijke partijen het "Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2017" gesloten. In dit akkoord zijn de nodige wijzigingen in de GGZ afgesproken. Zo wordt de regeling POH GGZ verruimd en geflexibiliseerd, de generalistische basis GGZ geïntroduceerd en wordt de beddenscapaciteit van de specialistische GGZ met 30% afgebouwd. Tevens wordt de jaarlijkse groei gemaximeerd voor 2014 1,5% en voor 2015-2017 op 1% (exclusief loon- en prijsbijstelling). Los van dit akkoord heeft het kabinet tevens besloten de gemeenten per 2015 verantwoordelijk te maken voor de inkoop van de curatieve jeugd GGZ. Deze wijzigingen in het beleid hebben als doel om de macro-kosten te beheersen, de samenhang in het aanbod te stimuleren en om de zorgen dat mensen met GGZ klachten of aandoeningen een passend aanbod krijgen.

Bij lokale partijen ligt hierdoor een uitdaging om te werken aan een sluitend, passend en doelmatig aanbod aan GGZ zorg. Een aanbod dat is gebaseerd op de lokale gezondheidsvragen, prioriteiten en mogelijkheden. Voor de stad Utrecht ligt zeker ook een prioriteit bij een passend aanbod voor mensen met gezondheidsachterstanden en mindere gezondheidsvaardigheden. Voor het maken van deze lokale afspraken zijn naast een gezamenlijke visie, concrete afspraken nodig over:

- a. de inhoud en de organisatie van de zorg (zorgprogramma's);
- b. het verwijzen en terugverwijzen (inclusief screener);
- c. het sturen op het realiseren van de afspraken (indicatoren/dataverzameling) en de bekostiging van consultatieve functies.

Voor het nakomen van deze afspraken wordt voorgesteld een gezamenlijke netwerkorganisatie op te bouwen om alle deelnemende partijen te ondersteunen bij het realiseren van de doelen, het nakomen van de afspraken en voor de inhoud van deze samenwerkingsafspraken aanspreekbaar te zijn voor zorgverzekeraars en gemeente.

Gelet op het dynamische karakter van de GGZ achten partijen het noodzakelijk deze raamovereenkomst periodiek te evalueren.

2. Werkgebied

Deze raamovereenkomst heeft betrekking op de zorg voor patiënten die zijn ingeschreven bij een huisarts die lid is van de Utrechtse Huisartsenvereniging (UHV) of de Coöperatieve vereniging Stadsmaatschap Utrecht u.a. of de Coöperatieve vereniging Nightcare u.a. (gepland in loop van 2014 samen te gaan tot de Coöperatieve vereniging Huisartsen Utrecht Stad). Dit komt praktisch

neer op alle postcodes in de gemeente Utrecht (ex wijk Leidsche Rijn) en de kernen Maartensdijk en Westbroek van de gemeente De Bilt waarvan de bewoners zijn aangewezen op de huisartsenpost Utrecht.

Voor de patiënten die niet zijn ingeschreven bij bovengenoemde huisartsen maar wel in het werkgebied verblijven geldt een inspanningsverplichting voor alle partijen om in de geest van onderstaande afspraken te handelen.

3. Partijen

Deze raamovereenkomst staat open voor alle zorgaanbieders die als natuurlijk of rechtspersoon huisartsenzorg of GGZ aanbieden op basis van de zorg zoals beschreven in respectievelijk de Zorgverzekeringswet, de AWBZ of de Wet Publieke Gezondheidszorg.

4. Doel

De partijen spreken af, om gedurende de looptijd van deze overeenkomst gezamenlijk te werken aan:

Het realiseren van ondersteuning om te komen tot een inzichtelijk, sluitend aanbod van zinnige en zuinige GGZ zorg en bijbehorende preventie,

Om dit te realiseren wordt:

- a. Een (gezamenlijke) netwerkorganisatie ingericht;
- b. Op basis van bestaande data een gezamenlijk kwaliteitssysteem ontwikkeld.

5. Looptijd

De overeenkomst kent een looptijd van 2014 tot en met 2017. Partijen hebben de vrijheid om aan het einde van ieder kalenderjaar de overeenkomst te beëindigen. Hierbij is een opzegtermijn van twee maanden van toepassing.

6. Gefaseerde aanpak

De herinrichting van de GGZ betreft een complex proces met een groot aantal onzekere factoren zoals het beleid van de Rijksoverheid, het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en de gemeente. Daarnaast zijn er bij partijen van deze raamovereenkomst wisselende mogelijkheden t.a.v. inhoud en tijdsplan om in te spelen op deze onzekere factoren. De afspraken binnen deze raamovereenkomst kennen dan ook een gefaseerde aanpak en vragen om een open communicatie van alle partijen.

7. Organisatie

- a. Ter uitvoering van onderstaande afspraken wordt minimaal tweemaal per jaar een plenaire bijeenkomst voor alle partijen van deze raamovereenkomst georganiseerd.

- b. Ter voorbereiding van deze plenaire bijeenkomsten, benoemen de partijen een agendacommissie, een kwaliteitscommissie, een commissie t.b.v. de gezamenlijke scholing en een commissie wijkgericht werken.
- c. De agendacommissie fungeert tevens als "dagelijks bestuur" om de voortgang van de verschillende afspraken te monitoren en verzorgt de contacten welke voortvloeien uit de afspraken van deze raamovereenkomst met derden.
- d. De commissie kwaliteit en registratie bereidt alle zorginhoudelijke afspraken voor en uit t.b.v. plenaire bijeenkomsten.
- e. De commissie gezamenlijke scholing wordt belast met de voorbereiding en organisatie van de gezamenlijke scholing en instructie.
- f. De partijen van deze raamovereenkomst sluiten zelfstandig contracten met zorgverzekeraars en/of gemeente.
- g. Deze raamovereenkomst kan onderdeel uitmaken van de contracten zoals bedoeld onder f.
- h. Deze raamovereenkomst wordt ter kennis gebracht aan de zorgverzekeraars en de aanpalende zorgorganisaties/aanbieders en waar mogelijk kunnen zij gebruikmaken van de door ons gemaakte afspraken.
- i. Voor wat betreft de zelfstandige aanbieders heeft het de voorkeur dat zij zich per discipline organiseren en als collectief partij worden in deze raamovereenkomst. Is dat niet mogelijk dan heeft het de voorkeur dan zij via een getrapte vertegenwoordiging deelnemen aan de plenaire bijeenkomsten.
- j. De huisartsenzorg is naast stedelijk ook multidisciplinair georganiseerd in wijken op basis van afspraken in het kader van de module geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ). Deze GEZ-organisaties zijn voor de wijk het eerste aanspreekpunt voor de implementatie van de afspraken en op basis van de prioriteiten en mogelijkheden van de wijk kunnen complementaire afspraken worden gemaakt.
De commissie wijkgericht werken komt hiervoor met nadere voorstellen o.a. ook over de rol en samenwerking van de gemeente en de buurtteams.

8. Afspraken over de communicatie over patiënten tussen de huisartsenzorg en de GGZ aanbieders

8.1 Screener

- a. De huisartsen zullen voor het verwijzen naar de generalistisch basis GGZ of gespecialiseerde GGZ gebruikmaken van een zogenaamde screener, die recht doet aan het continuüm van GGZ zorg.
- b. De inhoud en validering van deze screener wordt afgestemd met de partijen.
- c. De effectiviteit, de bruikbaarheid en de ervaringen van deze screener wordt gemonitord.
- d. Op basis van deze monitor wordt de screener stapsgewijs aangepast.
- e. De eerste versie van deze screener is opgenomen in bijlage 1.

8.2 Verwijsbrief, terugverwijzen of ontslag

- a. Voor elke patiënt die door de huisarts wordt doorverwezen naar de generalistisch basis GGZ of gespecialiseerde GGZ wordt een verwijsbrief opgesteld. In bijlage 2 is opgenomen welke minimale gegevens deze verwijsbrief bevat.
- b. Indien de patiënt volgens de generalistisch basis GGZ of gespecialiseerde GGZ niet voldoet aan de criteria die noodzakelijk zijn voor verzekerde zorg en de patiënt deze kosten niet zelf kan/wil dragen wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts. De generalistisch basis GGZ of gespecialiseerde GGZ stellen hiervoor een ontslagbrief op. In bijlage 3 is opgenomen welke minimale gegevens deze ontslagbrief bevat.
- c. Indien de behandeling in de generalistisch basis GGZ of gespecialiseerde GGZ is afgerond of wordt afgebroken wordt hiervan een verslag gemaakt. In bijlage 4 is opgenomen welke minimale gegevens deze ontslagbrief bevat.
- d. Partijen zullen voor 1 oktober 2014 een ICT systeem kiezen op basis waarvan de informatie uit verwijsbrief, ontslagbrief geautomatiseerd wordt verwerkt.

8.3 Continuïteit van zorg

- a. In afwachting van de verwijzing door de huisarts en gedurende de behandeling in de generalistisch basis GGZ of gespecialiseerde GGZ dragen partijen zorg voor een adequate onderlinge informatievoorziening en indien nodig worden afspraken gemaakt over respijtzorg.
- b. Partijen verschaffen inzicht in elkaars wachttijden tot behandeling en bij afwijking hiervan of indien dit problemen oplevert informeren partijen elkaar proactief. Om dit te monitoren zetten partijen voor 1 oktober 2014 een systeem op.

9. Afspraken m.b.t. de consultatie in de basiszorg

- a. Partijen zijn van mening dat consultatie door de huisarts of de POH GGZ van een kaderhuisarts GGZ, psycholoog of psychiater een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg.
- b. Bij consultatie blijft de huisarts c.q. de POH GGZ eindverantwoordelijk voor de patiënt.

Partijen onderkennen de volgende vormen van consultatie:

- I. Face to face contact (patiënt aanwezig) tijdseenheid 45 minuten gesprek en 15 minuten voor het maken van het verslag door de consultant).
- II. Casuïstiek / MDO bespreking tijdseenheid 15 minuten per patiënt.
- III. Niet face to face contact (o.a. telefonische, email etc.) hierbij is de patiënt niet aanwezig de tijdseenheid bedraagt 15 minuten per patiënt.

- c. De kaderhuisarts GGZ, psycholoog of psychiater kan indien er voor de consultatie geen andere mogelijkheden voor bekostiging zijn en/of de patiënt niet in behandeling wordt genomen de kosten van de consultatie in rekening brengen bij de huisarts.
- d. Partijen zullen voor 1 juli 2014 een ICT systeem hebben gerealiseerd voor de verrekening van de kosten.
- e. Partijen zullen voor 1 juli 2014 een registratie en evaluatiesysteem hebben ingericht om het gebruik en de effectiviteit van de consultatie te monitoren.
- f. In bijlage 6 is een overzicht opgenomen van de inkooptarieven die door de huisartsen worden gehanteerd.

10. Afspraken m.b.t. de inzet van de E-health

- a. Partijen zijn van mening dat een eenduidig en samenhangend aanbod van E-health toepassingen het gebruik en de effectiviteit bevordert. Partijen spreken af (indien relevant) het eigen aanbod onderling af te stemmen.
- b. De huisartsen zullen t.b.v. E-health in de eigen praktijk, in overleg met de partners, een eenduidige aanbod ontwikkelen.
- c. Partijen spreken af voor 1-10-2014 hiervoor gezamenlijk een plan op te stellen.

11. Afspraken m.b.t. de kwaliteit van zorg

- a. Partijen zijn zelf verantwoordelijk voor het vaststellen en het registreren van de eigen kwaliteitsindicatoren.
- b. Partijen spreken af de eigen kwaliteitsindicatoren uit te wisselen.
- c. De kwaliteitscommissie zoals genoemd onder 7.d zal voor 1 oktober 2014 de kwaliteitsindicatoren in samenhang bezien en een advies opstellen welke kwaliteitsindicatoren noodzakelijk zijn om te komen tot een integrale sturing op de doelen zoals genoemd onder 4.
- d. Hierna zullen partijen nadere afspraken maken over de feitelijke gegevens uitwisseling t.b.v. de gezamenlijke kwaliteitsindicatoren
- e. De kwaliteitscommissie zal voor 1-10-2014 een voorstel formuleren voor wat betreft de minimale kwaliteitseisen waaraan de verschillende partijen dienen te voldoen.

12. Afspraken over het afstemmen van preventieve activiteiten

De kwaliteitscommissie zal hier voor 1-10-2014 met nadere voorstellen komen.

13. Scholing

- a. Partijen zijn van mening dat gezamenlijke scholing een bijdrage kan leveren aan de doelen van deze raamovereenkomst.
- b. De commissie scholing zoals bedoeld onder 5 zal voor 1-10-2014 een scholingsagenda voor 2014 en 2015 opstellen. Het plan behelst zowel de inhoud, de kosten als de organisatie.

14. Afspraken m.b.t. de verdere uitwerking van de netwerkorganisatie

De agendacommissie krijgt de opdracht om voor 1 juli 2014 een meerjarenperspectief voor de borging van de samenwerking op stellen en te voor te leggen aan partijen. Hier wordt tevens in meegenomen de relatie naar de gemeente en de buurtteams.

15. Kosten

Het opzetten, in stand houden van de organisatie van de gezamenlijke activiteiten zoals afgesproken in deze raamovereenkomst brengt kosten met zich mee. De agendacommissie krijgt de opdracht om voor 1 oktober 2014 een begroting en voorstel op te stellen om de kosten te verdelen.

16. Ontbindende voorwaarde

Elke partij heeft het recht tussentijds de raamovereenkomst op te zeggen indien:

- a. Er geen contract met de (preferente) zorgverzekeraar
- b. Indien partijen niet willen of kunnen voldoen aan de minimale kwaliteitseisen zoals deze worden voorgesteld onder 11^e
- c. Indien partijen niet willen of kunnen voldoen in het bijdragen aan de kosten zoals genoemd onder 15.

Bijlage 1 Screener

Anamnese (volgens methode SCEGS)

Somatische dimensie

Lichamelijke klachten: uitvragen van de klacht, begeleidende symptomen, gebruikte medicatie, alcohol/drugsgebruik

Cognitieve dimensie

Gedachten: wat ziet patiënt als verklaring voor zijn klachten, heeft hij zelf ideeën over de mogelijke oorzaak. Ziet hij zichzelf als iemand die vatbaar is voor ziektes, denkt hij dat bepaald gedrag ziektebevorderend is of de klachten verergert? Welke verwachting heeft hij over het beloop van de klachten? Wat verwacht hij van de hulpverlener?

Emotionele dimensie

Emoties: Welke gevoelens ervaart de patiënt? wat doet de klacht met iemand? Wordt hij er wanhopig, moedeloos of juist opstandig van? Is hij erg ongerust over de klachten? Waarover dan precies ongerust? Wat is de aanleiding voor die ongerustheid?

Gedragmatige dimensie

Gedrag: wat doet iemand als hij klachten heeft? En helpt dat of juist niet? Zijn er activiteiten die patiënt vermijdt sinds er klachten zijn of toen de klachten toenamen? Welke activiteiten? Werkactiviteiten? Wat is de reden om ze achterwege te laten. Denkt de patiënt dat ze schadelijk zijn, of heeft hij ook daadwerkelijk gemerkt dat ze de klachten verergeren? Zoekt patiënt snel hulp? Bij wie? Welke maatregelen heeft patiënt zelf al genomen?

Sociale dimensie

Consequenties sociale leven: welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht? Hoe reageert de omgeving erop: (over)bezorgd, negatief of juist steunend? Welke invloed hebben de klachten op het werk en thuis? Kan de patiënt nog werken met de klachten en naar tevredenheid functioneren thuis en op het werk?

5 Shots

GDS

4DKL

Bijlage 2 Verwijsbrief naar GBGGZ of SGGZ

Nu verplicht / of gewenst

1. Datum verwijzing
2. Naw gegevens en BSN client
3. AGB code en NAW gegevens verwijzer, praktijkstempel
4. Onderscheid GBGZZ / SGGZ
5. Klachten/problemen zoals verwoord door patiënt
6. Doelstelling patiënt
7. Vraagstelling huisarts
8. Eerdere hulpverlening of psychodiagnostisch onderzoek
9. Relevante somatische gegevens
10. Medicatie
11. Alcohol/middelen gebruik
12. Resultaten 4DKL of andere screeningsinstrumenten
13. Werk/opleiding/uitkering

Per 2015 verplicht / aanvullende criteria voor doorverwijzen GBGGZ /SGGZ

14. Is er (een vermoeden van) een psychische stoornis volgens DSM IV? Zo ja welke?
15. Hoe ernstig is de problematiek? (Subklinisch, Licht, Matig, Ernstig, eventueel GAF score)
16. Hoe groot is het risico als gevolg van de stoornis voor de patiënt en zijn/haar omgeving?(Laag, Matig, Hoog)
17. Hoe complex is de problematiek? (afwezig, laag, hoog, alleen As I, As II, Psychosociale factoren)
18. Wat is het beloop van de klachten?
19. Toelichting op beloop:
 - Duur nog te kort voor DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld. (<3 mnd.)
 - Er is sprake van aanhoudende klachten. Eerdere interventies niet effectief.
 - Duur conform DSM criteria voor betreffende ziektebeeld.
 - Er is sprake van recidive
 - Er is sprake van stabiele Chronische problematiek, niet crisisgevoelig
 - Er is sprake van stabiele Chronische problematiek, crisisgevoelig
 - Er is sprake van instabiele chronische problematiek

Bijlage 3 Terugverwijzing vanuit GBGGZ als geen DSM IV Stoornis

Wanneer na verwijzing naar de GBGGZ blijkt dat er geen sprake is van een DSM IV benoemde stoornis, wordt de patiënt na maximaal 2 consulten terugverwezen naar de huisarts. De behandelaar in de GBGGZ kan daarvoor een transitietarief rekenen.

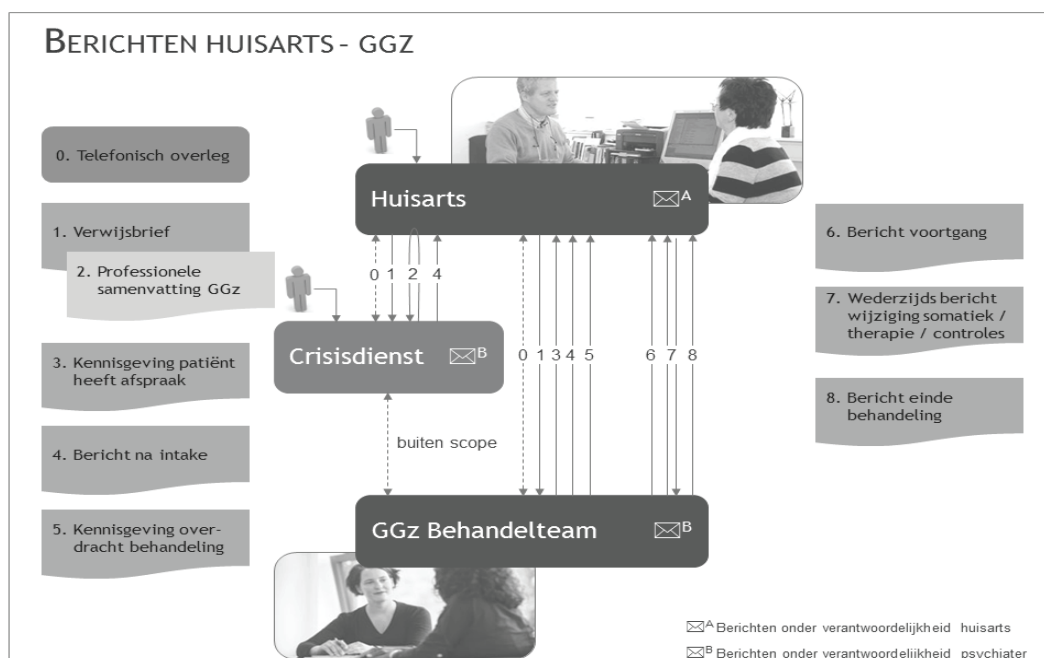
De ontslagbrief moet de volgende items bevatten.

1. Diagnose, beschrijvend.
2. Motivatie, waarom géén sprake van DSM IV stoornis
3. Advies tav vervolgbeleid
4. Contactgegevens behandelaar

Bijlage 4 Overdracht bij afsluiting van behandeling

Na afsluiten van behandeling in de GBGGZ of SGGZ ontvangt de huisarts binnen 2 weken een ontslagbrief, waarin de volgende items zijn opgenomen:

1. Conclusie inclusief DCM IV diagnose
2. Beloop en inhoud behandeling
3. Advies tav. vervolgbeleid
4. Advies tav. medicatie
5. Advies bij recidiefklachten
6. Contactgegevens behandelaar
7. Bij EPA-ptnen: Noodplan
8. Bij EPA-ptnen: gegevens medebehandelaren, andere betrokken instanties



Bijlage 5 Consultatie bij dreigende crisis

Consultatie bij dreigende crisis kan alleen dan plaatsvinden, als consulent patiënt eerder gezien heeft.

Opgemerkt wordt, dat consultatie niet een spoedeisend karakter kan hebben.

Voor verdere crisisopvang en begeleiding is de huisarts aangewezen op de normaal geldende afspraken bij crisis via de Crisisdienst.

Bijlage 6 CONSULTATIE

In de POH GGZ regeling 2014 is de mogelijkheid opgenomen voor de huisarts om een consultatie aan te vragen bij een psychiater, psycholoog, of kaderhuisarts GGZ.

Onder consultatie wordt verstaan het advies aan de zorgverlener in de basiszorg over een patiëntgebonden vraag.

De consultatievrager blijft verantwoordelijk voor de zorg aan de patiënt.

Doel van deze consultatie is de huisarts te ondersteunen bij de zorg aan de patiënt met GGZ klachten, zowel bij de diagnostiek alsook het vervolgtraject. Dit laatste kan zowel een medicatie-advies zijn, alsook tav. therapeutische interventies. Doorverwijzen kan hiermee worden voorkomen. Het leereffect voor de consultatievrager is een bijkomend positief effect.

Het is raadzaam afspraken te maken tussen huisartsenpraktijk/GZC/GEZ-organisatie met een vaste groep consulenten. Elkaar kennen bevordert de samenwerking en ook de zorg aan patiënten. Afhankelijk van de populatie kan gekozen worden voor een pool van consulenten, met naast generalistische kennis, ook specifieke expertise op gebied van bepaalde groepen zoals ouderen, verslaafden, jongeren, allochtonen, chronische psychiatrische patiënten of SOLK-patiënten. Hiermee wordt wijkgerichte en populatiegerichte zorg gewaarborgd en versterkt.

Indicaties:

- d. Diagnostiek
- e. Medicatie-advies
- f. Advies vervolgtraject
- g. Advies tav omgaan patiënt
- h. Periodiek advies tav. terugvalpreventie
- i. Beoordeling wilsbekwaamheid(?)

Vormen van consultatie:

- I. Face to face contact (patiënt aanwezig) tijdseenheid 45 minuten gesprek en 15 minuten voor het maken van het verslag door de consulent).
- II. Casuïstiek / MDO bespreking tijdseenheid 15 minuten per patiënt.
- III. Niet face to face contact (o.a. telefonische, email etc.) hierbij is de patiënt niet aanwezig de tijdseenheid bedraagt 15 minuten per patiënt.

Om de consultatie efficiënt en doelmatig te laten verlopen is een adequate consultatievraag van groot belang. De consultatievrager dient de consulent te voorzien van relevante voorgeschiedenis en medicatiegebruik. Bij deze informatievoorziening kan de POH GGZ een grote rol spelen.

Financiering:

De consulent kan de kosten voor consultatie declareren bij de consultatievrager, de huisarts.

De huisarts ontvangt via de POH GGZ module een opslag op het inschrijftarief voor de consultatie.

De huisartsen hanteren de volgende inkoop tarieven. De tariefstelling is per tijdseenheid

Tarieven consultatie:

- Inzet kaderhuisarts € 85 / uur
- Inzet Psycholoog € 85 / uur
- Inzet medisch specialist € 139,50 / uur

Tarieven zijn all-in, inclusief de kosten voor de aansluiting op de geautomatiseerde verwerking van de declaraties (Calculus). De eventuele BTW risico's zijn voor de geconsulteerde.