

Maatschappelijke Business Case POH-GGZ

XpertiseZorg
Organisatieadviseurs

Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van de samenwerking tussen
begeleiding bij het wonen en de huisarts / POH-GGZ

XZ160532
Hengelo, 5 september 2016

drs. Alette van Dijk – Jonkman
Goof van Westing, MSc
drs. Wibout Dragt

MBC POH-GGZ

In deze casus staat de samenwerking tussen begeleiding bij het wonen en POH-GGZ centraal

Context

Maatschappelijke opgave

Door de ontwikkeling van de BGGZ en de GGGZ vindt behandeling van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen steeds vaker plaats vanuit de huisartsenpraktijk

- Introductie POH-GGZ in 2008
- Laagdrempelige, integrale ondersteuning aan patiënten in de wijk
- Eigen kracht



Werkwijze

- Samenwerking tussen POH-GGZ en begeleiding bij het wonen
- POH-GGZ als onderdeel van de keten of als casemanager
- Begeleiders zijn de oren en ogen van de POH-GGZ

Resultaat

In de resultaten maken we onderscheid tussen de meerwaarde van de POH-GGZ in de ketensamenwerking en in de netwerksamenwerking.

Ketenzorg



1. Kwaliteit van leven

Sluitend integraal zorgaanbod



2. Professionele zorg

- Zorgvuldige intake waardoor patiënten sneller op de juiste plek terechtkomen
- Minder escalatie van problemen door betere afstemming
- Integrale zorg voor patiënten

Netwerksamenwerking



1. Kwaliteit van leven

- Meer eigen regie
- Minder stigmatisering door laagdrempelige ondersteuning



2. Huisvesting

Minder overlast voor omwonenden



3. Professionele zorg

- Voorkomen van behandeling vanuit de SGGZ bespaart € 8.000,- per keer
- Er vindt kennisoverdracht plaats waardoor de zorg onderling beter aansluit
- Samenwerking kan leiden tot een afname van kosten van € 8.500,- per patiënt

Inhoud

1. Maatschappelijke business case	4
1.1 Maatschappelijke business cases RIBW Alliantie	4
1.2 Het onderzoek	4
1.3 Leeswijzer	4
2. Maatschappelijke context	5
2.1 Afschaling GGZ-zorg, versterking wijkgerichte GGZ	5
2.2 Ambulantisering GGZ	5
2.3 Sociaal domein	6
3. POH-GGZ en begeleiding bij het wonen	7
3.1 POH-GGZ, een nieuwe functie	7
3.2 Taken POH-GGZ	7
3.3 Doelgroep	8
3.4 Begeleiding bij het wonen	8
3.5 Verschillende werkwijzen	9
4. Waarde voor de burger	10
5. Maatschappelijke resultaten	11
5.1 Meerwaarde ketensamenwerking	11
5.2 Meerwaarde netwerksamenwerking	12
6. Beeld van de onderzoekers	14
6.1 Ketenzorg en netwerksamenwerking	14
6.2 Meerwaarde	14
6.3 Andere modellen	14
Bijlage 1. Onderzoeksaanpak	15
Bijlage 2. Literatuurlijst	16

1. Maatschappelijke business case

1.1 Maatschappelijke business cases RIBW Alliantie

Een MBC is een overzicht van de maatschappelijke- en economische meerwaarde van een dienst of product, afgezet tegen de kosten ervan.

De RIBW Alliantie ziet en omarmt in de maatschappelijke beweging van sociale inclusie bij kwetsbare burgers. De veranderingen in het sociaal domein versterken deze beweging. In de praktijk ziet de Alliantie dan ook grote lokale verschillen in de maatschappelijke context van de professionals in het sociaal domein.

Met behulp van de maatschappelijke business case wil de Alliantie het vakmanschap inzichtelijk maken en zo een inkijkje geven in wat professionele begeleiding van kwetsbare burgers met ernstige psychische- of psychosociale problematiek in het sociaal domein inhoudt en betekent.

De RIBW Alliantie heeft daarom opdracht gegeven op deze wijze de maatschappelijke waarde van de samenwerking tussen begeleiding en de huisarts te onderzoeken. We onderzoeken de rol van de praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) en welke waarde een goede afstemming tussen de POH-GGZ en begeleiding bij het wonen heeft.

Hiervoor hebben we in 2 wijken in de regio Utrecht de samenwerking tussen de begeleiding van Lister met de POH-GGZ onderzocht. Omdat de invulling van de functie POH-GGZ lokaal veel kan verschillen, zoomen we in op de resultaten die worden behaald bij verschillende werkwijzen.

1.2 Het onderzoek

Bij het opstellen van de MBC maken we gebruik van verschillende methodieken die zowel kwantitatief als kwalitatief van aard zijn. Het gaat om:

- bestudering van documenten en data van Lister en andere organisatie die actief zijn in het veld;
- interviews met medewerkers;
- interviews met kwetsbare inwoners;
- interviews met stakeholders;
- een analyse van literatuur op het gebied van maatschappelijke kosten en baten.

Voor een beschrijving van de onderzoeks aanpak zie bijlage 1.

1.3 Leeswijzer

De rapportage start met een beschrijving van de achtergrond van de casus, ook wel de maatschappelijke context. In dit hoofdstuk komt ook de doelgroep waarop de casus betrekking heeft aan bod.

Vervolgens beschouwen we in hoofdstuk 3 de werkwijze die door de organisaties wordt toegepast in de praktijk.

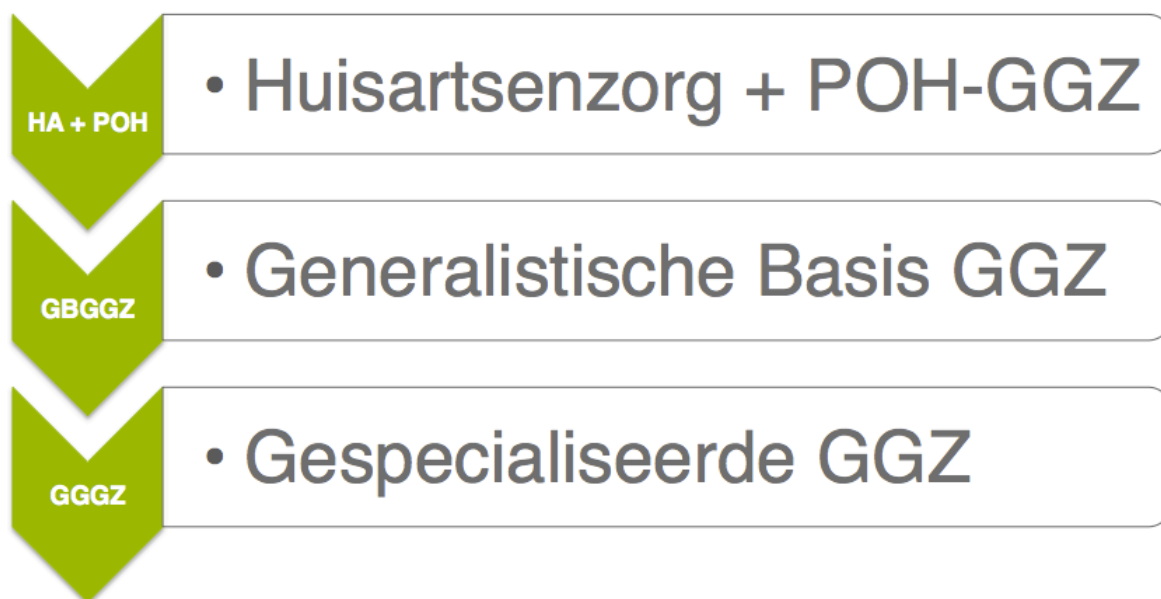
De waarde voor burger staat in hoofdstuk 4 centraal, waarbij aan de hand van een concrete casus een beeld wordt geschetst van de problematiek, de oplossing en het effect daarvan voor de burger.

In hoofdstuk 5 zijn de maatschappelijke resultaten in beeld gebracht. Te denken valt dan aan de waarde die gerealiseerd wordt in maatschappelijke termen zoals: kwaliteit van leven, participatie en besparing op zorgkosten.

2. Maatschappelijke context

2.1 Afschaling GGZ-zorg, versterking wijkgerichte GGZ

Per 1 januari 2014 kent de GGZ drie onderdelen. De huisarts (vaak met ondersteuning van de POH-GGZ), de generalistische basis GGZ (BGGZ) en de gespecialiseerde GGZ (GGZ). Het doel van deze opzet is een passende behandeling op de juiste plaats en zo dicht mogelijk bij huis te bieden aan patiënten.



Huisartsen kunnen de ondersteuning van mensen met psychische klachten door deze ontwikkelingen flexibeler inrichten. Onder andere door de inzet van de POH-GGZ. Zij ondersteunen de huisartsen bij patiënten met psychiatrische problematiek vanuit specifieke expertise en ervaring met psychiatrische patiënten¹. De huisarts, ondersteund door de POH-GGZ, is de poortwachter van de GGZ en heeft een belangrijke signalerende functie. Daarnaast werken huisartsen integraal. Zij bekijken ook de somatische problematiek, fysieke gezondheid en medicatie.

Psychische en somatische klachten kunnen veel invloed op elkaar hebben en met elkaar samenhangen. De integrale blik van de huisarts heeft daarom veel meerwaarde. Bovendien heeft de huisarts een overzicht op de zorghistorie en het dagelijks leven van patiënten waardoor hij een goed advies kan geven over passende zorg.

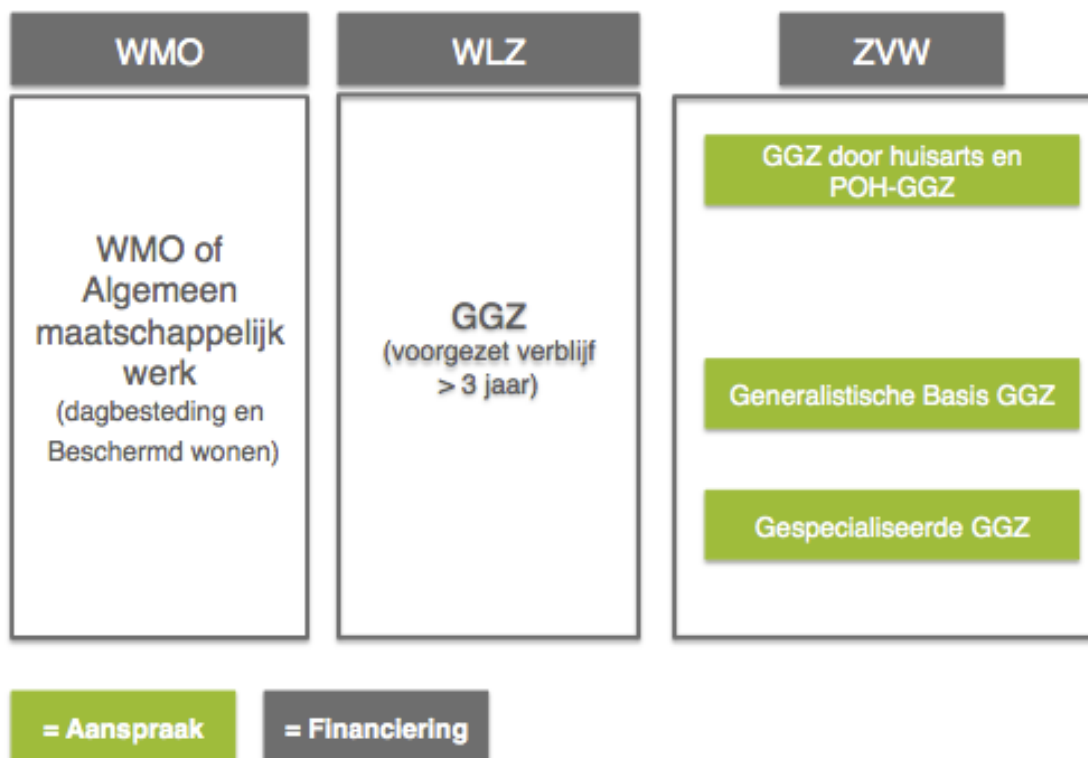
2.2 Ambulantisering GGZ

In 2012 is een bestuurlijk akkoord gesloten tussen overheid, ggz-aanbieders, verzekeraars en cliëntenorganisaties om tot 2020 de beddenscapaciteit in de gehele ggz, dus zowel binnen het beschermd wonen als de behandel-ggz met 1/3 te verminderen. De traditionele intramurale GGZ maakt steeds meer plaats voor ambulante vormen van behandeling. Dat maakt dat steeds meer mensen met psychiatrische problematiek in de wijk blijven wonen en dat intensieve behandeling zo veel als mogelijk wordt afgebouwd. Streven is om behandeling en begeleiding zo veel als mogelijk in de wijk neer te leggen. Een sterke huisartsfunctie op het gebied van de GGZ draagt daaraan bij.

2.3 Sociaal domein

Het nieuwe sociaal domein is sterk lokaal georganiseerd. Overheid en zorgpartijen hebben de ambitie om op wijkniveau integrale zorg en ondersteuning te bieden aan kwetsbare burgers. Daar waar nodig kan opgeschaald worden naar specialistische zorg op afstand. Deze vorm van zorg en dienstverlening vraagt een netwerkgerichte manier van samenwerking op lokaal niveau. Voor zorgorganisaties houdt dit in dat zij zich aanpassen aan de lokale diversiteit.

Mensen met psychiatrische problematiek hebben veelal te maken met verschillende vormen van financiering van hun zorg. Onderstaande figuur geeft dit weer. Overheid en zorgpartijen hebben de ambitie om op wijkniveau integrale zorg en ondersteuning te bieden aan kwetsbare burgers. Samenwerking vindt dus bijna altijd plaats vanuit verschillende financieringsstromen.



3. POH-GGZ en begeleiding bij het wonen

Als basis gebruiken we het handboek POH-GGZ².

3.1 POH-GGZ, een nieuwe functie

De functie POH-GGZ is in 2008 geïntroduceerd. Daarmee is het een relatief nieuwe functie in de Nederlandse gezondheidszorg. Het achterliggende idee is dat de huisarts een aantal van zijn werkzaamheden op het gebied van patiënten met psychische klachten naar de POH-GGZ delegeert.

Het functie- en competentieprofiel POH-GGZ definieert dit als volgt³:

“De functie is gericht op de ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek.”



Uitgangspunten:

- De POH-GGZ valt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts;
- De praktijkondersteuner GGZ heeft korte lijnen met de huisarts;
- De huisarts initieert de inzet van een POH-GGZ;
- De POH-GGZ geeft een terugkoppeling aan de huisarts en schakelt deze direct in bij alarmsignalen;
- De huisarts moet formeel instemmen met een eventuele doorverwijzing.

De relatie en verhouding tussen de POH-GGZ en de huisarts is geen onderdeel van deze case. We gaan ervan uit dat de POH-GGZ handelt uit naam van de betreffende huisarts(en).

3.2 Taken POH-GGZ



De POH-GGZ ondersteunt patiënten met psychische klachten van alle leeftijden. Afhankelijk van de (demografische) kenmerken van de populatie van de huisartsenpraktijk kiest een huisarts een POH-GGZ met extra deskundigheid bijvoorbeeld op het gebied van jeugd, ouderen of mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).



De POH-GGZ behandelt patiënten kortdurend. Daar waar nodig verwijst de POH-GGZ door naar de BGGZ of de GGGZ. Ook kan de POH-GGZ optreden als casemanager indien nodig.



De POH-GGZ heeft korte lijnen met de huisarts. De POH-GGZ maakt deel uit van een breder netwerk van psychosociale hulpverlening. Voldoende tijd voor overleg met de huisartsen, andere zorgverleners en hulpverleners en het sociale wijkteam is dus een randvoorwaarde. De POH-GGZ bezit dan ook goede kennis van de lokale sociale kaart.

Uit de interviews en literatuur blijkt dat er voor de POH-GGZ geen eenduidige werkwijze is. Een geïnterviewde POH-GGZ'er vatte dit samen in de opmerking *'De POH-GGZ is een functie, maar nog geen beroep'*.

De invulling van de functie hangt dus af van de couleur locale. De opleidings- en ervaringsachtergrond van de POH-GGZ'er bepaalt voor een groot deel de focus in de huisartsenpraktijk.

3.3 Doelgroep

De doelgroep die de POH-GGZ ondersteunt is zeer breed. Van de lichte psychische klachten tot mensen met EPA. Omdat het in deze casus gaat om de samenwerking tussen de POH-GGZ en begeleiding vanuit Lister, ligt de nadruk op mensen met een EPA. Begeleiders van Lister hebben specialistische kennis over en ervaring met deze doelgroep.

EPA

In een gemiddelde praktijk heeft ongeveer 1 op de 25 cliënten te maken met EPA. Ongeveer 75% van deze mensen is in behandeling bij de GGGZ. De verwachting is dat zij in toenemende mate een beroep doen op de POH-GGZ².

Mensen met EPA vragen zelf vaak niet om hulp. De POH-GGZ neemt idealiter een proactieve houding aan ten aanzien van deze doelgroep. In de behandeling zelf of in de signalerende en verwijzende rol naar andere hulpverleners.

We gaan er in deze case vanuit dat de mensen met EPA die bij de POH-GGZ komen relatief stabiel zijn. Anders is de huisarts niet de aangewezen hoofdbehandelaar maar is dat de behandelaar van de GGZ.

3.4 Begeleiding bij het wonen

Door de ontwikkeling van de BGGZ en de GGGZ vindt behandeling van mensen met een ernstige maar stabiele psychiatrische aandoening steeds vaker plaats vanuit de huisartsenpraktijk.

Begeleiding van mensen met EPA via Lister vindt plaats vanuit de herstelvisie en op alle levensdomeinen. Herstel betekent het leren omgaan met de psychische handicap, deze een plaats geven in het leven en zo een zinvol leven opbouwen. Herstel is dus niet hetzelfde als beter worden of genezen⁴.

De begeleiding biedt structuur in het dagelijks leven van de patiënt en zijn de ogen en oren voor de behandelaar. Begeleiders hebben vaak dagelijks korte contactmomenten met de patiënt en creëren hierdoor een vertrouwensband. Dit zorgt ervoor dat de begeleiding snel signalen oppikt en de ondersteuning kan aanpassen aan de situatie van de patiënt.

Begeleiders zijn specialisten op het gebied van psychiatrische begeleiding in het dagelijks leven. De domein overstijgende blik op de geestelijke gezondheid, behandeling, medicatie en somatiek valt buiten de scope en specialisatie van de begeleiders. De POH-GGZ kan dit wel. Daarom zoekt Lister in de begeleiding de aansluiting met de POH-GGZ. Van de POH-GGZ verwacht zij dan ook dat deze ook werkt volgens de herstelvisie². Daardoor ontstaat een toegevoegde waarde aan de begeleiding die het nog beter mogelijk maakt om passende ondersteuning te bieden en deze waar nodig snel op te schalen.

3.5 Verschillende werkwijzen

De ondersteuning aan mensen met EPA kan op verschillende manieren vorm krijgen. Op basis van de interviews komen twee modellen prominent naar voren; ondersteuning als onderdeel van de zorgketen, en ondersteuning vanuit de rol als casemanager. Beide modellen staan hieronder kort toegelicht.

Ketenzorg

In dit model positioneert de POH-GGZ zich als de poortwachter van de GGZ, die snel doorverwijst naar ketenpartners. De POH-GGZ maakt op basis van enkele gesprekken een inschatting van de ondersteuningsbehoefte en zorgt er vervolgens voor dat de patiënt op de juiste plek terecht komt. Als een patiënt is uitbehandeld pakt de POH-GGZ de lichte ondersteuning indien nodig op.



Netwerkgorg

In dit model positioneert de POH-GGZ zich als casemanager voor mensen met EPA die geen actieve behandeling van FACT ontvangen maar waarbij wel behoefte bestaat aan langdurige regie. Door laagdrempelig contact met de patiënt houdt de POH-GGZ zicht op de situatie van de patiënt. Dit kan zowel door middel van gesprekken als door middel van huisbezoeken in het geval van zorgmijding. Op basis van zijn inschatting organiseert de POH-GGZ dat andere hulpverleners het juiste type en de juiste hoeveelheid zorg leveren. De POH-GGZ fungeert als coördinator van de zorg en blijft continu betrokken.

“Door deze samenwerking creëer je een laagdrempelige, integrale GGZ voorziening in de wijk. Dat gaat goed als er sprake is van stabiele problematiek. Zo niet is het belangrijk dat de POH-GGZ opschaalt naar ambulante behandeling in de wijk (bijvoorbeeld FACT) en daar de procesregie neerlegt. Zij hebben de kennis en tijd om dergelijke problematiek integraal op te pakken.”

Bron: interview projectleider Taskforce EPA

4. Waarde voor de burger

De waarde voor de burger illustreren we met onderstaand praktijkverhaal.

Bij de beschrijving zijn de kenmerken van de leefsituatie aangepast om te voorkomen dat situaties herleidbaar zijn naar personen.

“Doordat zowel de begeleiding als de POH-GGZ de vinger aan de pols houdt, voorkwamen we een forse terugval bij Freek.”

Freek is een man van 38 met een ernstige psychiatrische aandoening. Hij heeft last van angststoornissen en is schizofreen. Hiervoor is hij zelfs een periode opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis.

De situatie van Freek is nu meestal stabiel. Daarom is de behandeling vanuit de GGZ overgedragen aan de huisarts.

Ondertussen woont Freek zelfstandig. Hij krijgt begeleiding bij het wonen vanuit Lister, die hem helpt structuur in het dagelijks leven te behouden. Marij, de POH-GGZ van zijn huisarts, houdt in de gaten hoe het gaat met Freek. Regelmatig hebben zij even kort contact.

Laatst ging het minder goed met Freek. Zijn angsten namen toe en hij kwam steeds minder buiten. De begeleider merkte dit en heeft dit doorgegeven aan de POH-GGZ. Marij heeft toen een extra afspraak ingepland. Toen Freek 10 minuten na de afgesproken tijd er niet was, is ze naar hem thuis gefietst. Freek durfde niet te komen. Na dat gesprek heeft Marij een psycholoog en een diëtist voor Freek geregeld. Daarnaast is afgesproken dat Marij wat vaker langskomt.

Doordat zowel de begeleiding als de POH-GGZ de vinger aan de pols houdt, is voorkomen dat Freek een forse terugval kreeg. Door de aanvullende ondersteuning behield Freek zelf de regie over zijn herstel. Het gaat nu weer goed met hem.



5. Maatschappelijke resultaten

In dit hoofdstuk staat de meerwaarde van de samenwerking tussen de begeleiding bij het wonen en POH-GGZ centraal.

We maken hierbij onderscheid in de meerwaarde tussen de 2 modellen beschreven in hoofdstuk 3.

In paragraaf 5.1 gaat het om de meerwaarde van de ketensamenwerking. In paragraaf 5.2 kijken we vervolgens naar de meerwaarde van netwerksamenwerking.

5.1 Meerwaarde ketensamenwerking

5.1.1 Kwaliteit van leven

Door de samenwerking ontstaat een zorgketen van behandeling en begeleiding. De POH-GGZ kan de geestelijke, cognitieve en indien nodig de somatische problematiek oppakken. De begeleiding ondersteunt bij de praktische zaken in de thuissituatie. Daarmee heeft de patiënt een sluitend zorgaanbod. De (communicatie)lijnen tussen de partijen zijn kort. Daardoor hoeft de patiënt zijn verhaal niet meerdere keren te vertellen en kan beter worden gewerkt aan de herstelgerichte doelstellingen die de patiënt en behandelaar samen maken.

5.1.2 Besparingen op zorg / behandeling

Zorgvuldige intake

De POH-GGZ is zowel de voor- als achterdeur voor mensen met EPA. De POH-GGZ verwijst snel door na de kennismaking. Anderzijds ondersteunt de POH-GGZ patiënten die uitbehandeld zijn of uitstromen uit FACT. De meerwaarde van POH-GGZ in de keten is een betere inventarisatie van problemen en een zorgvuldige afweging in de doorverwijzing⁵.

Een dergelijke keten komt alleen tot stand als begeleiders bij het wonen in staat zijn snel de juiste ondersteuning te bieden en snel op- en af kunnen schalen. Hierdoor komen patiënten sneller op de juiste plek terecht.

Voorwaarde is dat de POH-GGZ de lokale situatie kent en goede kennis bezit van de sociale kaart. Voor de zorgaanbieders, zoals Lister, is het hierbij van belang om nauw aan te sluiten bij de POH-GGZ. Dit betekent dat begeleiders bereikbaar zijn en in staat om meteen ondersteuning te bieden indien nodig.

Onderzoek toont aan dat een snelle en zorgvuldige intake in de eerste lijn leidt tot betere zorguitkomsten zoals een hogere levensverwachting en hogere patiënttevredenheid. Bovendien voorkomt het dat patiënten met EPA niet afglijden naar zwaardere zorg of onnodig in de duurdere tweede lijn terechtkomen⁶.



Betere afstemming

Uit de interviews blijkt dat een goede afstemming tussen POH-GGZ en begeleiding noodzakelijk is. Hierdoor kan ondersteuning effectiever plaatsvinden. Door snelle signalering wordt stagnatie en daarmee escalatie van problemen voorkomen.



Een verblijf dag in een psychiatrisch ziekenhuis ligt op gemiddeld €275,-⁷. Voor iedere opnamedag die wordt voorkomen geldt dat een besparing van €275,- kan worden gerealiseerd.



De kosten voor de inzet van de crisisdienst liggen omgerekend rond de €85 euro per uur, -⁸.

5.2 Meerwaarde netwerksamenwerking

5.2.1 Kwaliteit van leven

Patiënten ervaren door deze aanpak meer regie over hun herstelproces. Patiënten kunnen zowel bij de begeleiding als bij de POH-GGZ terecht wanneer zij ondersteuning nodig hebben.

Voor veel patiënten is de drempel erg hoog om naar een behandelaar van een GGZ-instelling te gaan. Daar gaat vaak een stigmatiserende werking van uit⁹. Door de laagdrempelige ondersteuning van de POH-GGZ in combinatie met begeleiding ervaren patiënten dit een stuk minder en heeft de samenwerking een normaliserende werking op patiënten.

5.2.2 Huisvesting

Uit de interviews blijkt dat deze aanpak leidt tot minder overlast. Patiënten kunnen zowel bij de begeleider als POH-GGZ snel terecht met een ondersteuningsvraag. Bovendien houden beiden in de gaten of er sprake is van zorgmijding.

Het voorkomen van overlast levert aanzienlijke meerwaarde op, onder andere:

- De woningbouwcorporatie geeft bij de begeleiding aan dat door de gecoördineerde inzet minder overlast plaatsvindt. Het voorkomen klachten bij de woningbouwcorporatie levert €300,- per keer op¹⁰;
- Voorkomen van opiumdelicten á €670,- per keer;
- Voorkomen van vervuiling en verwaarlozing. Dit is niet gekwantificeerd;
- Voorkomen van agressie. Een mishandeling kost €5.500 per delict¹⁰;
- In het ergste geval voorkomt deze aanpak uithuiszettingen met bijbehorende kosten. Dit kost €60.000,- per casus¹¹;

5.2.3 Professionele zorg

Op- en afschalen zorg

Doordat de POH-GGZ als casemanager werkt, kan de zorg op natuurlijke momenten voor de patiënt op- en afgeschaald worden. De huisarts verwijst als hoofdbehandelaar meteen door naar andere zorgorganisaties. Dit heeft een aantal voordelen:



Doordat de POH-GGZ en de begeleiding in de wijk aanwezig is, kunnen zij samen veel sneller reageren dan de behandelaars in de SGGZ. De begeleiding en de POH-GGZ hebben vaak de mogelijkheid dezelfde dag te reageren. Behandelaars in GGZ-instellingen werken meestal op afspraak met een langere wachttijd. Net als in de ketensamenwerking voorkomt dit escalaties.



Begeleiders kunnen signalen van cliënten meteen bespreken met de behandelaar. Hierdoor kan de zorg direct aangepast worden op de situatie. Professionals werken samen om de ondersteuning rondom een patiënt te organiseren.



Partijen kunnen indien nodig (tijdelijk) taken overnemen van elkaar als de situatie daarom vraagt.



De huisarts kan als hoofdbehandelaar de behandeling vanuit de SGGZ overnemen, hetgeen aanzienlijk scheelt in de kosten. Dit geldt voor stabiele chronische patiënten. Het voorkomen van een deeltijdbehandeling 2^e lijns GGZ levert €8.000 per keer op¹⁰. Dit lukt alleen bij een sluitend netwerk met de begeleiding bij het wonen.

Coördinatie

Uit onderzoek blijkt dat de rol van casemanager voor ouderen met psychiatrische problemen ervoor kan zorgen dat zorgkosten met gemiddeld 50% afnemen¹³. Mensen met EPA kosten gemiddeld €17.000,- per jaar¹⁴. Het is dus mogelijk dat door goede samenwerking met de POH-GGZ in een casemanagementrol, de kosten met €8.500,- per patiënt afnemen.

Van de begeleiding vraagt dit dat zij direct kunnen ondersteunen indien nodig, en dat zij nauwe contacten houden met de POH-GGZ over de patiënt. De POH-GGZ kan dan als behandelaar bepalen welke ondersteuning noodzakelijk is. Daarbij gaat de casemanagementrol ervan uit dat zij ook regie/zeggenschap hebben over de inzet van andere disciplines, in dit geval de begeleiders van Lister.

Kennisoverdracht

Zowel de POH-GGZ als de begeleiding geeft aan dat er een belangrijke rol is weggelegd voor kennisoverdracht. Als het gaat om de behandeldoelen ondersteunt de POH-GGZ begeleiders in de benadering en ondersteuning van patiënten. Hiermee ligt de begeleiding in het verlengde van de behandeling.

Daarnaast kan op specifieke expertises (zoals verslaving of stoornissen) de POH-GGZ een coachende rol hebben naar teams in de begeleiding. Dit zorgt ervoor dat de ondersteuning naar de patiënt effectiever is. Goede samenwerking zorgt ervoor dat¹²:

- Werkzaamheden beter worden afgestemd;
- Minder dubbel werk wordt verricht;
- Er meer begrip is voor elkaars werkzaamheden en doelstellingen;
- Expertise op het juiste moment ingeschakeld wordt.

“Wij hebben een patiënt begeleid die lang gehospitaliseerd was. Samen met de POH-GGZ hebben we gekeken of het mogelijk was zelfstandig te gaan wonen. Dat is gelukt. Het is mooi om te zien dat hij nu vaker buiten komt, hij heeft meer contact en hij ruimt zijn kamer beter op. Het was spannend om die stap te maken.

We hebben veel overleg gehad met de POH-GGZ in die periode over wat we zien gebeuren. Zo kunnen we gedrag duiden en is uiteindelijk ook de medicatie aangepast. Ook heeft de POH-GGZ het team uitleg gegeven over angststoornissen. Zonder de POH-GGZ hadden we deze stap minder snel gemaakt. De POH-GGZ fungeerde als achtervang en klankbord”.

Bron: interview begeleider Lister

6. Beeld van de onderzoekers

De functie van POH-GGZ is relatief nieuw. Dit zorgt ervoor dat er veel verschil is in werkwijze en dat het afhangt van de lokale situatie en de persoon die de functie invult. De uitkomsten van de samenwerking met de POH-GGZ en begeleiding kunnen dan ook variëren afhankelijk van de context.

Uit de interviews blijkt dat de samenwerking kwetsbaar is omdat deze afhangt van personen. Op het moment dat iemand wegvalt in de samenwerking moet men elkaar opnieuw leren kennen en is de ondersteuning tijdelijk minder goed afgestemd. Vooral de POH-GGZ is een solistische functie, waarbij een eventuele opvolging of tijdelijke wisseling lastig is.

6.1 Ketenzorg en netwerksamenwerking

In dit onderzoek maken we onderscheid gemaakt tussen de POH-GGZ die zich positioneert als onderdeel van de keten, en de POH-GGZ die zich positioneert als casemanager voor de EPA doelgroep. Voor een groot deel komt deze keuze voort uit de demografische kenmerken van de wijk, de ondersteuningsbehoefte van de huisarts en de kennis en ervaring van de POH-GGZ en de huisarts.

De rol van de begeleiding varieert dan ook afhankelijk van de positionering van de POH-GGZ. Als onderdeel van de keten zorgt de begeleiding ervoor dat zij bereikbaar zijn voor de POH-GGZ en snel ondersteuning kunnen inzetten.

In het geval van de netwerksamenwerking heeft de begeleiding een belangrijke signalerende rol voor de POH-GGZ. Omdat zij een vertrouwensband met de patiënt hebben kunnen zij ervoor zorgen dat de POH-GGZ een goed totaalbeeld heeft van de patiënt. De begeleiding werkt in het verlengde van de behandeling.

6.2 Meerwaarde

Vanuit het ketenperspectief levert de samenwerking voornamelijk een goede intake op. Dit leidt tot betere zorguitkomsten. Daarnaast voorkomt een betere afstemming tussen zorgpartijen escalaties bij patiënten.

In de rol van casemanager creëren de POH-GGZ en begeleiding een laagdrempelige, integrale ondersteuning op wijkniveau voor de EPA doelgroep. Dit leidt tot een hogere kwaliteit van leven omdat patiënten meer regie hebben en doordat er een minder stigmatiserende werking van uitgaat. Potentieel kan deze aanpak 50% besparen op de kosten van de ondersteuning aan deze patiënten, wat neerkomt op €8.500 per patiënt per jaar. Daarnaast voorkomt deze aanpak doorstroom naar de SGGZ. Het voorkomen van een 2^e lijns behandeling bespaart €8.000 per keer.

De integrale ondersteuning voorkomt overlast door moeilijk verstaanbaar gedrag. Dit kan variëren van het voorkomen van klachten tot het voorkomen van uithuiszettingen á €60.000,- per casus.

6.3 Andere modellen

In de toekomst zijn ook andere modellen met begeleiding en POH-GGZ denkbaar, bijvoorbeeld het sociale wijkteam in de rol van casemanager. De vorm kan verschillen, maar het uitgangspunt hierbij is een wijkgerichte, laagdrempelige en integrale voorziening voor de EPA doelgroep. Wie welke rol heeft hangt dan af van de lokale situatie.

Bijlage 1. Onderzoeksaanpak

Het opstellen van de maatschappelijke business case betreft een combinatie tussen verkennend en beschrijvend onderzoek. Er is gebruik gemaakt van methodieken die zowel kwantitatief als kwalitatief van aard zijn.

Door het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden is een zo compleet mogelijk beeld verkregen vanuit verschillende invalshoeken.

Deze aanpak verhoogt de betrouwbaarheid van de uitkomsten.

Allereerst zijn documenten en beschikbare data van en over de aanpak van Lister bestudeerd.

Het gaat dan om documenten die beschikbaar zijn voor cliënten, verwijzers maar ook interne beschrijvingen van bijvoorbeeld het werkproces.

Om zicht te krijgen op de werkwijze en ook de waarde van de gedragsaanwijzing voor de samenleving zijn interviews gehouden.

Aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst is inhoud gegeven aan de gesprekken.

In hoofdstuk 5 zijn de maatschappelijke resultaten van de gedragsaanwijzing beschreven aan de hand van informatie uit interviews. Om financieel te waarderen is gebruik gemaakt van diverse studies die op het gebied van kosten en baten in het sociale domein zijn verricht.

Ook specifieke onderzoeken naar de gedragsaanwijzing zijn hiervoor gebruikt. Niet alle maatschappelijke baten zijn in geld uit te drukken. Voor de waarden waarvoor dit wel is gebeurd, geldt dat er is gewerkt met aannames. Deze aannames zijn steeds zorgvuldig vermeld.

Bijlage 2. Literatuurlijst

Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van diverse bronnen. De nummering komt overeen met de verwijzing in de tekst van de rapportage.

1. www.invoeringbasisggz.nl (geraadpleegd juni 2016).
2. L. Mok (2015), Handboek POH-GGZ.
3. Functie- en competentieprofiel POH GGZ (2014).
4. Werkplaats herstelondersteuning (2015), Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit!
5. OCE Nijmegen (2015), De POH-GGZ in het sociaal wijkteam; een onderzoek naar de meerwaarde.
6. Rijksoverheid (2012), Naar beter betaalbare zorg; rapport taskforce beheersing zorguitgaven.
7. P.B.G. Peerenboom, J. Spek et al (2015), Medisch noodzakelijke opname in de GGZ.
8. NZA (2015), Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
9. Maatschappelijke prijslijst (geraadpleegd juni 2016), www.effectencalculator.nl
10. N. Pleace, I. Baptista et al. (2013), The costs of homelessness in Europe.
11. F.H. Bredewold (2014), Lof der oppervlakkigheid.
12. M. Vanoni, K.D. Lunnemann et al (2014), Meerwaarde integrale opvang en hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld.
13. J.M. Peeters, J. de Lange et al. (2012), Landelijke evaluatie van casemanagement dementie.
14. Zorgverzekeraars Nederland (2014), Rapportage EPA vignettenstudie.