

Ketennetwerk Basis GGZ regio De Meierij/Bommelerwaard

Plan voor procesverandering en implementatie



Sylvia van Manen/Anja Clement
Augustus 2015

Documentbeheer;
Versie 1.11; augustus 2015



Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Huidige situatie	4
2.1 Gewenste situatie	5
3. Uitgangspunten regionaal GGZ-ketennetwerk	5
3.1 Doelen	6
3.2 Betrokken zorgverleners	7
4. Werkwijze en onderdelen van de Ketenzorg Basis GGZ	7
4.1 Beschrijving van de fases (SOEPT)	8
5. Implementatie van de Ketenzorg Basis GGZ	10
5.1 Aanpak op lokaal niveau (bottum-up)	11
6. Activiteiten voor de implementatie van ketenzorg	12
6.1 Structuur	12
6.2 Informeren	13
6.3 Scholing	13
6.4 Registratie en afstemming	14
6.5 Borging en evaluatie	14



Leeswijzer

Begripsbepaling

Daar waar in de tekst hij wordt geschreven kan ook zij worden gelezen.

Daar waar patiënt wordt geschreven kan ook cliënt staan. De term “patiënt” is voor de huisartsenzorg een vertrouwd begrip.

Het begrip Basis GGZ geeft vaak verwarring, omdat niet altijd helder is welke GGZ-partijen daarmee bedoeld worden en/of actief zijn binnen welk echelon. Ook wordt ‘Basis GGZ’ wel gebruikt om alle GGZ, buiten de specialistische GGZ aan te duiden, als naam voor de transitie van de afgelopen jaren.

In deze notitie wordt uitgegaan van de volgende echelon-indeling;

Nuldelijn

Echelon voor de huisartsenpraktijk. Bestaat uit: sociale teams, welzijnszorg, algemeen maatschappelijk werk, informele zorg.

Basis GGZ

Echelon huisartsenzorg. Bestaat uit: huisarts, POH-GGZ, consultatiegevers, psychosomatisch fysiotherapeuten en algemeen maatschappelijk werk.

GGZ:

Echelon Generalistische GGZ. Bestaat uit: eerste lijns psychologenpraktijken, eerste lijns GGZ-instellingen en psychiaters/psychotherapeuten die een GGGZ-contract hebben met de zorgverzekeraars.

SGGZ

Echelon Gespecialiseerde GGZ. Bestaat uit: onder meer GGZ-instellingen, psychiaters, psychotherapeuten, klinisch (neuro) psychologen, verslavingsartsen.



1. Inleiding

De invoering van de Basis GGZ heeft tot doel vroegtijdig passende ondersteuning en behandeling te bieden aan mensen met psychische klachten, zo dicht mogelijk bij huis en met de burger als regisseur van zijn welzijn. In samenspraak met de patiënt worden zorg en maatschappelijke ondersteuning maximaal ingezet waar dit moet en licht ingezet waar dit kan. Dit vraagt om een andere organisatie, werkwijze, attitude en bejegening van het netwerk betrokken bij de ondersteuning en behandeling van mensen met psychische problematiek, psychosociale problematiek of chronische psychiatrische klachten.

Iedere burger heeft een huisarts waar hij terecht kan met klachten op diverse leefgebieden. Zo ook met psychische, psychiatrische en/of psychosociale klachten.

De huisarts bevindt zich op een centrale positie waar medische kennis gecombineerd wordt met kennis over levensloop, (medische en psychische) voorgeschiedenis en de leef- en werkomgeving van de patiënt. Een poortwachter voor diverse hulp-/zorgtrajecten waar in overleg met de patiënt persoonsgerichte zorg op maat ingezet kan worden. Dit geldt eens te meer voor GGZ-zorgvragen. Met de invoering van de Basis GGZ is het noodzakelijk om de GGZ-samenwerking rondom de huisartsenpraktijk te (her)organiseren, waardoor onnodige opschaling van zorg voorkomen kan worden en eerdere afschaling van specialistische zorg gerealiseerd kan worden.

Het projectplan is geschreven vanuit een (regionale) visie/streefbeeld (werkatelier, mei 2014) op de verdere doorontwikkeling van de huisartsenzorg op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Het projectplan is gebaseerd op het conceptstandpunt van de NHG op de geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg.¹

Met het hier beschreven plan worden aanpak en implementatie beschreven van een noodzakelijk in te zetten veranderingsproces passend bij nieuwe inzichten en innovatieve mogelijkheden.

2. Huidige situatie

Huisartsen zien als gevolg van het nieuwe GGZ-stelsel meer patiënten met psychische klachten en om tegemoet te kunnen komen aan deze vraag werken veel huisartsen samen met een POH-GGZ. Samen met deze POH-GGZ geeft de huisarts invulling aan de toegekende poortwachtersrol en beoordeelt welke patiënten in aanmerking komen voor een verwijzing naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

De door HHM opgestelde criteria van; vermoeden van DSM-IV-stoornis, ernst, risico, duur en beloop, bepalen de indicatie voor verwijzing.

De visie op gezondheid, ziekte, hulpverlening en zelfmanagement is de laatste jaren sterk veranderd. Echter, zorgvragers en zorgverleners blijven in de praktijk vaak nog hetzelfde doen. Denkend en werkend vanuit het vertrouwde en ingeburgerde ziektemodel, waarbij ingezet wordt op het stellen van een diagnose en het volgen van de daarbij horende protocollen en zorgpaden waardoor het onvoldoende en lastiger is om zorg op maat te leveren. De cliënt moet zich voegen naar het uitgeschreven zorgpad. Patiënten hebben hierbij het gevoel dat er over hen gesproken wordt in plaats van met hen. Vanuit een bij zorgvragers vaak bestaande afhankelijkheidspositie maakt dat de patiënt geen regie neemt in eigen hulpvraag en als vanzelf het gegeven advies opvolgt.

¹ NHG-standpunt GGZ in de huisartsenzorg tot 2022 (concept)



Voor ons ligt de uitdaging om daarover kritisch in gesprek te blijven met de cliënt, met elkaar en onszelf zonder de professionele standaarden uit het oog te verliezen.

2.1 Gewenste situatie

De visie op zorg² en gezondheid³ is de afgelopen jaren dusdanig veranderd dat dit vraagt om een verandering in de attitude, bejegening en samenwerking bij zowel zorgverleners als zorgvragers. Zorgverleners gaan in gesprek met de zorgvrager om zorg op maat te kunnen leveren. Afhankelijk van het probleemoplossend vermogen, de aanwezigheid van een goed steunsysteem en de ernst van de klachten zullen er gezamenlijk keuzes gemaakt worden voor het bevorderen van herstel. Uitgaande van het principe: zwaar waar het moet en licht waar het kan.

Zorgvragers krijgen hierdoor meer regie in het eigen zorgproces en worden door zelfmanagement gestimuleerd tot empowerment.

Vanuit de Zorggroepen BeRoEmD, Chronos en Beter in Bommelerwaard worden actief diverse acties ingezet om de vereiste kanteling van zorg naar welzijn, met behoud van professionele standaarden, te kunnen maken.

Het beoogde ondersteunings-, begeleidings-, en behandelingsaanbod is georganiseerd binnen een goed op elkaar afgestemd en sluitend transmuraal GGZ- en maatschappelijke netwerk. Uitgangspunt is ondersteuning, begeleiding en behandeling op maat. De zorg- en welzijnsvraag van de patiënt is daarin leidend. De begeleiding/behandeling is gebaseerd op het concept van positieve gezondheid en empowerment van de patiënt. Het aanbod wordt laagdrempelig rondom de patiënt georganiseerd, binnen het meest geëigende echelon. De patiënt en de diverse betrokken partijen werken efficiënt samen vertrouwend op elkaars kennis en kunde.

De hulpverleners zijn bekend met elkaar door vorming van MDO's, gezamenlijks scholing en een digitaal communicatieplatform waarin de regionale sociale kaart is opgenomen. Hierdoor kan gemakkelijk de ondersteuning en behandeling worden opgeschaald naar specialistische zorg of afgeschaald worden naar generalistische zorg, naar maatschappelijke ondersteuning of naar informele zorg. De betrokken hulpverleners hebben een efficiënte en eenduidige communicatie met elkaar en kunnen daarin gebruikmaken van faciliterende ICT-mogelijkheden, welke voldoen aan de privacywetgeving.

3. Uitgangspunten regionaal GGZ-ketennetwerk

Veranderde attitude en bejegening

- In de bejegening niet alleen naar kenmerken van ziekte vragen maar ook naar kracht.
- Dicht bij de patiënt blijven door antwoord te zoeken op vier basale vragen:
 - Wat is er gebeurd?
 - Wat is je kwetsbaarheid en wat je weerbaarheid?
 - Waar wil je anders?
 - Wat heb je nodig?
- Zorgverlener maakt in samenspraak met de patiënt een inschatting van de psychische problematiek, waarbij navraag is gedaan naar lijdensdruk, disfunctioneren, stemming, cognities, steunsysteem, coping en draag-en veerkracht.

² Van ZZ naar GG

³ Definitie van gezondheid M. Huber



- Empowerment stimuleren waardoor mensen meer invloed verwerven over beslissingen en acties die van belang zijn voor hun gezondheid.
- Stigmatisering voorkomen en in gesprek met de patiënt op zoek naar zorg op maat.
- Structureel inzetten van de ORS (Outcome Rating Scale) en SRS (Session Rating Scale) waardoor de feedback van de cliënt direct wordt betrokken in het hulpverleningsproces.

Door de verandering van de houding van de zorgverlener zal ook de noodzakelijke verandering van de attitude van de zorgvrager gestimuleerd worden.

Veranderde attitude van de zorgvrager

- Vanuit de zorgverlener wordt in gesprek met de patiënt consequent ingezet op zelfmanagement/zelfzorg.
- De zorgvrager wordt actief betrokken bij het zorgproces.
- Zorgverlener praat met de patiënt (en niet over de patiënt). Patiëntentaal wordt gebruikt als basis voor de verandering.
- De patiënt-evaluatie van het contact (ORS/SRS) wordt gebruikt om het hulpverleningsproces bij te sturen.

Veranderde samenwerking

- In gesprek met de patiënt zullen preventie, lifestyleadviezen, zorg op maat en zelfmanagement op de voorgrond staan.
- De samenwerking wordt gezocht met nieuwe, minder vertrouwde samenwerkingspartners zoals leden van het sociale wijkteam, ervaringsdeskundigen en professionals vanuit het sociale domein; nieuwe relevante ketenpartners. Hierin wordt aangesloten bij regionale deelprojecten zoals Welzijn op Recept en samenwerking met ervaringsdeskundigen in de huisartspraktijk.
- Binnen de huisartspraktijk worden MDO's georganiseerd waarbij naast de kernpartners (AMW, ELP) ook de minder vertrouwde ketenpartners (sociale wijkteam, ervaringsdeskundigen) op afroep uitgenodigd gaan worden.
- De nieuwe ketenpartners worden ook betrokken bij een relevante regionale of lokale scholingsbijeenkomst.
- Er wordt gecommuniceerd via een efficiënte en beveiligde communicatiestructuur.

3.1 Doelen

- Door de opzet van een goed functionerend samenwerkingsverband binnen de Basis GGZ kan onnodige opschaling van zorg naar specialistische zorg voorkomen worden (substitutie).
- Door de opzet van een goed functionerend samenwerkingsverband binnen de Basis GGZ kan in een eerder stadium afschaling van zorg plaatsvinden van SGGZ GBGGZ naar Basis GGZ en eventueel informele zorg (substitutie).
- Persoonsgerichte zorg op maat, aansluitend bij de zorgvraag en gericht op zelfmanagement. Matched-care waarbij de DSM-IV classificaties niet alleen richtinggevend zijn.
- Persoonlijke GGZ diagnostiek en behandeling reeds starten in de huisartsenpraktijk.
- Ook bij psychische syndromen, ongeacht de specifieke diagnose, behandelen of voorkomen met niet-specifieke lifestyle-interventies.



3.2 Betrokken zorgverleners

Het zorgnetwerk in de Basis GGZ bestaat uit alle partijen die tezamen de zorg verlenen aan patiënten met psychische klachten in de eerste lijn – zoveel mogelijk volgens de NHG standaarden, best practice en evidence based. De Basis GGZ ketenzorg wordt geïnitieerd vanuit de huisartsenpraktijk en vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de huisarts voor wat betreft de zorg van de huisarts en de POH-GGZ.

Alle zorgverleners binnen de Basis GGZ dragen hun eigen verantwoordelijkheid binnen de zorg die zij leveren. De volgende functies maken onderdeel uit van de Basis GGZ Ketenzorg:

- POH-GGZ
- Huisarts
- Eerste lijns psycholoog of GZ psycholoog
- Psychosomatisch fysiotherapeut (op afroep)
- Maatschappelijk werk
- Verslavingsconsulent
- Psychiater
- Jeugdarts (op afroep)
- Wijkverpleegkundige
- Medewerker sociaal wijkteam
- Medewerker basisteam Jeugd en Gezin (op afroep)
- Ervaringsdeskundigen (op afroep)
- Regiecoaches (op afroep)

4. Werkwijze en onderdelen van de Ketenzorg Basis GGZ

De ketenzorg die vanuit de Basis GGZ wordt geleverd, is met betrekking tot de inhoud van de zorg gestoeld op de al bestaande GGZ zorgpaden (zoals die zijn ontwikkeld voor 'generalistische GGZ', voor depressie, angst, slaapproblematiek, middelenmisbruik, SOLK, enz.). Hierbinnen worden dezelfde fasen in de hulpverlening doorlopen:

- De fase van signalering/subjectieve klachten;
- de fase van onderzoek: probleemverheldering gericht op het bepalen van de kwetsbaarheid en weerbaarheid van de patiënt bespreken;
- de fase van de evaluatie van de zorgbehoefte/hulpvraag/diagnose;
- de fase van klachtgericht behandelen of verwijzen:
 - Verwijzen naar sociale domein
 - Klachtgericht behandelen binnen de huisartsenpraktijk
 - Verwijzen naar de GGGZ
 - Verwijzen naar de SGGZ
- de fase van terugvalpreventie, langdurige begeleiding van chronische psychische problematiek.

De verandering die ingezet gaat worden is dat binnen iedere fase niet volgens een vastomlijnd protocol gewerkt wordt. Zorg op maat laat zich immers niet gemakkelijk in een vastomlijnd protocol gieten. Vanuit scholing en ervaring zijn professionele hulpverleners gewend om te denken en te handelen vanuit deze uitgeschreven protocollen.

Uiteraard moeten en hoeven deze protocollen niet losgelaten te worden, want het merendeel van de hulpvragers zal gebaat zijn bij de vertrouwde en effectief bewezen protocollen.

Maar willen we met elkaar daadwerkelijk zorg op maat kunnen leveren en de cliënt meer aanspreken op empowerment, dan is het noodzakelijk om ook buiten de platgetreden paden te durven denken en handelen om vervolgens de weg op te gaan naar persoonlijke diagnostiek.

Het boek van Jim van Os *De DSM voorbij*⁴ kan daarin houvast en richting bieden. Hij stelt dat vier basisvragen een goed fundament kunnen vormen voor persoonlijke diagnostiek en zorg op maat. De vier vragen zijn:

1. Wat is er met je gebeurd?
2. Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid?
3. Waar wil je naar toe?
4. Wat heb je nodig?

Voor ons ligt de uitdaging om binnen de kaders van professionele standaarden op een andere, meer persoonlijke manier het veranderingsproces tussen hulpvrager en hulpverlener – maar ook tussen hulpverleners onderling – in te gaan.

Om dit veranderingsproces in kaart te brengen wordt samen met de hulpvrager een persoonlijk zorgleefplan opgesteld. Het daarin beoogde herstelproces wordt gevolgd door middel van de monitoringsinstrumenten ORS (Outcome Rating Scale) en SRS (Session Rating Scale)

Beide instrumenten worden vanaf de start van het hulpverleningsproces ingezet. De uitkomst geeft ook weer input aan het gesprek tussen hulpvrager en hulpgever.

4.1 Beschrijving van de fases (SOEPT)

Fase 1. (S) Signalering/subjectieve klachten

Eerste consult bij de huisarts waarbij een vermoeden van GGZ-problematiek gesignaleerd wordt. Huisarts/POH-GGZ kunnen met behulp van SCEGS⁵ persoonsgerichte, explorerende vragen, nadere verkenning met de vier toegevoegde vragen en screeningsinstrumenten de problematiek en zorgvraag verder in kaart brengen.

In overleg met de cliënt wordt dan gekozen voor verder beleid.

NB. Andere disciplines die bij deze fase betrokken kunnen zijn (bijvoorbeeld fysiotherapeut, wijkverpleegkundige, wijkteamlid) hebben een signalerende functie en zullen vanuit die signalering de patiënt motiveren om de huisarts te bezoeken voor nadere diagnostiek ofwel om lichamelijke aandoeningen uit te sluiten. Hiervoor is de verkorte vragenlijst van Berend Terluin te gebruiken:

⁴ De DSM-5 voorbij! Jim v. Os

⁵ *SCEGS is een acroniem in de huisartsenzorg en staat voor exploratie op het gebied van de somatiek, cognities, emoties, gedrag en sociaal functioneren



1. Piekert u veel?
2. Voelt u zich somber gestemd?
3. Voelt u zich angstig?

Score: niet = 0; soms = 1; vaak = 2

Bij een score van 4 of hoger een consult bij de huisarts of POH-GGZ aanbieden.

Fase 2. (O) 'Onderzoek'

Nadere verkenning van de problematiek/vraag met behulp van SCEGS en de vier standaard vragen gericht op het bepalen van de kwetsbaarheid en weerbaarheid van de patiënt. Hierbij worden screeningsinstrumenten (4-DKL) ingezet met als doel tot een werkdiagnose te komen.

Fase 3. (E) Evaluatie: gezamenlijk met de patiënt formuleren van de zorgbehoefte, hulpvraag en diagnose

Voor een beoordeling van de ernst van de problematiek hanteren we de door het Trimbos gehanteerde indeling van ernstig en niet-ernstig (Doorbraakprojecten⁶).

Het uitgangspunt is: voorkomen van overbehandeling, maar ook van onderbehandeling.

Kenmerken van ernstige psychiatrische problematiek:

Een of meerdere van de volgende kenmerken:

- De klachten bestaan > 6 maanden.
- Non-respons na minimaal 6 weken en maximaal 3 maanden op klachtgerichte interventies.
- Er is sprake van suïcidaliteit.
- Er is sprake van psychotische kenmerken.
- Er is sprake van ernstig sociaal disfunctioneren.

Bij de hierboven beschreven symptomen is het meestal geïndiceerd om direct door te verwijzen naar de SGGZ, uiteraard altijd in gesprek met de cliënt. Ook hier geldt zorg op maat afhankelijk van het al dan niet aanwezig zijn van een goed steunsysteem, eigen coping van de cliënt en capaciteiten tot zelfregie.

Bij niet ernstige problematiek wordt er samen met de patiënt bepaald welk probleem er speelt/welke diagnose gesteld kan worden. Bij deze evaluatie hoort ook besproken te worden welk doel de patiënt zich stelt en wat hij/zij nodig heeft om dit doel te bereiken.

Vervolgens wordt gekeken of de hulp binnen de huisartsenpraktijk is te bieden of dat er andere disciplines bij deze hulpvraag betrokken dienen te worden.

Indien in deze fase onduidelijkheid blijft bestaan kan consultatie gevraagd worden bij de GGZ-kaderarts, psycholoog of psychiater. Voor uitgebreidere diagnostiek kan verwezen worden naar de BGGZ of SGGZ.

⁶ Doorbraakprojecten en Angst en Depressie vanuit het Trimbosinstituut (2006-2012)
Ketenafspraken Basis GGZ – Processtappen



Vanuit de SGGZ worden patiënten met stabiele, chronische GGZ-problematiek terugverwezen naar de huisartsenpraktijk. In overleg met de cliënt en het steunsysteem wordt ook hier zorg op maat ingezet, afhankelijk van zorgvraag en complexiteit van de problematiek. Hierbij kunnen diverse zorgverleners betrokken zijn, bijvoorbeeld: huisarts (medicatiecontrole), POH-GGZ (terugvalpreventie), regiecoaches (ondersteuning), etc.

Ook de inzet van ICT-mogelijkheden kan hierin ondersteunend zijn.

Fase 4. (P) Zorgleefplan en verwijzing

- Verwijzing naar het sociale domein.
- Klachtgerichte behandeling in huisartsenpraktijk; opstellen van een persoonlijk zorgleefplan, monitoring d.m.v. ORS- en SRS-instrumenten.
- Verwijzing GGGZ.
- Verwijzing SGGZ.

De behandel mogelijkheden in de verschillende echelons worden in diverse processtappen beschreven, in samenwerking met regionaal aanwezige samenwerkingspartners. Daarnaast zullen de aanbieders uit het sociale domein betrokken worden als het gaat om begeleiding, advies of inventarisatie van de eigen kracht/sociale netwerk.

Hoewel zij niet direct behandelen, zijn zij als samenwerkingspartner in deze fase wel meegenomen.

Fase 5. (T) Terugvalpreventie

Opstellen van een terugvalpreventieplan, vinger-aan-de-polscontact en langer durende begeleiding van cliënten met chronische psychiatrische problematiek. Een vinger-aan-de-polscontact kan ook bestaan uit het regelmatig hebben van telefonisch of e-mailcontact.

- Monitoring d.m.v. ORS- en SRS-instrumenten.

5. Implementatie van de Ketenzorg Basis GGZ

Structuur voor integrale, regionale aanpak

Het hier beschreven plan gaat uit van een eigentijds GGZ-samenwerkingsnetwerk rondom de huisartsenpraktijk. Om deze implementatie succesvol te realiseren wordt er samengewerkt door de Zorggroepen Chronos, BeRoEmD en Beter in Bommelerwaard. Haspel zal voor deze drie zorggroepen uitvoering geven aan het plan.

Vertegenwoordigers van deze drie zorggroepen vormen met elkaar een stuurgroep waaraan verantwoording afgelegd wordt door Haspel.

Binnen de regio Den Bosch, De Meijerij en Bommelerwaard zijn momenteel meerdere initiatieven gaande om tot kanteling van zorg naar welzijn te komen. Samenhang tussen en samenwerking met deze diverse initiatieven zal nadrukkelijk tot stand moeten komen.

Uitgangspunten:



- Voor een succesvolle implementatie van het regionale ketennetwerk wordt integraal samengewerkt met regionale relevante deelprojecten zoals Welzijn op Recept en samenwerking met ervaringsdeskundigen in de huisartspraktijk.
- Er wordt geen aparte projectstructuur opgebouwd. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de projectstructuur van het overkoepelende integrale plan BGGZ.
- Afstemming wordt gezocht door de regionale stuurgroep als klankbordgroep te laten fungeren.
- Afstemming wordt gezocht met de diverse deelprojectleiders om elkaar zoveel mogelijk te versterken, gebruik te maken van elkaars expertises en overlap te voorkomen.

5.1 Aanpak op lokaal niveau (bottum-up)

Voor het realiseren van een lokaal samenwerkingsnetwerk rondom de huisartsenpraktijk is een centrale rol voor de POH-GGZ weggelegd, als teamleider en als kartrekker.

Rol POH-GGZ als teamleider

- Stimuleren van het team binnen de huisartsenpraktijk.
- Faciliteren van de teamleden.
- Bewaken van de kwaliteit van samenwerking.
- Casuïstiekbespreking organiseren.
- Agendavoering voor gezamenlijke casuïstiekbespreking/MDO.
- Actielijst opstellen in samenspraak met team.
- Afspraken vervolgen.
- Verbindende schakel met de sociale wijkteams.
- Verbindende schakel met cliëntenorganisaties.
- Verbindende schakel met de ketenpartners, waaronder de BGGZ, SGGZ en welzijn.

Om de POH-GGZ in zijn rol als teamleider/kartrekker te ondersteunen, wordt er een netwerk van Key-POH's ontwikkeld. Per sub-regio is een Key-POH aanspreekpunt voor de collega POH-GGZ die bij dezelfde zorggroep en in dezelfde sub-regio werkzaam is.

Rol Key-POH-GGZ

- Aanspreekpunt voor het veld per sub-regio.
- Tussenpersoon voor bestuur van de zorggroep en veld.
- Bijhouden van regionale sociale kaart.
- Signaleringsfunctie.
- Koplopers bij innovatieve (pilot) projecten (E-health, GGZ-module KIS).
- Ondersteuning tijdens implementatiefase met praktijkbezoeken.



6. Activiteiten voor de implementatie van ketenzorg

Bij de implementatie van het beschreven ketennetwerk wordt gebruik gemaakt van de infrastructuur die door het DBC Depressie-project van Haspel in de jaren 2013-2016 rondom diverse huisartsenpraktijken reeds gerealiseerd is. Deelnemende partijen aan dit DBC-project hebben aangegeven een MDO als enorme meerwaarde voor samenwerking en borging van kwaliteit van zorg te ervaren.

Het is dan ook een logische keuze om deze structuur verder uit te rollen naar alle deelnemende huisartsenpraktijken. Voor de huisartsenpraktijken waar de opzet van een MDO reeds ingebed is, is het een kans om op inhoudsniveau een verdiepingsslag te maken en om op procesniveau de kanteling van zorg naar welzijn versneld in te zetten.

6.1. Structuur

- Opzetten van een netwerk van Key-POH'ers binnen de regio Den Bosch en De Meierij (Note: aanpak Bommelerwaard wordt verderop apart vermeld). Dit netwerk is de verbinding tussen veld en beleid. Het Key-POH-netwerk krijgt een voortrekkersrol en is goed geïnformeerd over de ontwikkelingen.
- Voor de ontwikkeling van het Key-POH-netwerk wordt de regio opgedeeld in een aantal sub-regio's:
 - Boxtel, Liempde
 - Vught, Sint-Michielsgestel, Den Dungen
 - Den Bosch
 - Vlijmen, Heusden, Helvoirt
 - Rosmalen, Empel, Berlicum
- De Key-POH stelt per regio een sociale kaart samen en deelt deze met de andere werkzame POH's in de sub-regio. Deze sociale kaart is beschikbaar voor alle deelnemers in de netwerken.
- Scholing van het Key-POH-netwerk op regiovisie, kennis en informatieoverdracht voor succesvolle implementatie.
- De zorggroepen stellen de sociale kaarten van de regionale ketenpartners beschikbaar.
- De POH-GGZ krijgt als kartrekker en aanjager een belangrijke rol binnen de implementatie van ketenzorg BGGZ op lokaal- en praktijkniveau.
- De POH-GGZ wordt in die rol ondersteunt door de Key-POH, informatiestroom, toolkit en ervaringsuitwisseling met collega POH's-GGZ (via HAweb en fysieke ontmoeting).
- De POH-GGZ organiseert op lokaal niveau MDO's waarbinnen aan de hand van casuïstiek het samenwerkingsproces binnen de keten centraal staat. De regiovisie/streefbeeld vormt hierin het uitgangspunt.
- De Key-POH van de relevante sub-regio sluit ter toetsing, evaluatie en borging tweemaal per jaar aan bij dit MDO.
- Op lokaal niveau vindt scholing op maat plaats door een van de leden van het samenwerkingsverband, met kennis en kunde op het gewenste gebied, of door een specialist die daarvoor uitgenodigd wordt.
- Regionaal worden in afstemming met de WDH zowel multi- als monodisciplinaire scholingsbijeenkomsten georganiseerd.



- Binnen Haspel worden scholingen verzorgd op deelonderwerpen voor alle POH's-GGZ in de regio.

Note: in de regio Bommelerwaard is reeds een ontmoetingsstructuur ontwikkeld vanuit de diverse gemeentes. Eenmaal per maand vinden er lunchbijeenkomsten plaats geïnitieerd door de regioteams. Per toerbeurt zijn uitgenodigde ketenpartners voorzitter.

Het is een streven om aan te sluiten bij regionale goedwerkende structuren waardoor er in deze regio dan ook dankbaar gebruik gemaakt gaat worden van de cyclus van deze lunchbijeenkomsten. Huisartsen en POH's-GGZ zullen gestimuleerd en gefaciliteerd gaan worden om deel te gaan nemen en de ontwikkelde visie op te schalen naar een regiovisie

6.2 Informeren

- Op lokaal niveau worden er aftrapbijeenkomsten georganiseerd waarbij alle deelnemers geïnformeerd, gemotiveerd en geënthousiasmeerd worden over visie, inhoud en aanpak.
- Het uitgewerkte GGZ-ketenprogramma is gedigitaliseerd en is beschikbaar via de websites van Haspel, Chronos, BeRoEmD en Beter in Bommelerwaard als flowchart en als uitgeschreven programma.
- Het GGZ-ketenprogramma wordt verstuurd naar vertegenwoordigers van alle ketenpartners in de regio.
- Een toolkit voor implementatie op lokaal niveau is beschikbaar en wordt aan alle betrokken samenwerkingsnetwerken verstrekt.
- Een handreiking voor samenwerking met nieuwe ketenpartners wordt ontwikkeld en uitgereikt.
- Een handreiking voor het delen van informatie met nieuwe ketenpartners wordt ontwikkeld.
- Voor informatieverstrekking wordt gebruik gemaakt van het Key-POH-netwerk. Gedurende het eerste jaar zullen er eens in het kwartaal informatiebijeenkomsten voor deze POH's plaatsvinden, georganiseerd door de programmaleider.

6.3 Scholing

- POH-GGZ: organiseren van informatie- en inhoudelijke scholingsbijeenkomsten voor POH's-GGZ in de regio Den Bosch en De Meijerij waarin informatie verstrekt wordt over visie, werkproces binnen de keten en de rol van de POH-GGZ binnen de implementatie daarvan in de praktijk. Scholing in de methodiek van Doorbraak Depressie en Doorbraak Angst (Trimbos programma's; 2006).
- Huisartsen en POH's-GGZ: in afstemming met de WDH worden er regionaal scholingsbijeenkomsten georganiseerd waarin samengewerkt wordt met diverse ketenpartners. Scholing zal plaatsvinden op inhoudsniveau waarbij nadrukkelijk aandacht zal zijn voor de nieuwe aanpak en samenwerking aansluitend bij de regiovisie/streefbeeld.
- Leden MDO: op lokaal niveau vindt scholing op maat plaats door een van de leden van het samenwerkingsverband met kennis en kunde op het gewenste gebied.
- Alle disciplines: er wordt e-learning ingezet, indien beschikbaar op het gewenste item.

6.4 Registratie en afstemming



- Voor 2015 wordt gekozen voor het registreren in het Excel-bestand van Haspel en vanaf 2016 wordt de overstap gemaakt naar een GGZ-module van het KIS (afhankelijk van de uitkomst en de ontwikkeling bij Zorggroep Synchron).
- Met relevante ketenpartners worden er afstemmingsafspraken gemaakt over op- en afschaling van zorg.
- Zorgtrajecten van BGGZ en SGGZ worden op elkaar afgestemd om te voorkomen dat procedures dubbel gedaan worden. Zorgverleners zijn op de hoogte van elkaars werkwijze en vanuit vertrouwen wordt daarin complementair samengewerkt.
- In de gehele regio wordt E-health via dezelfde applicatie geleverd.

6.5 Borging en evaluatie

- De binnen een Excel-bestand gegeneerde managementinformatie wordt gebruikt als uitgangspunt om op proces- en/of inhoudsniveau verbeteringen aan te brengen.
- Feedback uit het veld op inhoud en proces van de ketenzorg wordt verzameld via Key-POH's.
- Op basis van de feedback worden verbeteringen in het proces en de inhoud doorgevoerd aan de hand van de PDCA-cyclus (best practice-voorbeelden, ICT-mogelijkheden).