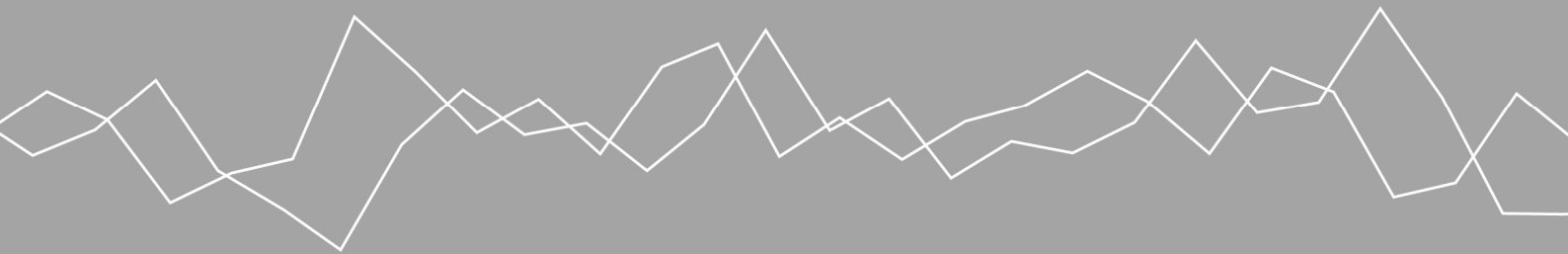


Kosten en baten Thuisbegeleiding voor  
psychiatrische patiënten





Amsterdam, maart 2012  
In opdracht van ActiZ  
Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door de Centrale Raad voor Gezinsverzorging

## Kosten en baten Thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten

Lucy Kok

A decorative horizontal line art graphic consisting of several overlapping, jagged, and irregular lines in a light gray color, spanning the width of the page.

seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

*SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.*

SEO-rapport nr.2012-21

ISBN 978-90-6733-641-3

Copyright © 2012 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting en conclusies .....</b>	<b>i</b>
<b>1 Inleiding .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Effecten thuisbegeleiding .....</b>	<b>3</b>
2.1 Wat houdt thuisbegeleiding in? .....	3
2.2 Effecten van thuisbegeleiding .....	4
2.3 Succesfactoren .....	7
2.4 Samenvatting.....	8
<b>3 Kosten en baten vergeleken .....</b>	<b>11</b>
3.1 Kosten en baten Intensieve thuisbegeleiding .....	11
3.2 Kosten en baten Matig-intensieve thuisbegeleiding .....	14
3.3 Samenvatting.....	15
<b>Literatuur .....</b>	<b>17</b>



## Samenvatting en conclusies

*Thuisbegeleiding kan, ten opzichte van standaardzorg, maatschappelijke baten opleveren oplopend tot € 6.050 per jaar per patiënt. De baten zijn het hoogst wanneer een matig-intensieve vorm van thuisbegeleiding wordt ingezet en de doelgroep ernstige problemen heeft. Dit blijkt uit deze kosten-batenanalyse die in opdracht van ActiZ is verricht.*

Thuisbegeleiding heeft als doel kwetsbare burgers in de samenleving op een praktische en laagdrempelige manier te begeleiden in het structureren van het dagelijks leven en daarin hun zelfredzaamheid te vergroten. Thuisbegeleiding richt zich op het brengen van rust, orde en regelmaat bij mensen die de regie over hun leven kwijt zijn. De doelgroep bestaat uit mensen met psychische, psychosociale en/of psychiatrische problematiek, zorgwekkende zorgmijders en mensen die door verlies van fysieke mogelijkheden te maken krijgen met grote veranderingen in het dagelijks leven.

Thuisbegeleiding wordt geleverd door een vaste begeleider. Afhankelijk van de indicatiestelling of hulpvraag komt de begeleider één of meer uren per week bij de cliënt thuis en helpt de cliënt bij het ordenen van zijn huishouding, het vinden van een dagritme en dagelijkse activiteiten, het ordenen van de administratie, het versterken van de persoonlijke hygiëne en de sociale contacten en het leren omgaan met een stoornis, handicap of beperking. Thuisbegeleiding wordt geleverd door thuiszorgorganisaties en door GGZ-instellingen (door FACT-teams). Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt niet dat er een verschil is in effectiviteit van thuisbegeleiding zoals uitgevoerd door thuiszorgorganisaties en thuisbegeleiding zoals uitgevoerd door FACT-teams. Deze kosten-batenanalyse gaat alleen over de kosten en baten van thuisbegeleiding zoals aangeboden door thuiszorgorganisaties. Er wordt een onderscheid gemaakt naar Intensieve thuisbegeleiding met een lage caseload van minder dan 20 cliënten, waarbij de thuisbegeleider gemiddeld twee uur per week bij de cliënt thuis komt, en Matig-intensieve thuisbegeleiding met een hoge caseload van 20 cliënten of meer, waarbij de thuisbegeleider gemiddeld één uur per week bij de cliënt thuis komt.

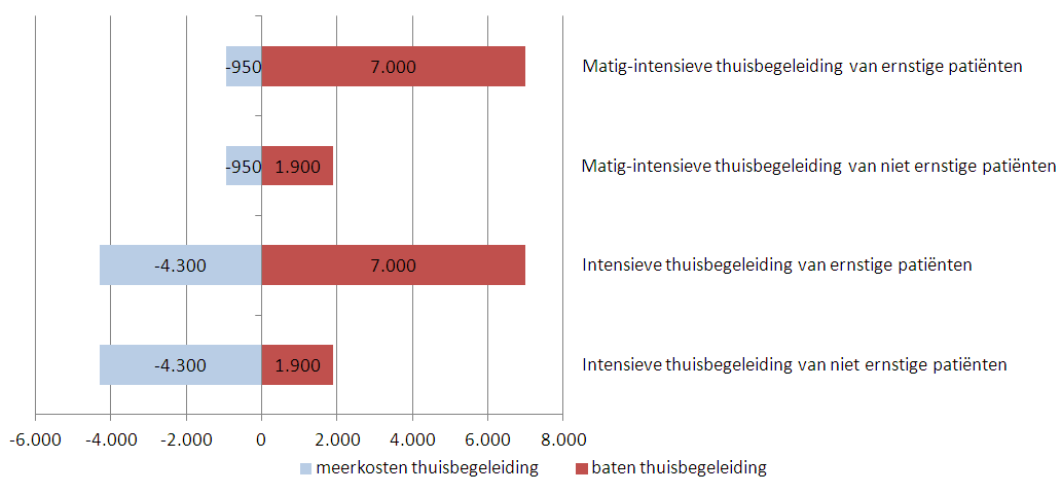
Standaardzorg bestaat uit psychiatrische zorg die grotendeels vanuit kantoor wordt geleverd en in veel mindere mate bij de patiënt thuis. De kosten van standaardzorg bedragen ca. € 3.000. Intensieve thuisbegeleiding (gemiddeld twee uur per week) kost ca. € 7.300 per jaar: € 4.300 meer dan standaardzorg. Matig-intensieve thuisbegeleiding (gemiddeld één uur per week) kost ca. € 3.950 per jaar: slechts € 950 meer dan standaardzorg.

Thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten (zowel Intensieve als Matig-intensieve thuisbegeleiding) leidt ertoe dat zij, ten opzichte van standaardzorg, 3 tot 12 dagen per maand minder gebruikmaken van ziekenhuiszorg. Ook wonen zij vaker zelfstandig. In de groep die thuisbegeleiding kreeg woonde op lange termijn (na twee jaar) 82% zelfstandig tegen 74% in de groep die standaardzorg kreeg. Ook zijn patiënten die thuisbegeleiding krijgen tevredener over de hulpverlening en houden zij beter contact met de hulpverlening. Dit blijkt uit de wetenschappelijke literatuur over de effecten van thuisbegeleiding.

De belangrijkste succesfactor is de doelgroep: thuisbegeleiding is effectiever voor ernstige patiënten die voorafgaand aan de begeleiding veel dagen opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. De organisatie en uitvoering van thuisbegeleiding heeft weinig invloed op de uitkomsten. Thuisbegeleiding kan dus net zo goed worden uitgevoerd door thuiszorginstellingen als door GGZ-instellingen. De omvang en samenstelling van het team en de samenstelling en de caseload van de begeleider maken geen verschil voor de effecten van thuisbegeleiding. Intensieve thuisbegeleiding is daarom net zo effectief en heeft dezelfde baten als Matig-intensieve thuisbegeleiding.

De baten van thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten bestaan uit besparingen op ziekenhuiszorg en begeleid wonen. Voor ernstige patiënten bedragen de besparingen € 7.000 per jaar en voor niet ernstige patiënten bedragen de besparingen € 1.900 per jaar.

**Figuur S.1 Kosten en baten van thuisbegeleiding ten opzichte van standaardzorg in euro's (prijspeil) 2009 per jaar per patiënt**



Bron: SEO Economisch Onderzoek

De meerkosten van Matig-intensieve thuisbegeleiding ten opzichte van standaardzorg bedragen € 950 waardoor de netto baten op € 6.050 à € 950 uitkomen. De meerkosten van Intensieve thuisbegeleiding bedragen € 4.300 ten opzichte van standaardzorg waardoor de netto baten voor ernstige patiënten uitkomen op € 2.700. Voor niet-ernstige patiënten leidt Intensieve thuisbegeleiding tot een verlies van € 2.400 per patiënt per jaar. Voor hen, maar ook voor ernstige patiënten, kan dus beter Matig-intensieve thuisbegeleiding worden ingezet.



# 1 Inleiding

*Thuisbegeleiding is praktische hulpverlening aan huis. Wat zijn de kosten en baten van thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten? Deze vraag wil ActiZ graag beantwoord zien.*

Het doel van thuisbegeleiding is kwetsbare burgers te helpen structuur in het dagelijks leven te brengen waardoor problemen verminderen of erger wordt voorkomen. Het gaat om mensen met meervoudige problemen, die de grip op het dagelijks leven kwijt zijn of dreigen te verliezen en zich zonder hulp niet kunnen handhaven in de maatschappij. Thuisbegeleiding is zowel gericht op kwetsbare volwassenen als ontregelde gezinnen.

In een eerder rapport zijn in opdracht van ActiZ de kosten en baten van thuisbegeleiding voor gezinnen in beeld gebracht (zie Houkes e.a. 2011). Het ging daarbij om thuisbegeleiding in crisissituaties, om te voorkomen dat kinderen uit huis werden geplaatst. Dit rapport beschrijft de kosten en baten van thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten.

Aanleiding voor het onderzoek is dat de functie 'begeleiding' uit de AWBZ verdwijnt en dat psychiatrische cliënten voor financiering van individuele begeleiding afhankelijk worden van de WMO. Volgens de planning zouden nieuwe cliënten per 1 januari 2013, afhankelijk worden van gemeentelijke financiering. Het zal vermoedelijk wat later worden omdat tussen wetsbesluit en uitvoering van de wet door de VNG een jaar voor voorbereiding wordt gewenst. Na invoering van de wet moeten gemeenten deze hulpverlening gaan financieren.

ActiZ bepleit een zorgvuldige overgang van financiering zodat dat er geen patiënten tussen wal en schip vallen. Juist omdat deze doelgroep niet goed voor zichzelf opkomt en vaak zwak gemotiveerd is voor hulpverlening, is het van belang dat begeleiding mogelijk blijft. Bovendien zou het onthouden van hulp kunnen leiden tot een groter beroep op andere, mogelijk duurdere, zorg. ActiZ heeft SEO gevraagd om te onderzoeken in hoeverre dit het geval is.

## Leeswijzer

Het rapport zit als volgt in elkaar. In hoofdstuk 2 wordt beschreven wat thuisbegeleiding inhoudt en worden de meest recente wetenschappelijke inzichten over de effecten van thuisbegeleiding weergegeven. Hoofdstuk 3 geeft de kosten en baten van thuisbegeleiding weer.



## 2 Effecten thuisbegeleiding

*Thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten zorgt ervoor dat, ten opzichte van standaardzorg, patiënten minder gebruikmaken van het ziekenhuis en vaker zelfstandig wonen. Ook zijn zij tevredener over de hulpverlening en houden zij beter contact met de hulpverlening.*

In paragraaf 2.1 wordt ingegaan op de vraag wat thuisbegeleiding inhoudt. Paragraaf 2.2 beschrijft de wetenschappelijke literatuur over de effecten van thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten. Paragraaf 2.3 vat samen.

### 2.1 Wat houdt thuisbegeleiding in?

#### **Thuisbegeleiding door thuiszorgorganisaties**

Thuisbegeleiding heeft als doel kwetsbare burgers in de samenleving op een praktische en laagdrempelige manier te begeleiden in het structureren van het dagelijks leven en daarin hun zelfredzaamheid te vergroten. Thuisbegeleiding richt zich op het brengen van rust, orde en regelmaat bij mensen die de regie over hun leven kwijt zijn. De doelgroep bestaat uit mensen met ernstige psychische, psychosociale en/of psychiatrische problematiek, zorgwekkende zorgmijders en mensen die door verlies van fysieke mogelijkheden te maken krijgen met grote veranderingen in het dagelijks leven (Kragting & Booijink, 2010).

De begeleiding vindt plaats ‘achter de voordeur’. De thuisbegeleider kijkt niet alleen naar de cliënt, maar naar het gehele leefsysteem en de directe omgeving van de cliënt. Afhankelijk van de indicatiestelling of hulpvraag komt de begeleider één of meer uren per week bij de cliënt thuis en helpt de cliënt bij het ordenen van zijn huishouding, het vinden van een dagritme en dagelijkse activiteiten, het ordenen van de administratie, het versterken van de persoonlijke hygiëne en de sociale contacten en het leren omgaan met een stoornis, handicap of beperking. Op basis van een begeleidingsplan, opgesteld door de cliënt en de begeleider, bespreekt de begeleider aan welke doelen gewerkt wordt. De begeleider werkt samen op met de cliënt en maakt afspraken over de activiteiten die de cliënt zelfstandig gaat ondernemen. Meestal vraagt dit een investering van meerdere jaren, soms hebben cliënten voldoende aan een periode van enkele maanden. Bij zorgmijdende cliënten is het motiveren tot begeleiding een doel op zichzelf. Thuisbegeleiding wordt regelmatig ingezet naast andere vormen van hulpverlening en werkt nauw samen met andere hulpverleners en vrijwilligers. Soms bereidt de begeleider cliënten voor op meer specialistische hulpverlening (Kragting & Booijink, 2010).

#### **Thuisbegeleiding door thuiszorgorganisaties en FACT-teams vergeleken**

Thuisbegeleiding kan worden geboden door thuiszorginstellingen en door GGZ-instellingen. GGZ-instellingen werken met FACT-teams. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment. FACT is een afgeleide van ACT: Assertive Community Treatment. Dit is een nauw omschreven vorm van thuisbegeleiding. Casemanagers coördineren de zorg, en spannen zich daarnaast in om cliënten de vaardigheden te leren die zij nodig hebben om zelfstandig te kunnen

leven, zoals de was doen, winkelen, koken, budgetteren, et cetera. Familieondersteuning en crisisinterventie behoren ook tot de taken. Ingrediënten van ACT zijn (Wolf e.a. 2002):

- actieve benadering van cliënten;
- hulpverlening thuis;
- focus op praktische problemen;
- betrokken belangenbehartiging;
- redelijke caseload, maximaal vijftien cliënten;
- frequent contact tussen cliënt en casemanager;
- teambenadering waarin casemanagers een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor alle cliënten van het programma;
- langdurige betrokkenheid bij cliënten;
- 7x24-uurs bereikbaarheid.

Bij ACT is er sprake van een gedeelde caseload: het team is gezamenlijk verantwoordelijk voor de patiënt en het hele team kent de patiënt. De FACT-teams brengen dit in praktijk voor de (ca 20%) zware patiënten. Voor de lichtere patiënten bieden de FACT-teams individueel casemanagement vanuit een multidisciplinair team (Van Veldhuizen e.a., 2008). FACT-teams opereren per wijk. Een FACT-team van in totaal 11 à 12 fte heeft een verzorgingsgebied van ongeveer 50.000 inwoners en daarbinnen gemiddeld tussen de 150 en 200 patiënten onder zijn hoede. FACT-teams proberen ook om de patiënt weer aan betaald werk te krijgen met specifieke interventies (KPMG Plexus/KBK, 2012). Volgens het protocol bieden FACT-teams 7x24-uurs bereikbaarheid. In de praktijk bieden niet de teams 7x24-uurs bereikbaarheid, maar wel de GGZ-instelling (Van Dijk, 2007).

Alle ingrediënten van ACT zijn ook van toepassing op thuisbegeleiding door thuiszorgorganisaties, behalve de teambenadering. De thuisbegeleider die wordt ingezet door thuiszorgorganisaties is geen onderdeel van een team maar wordt wel ondersteund door en werkt samen met andere professionals, zoals een psychiater en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige. De aanpak van de thuisbegeleiding door thuiszorgorganisaties lijkt daarmee erg op de aanpak van de FACT-teams voor de lichtere patiënten. Ook wat betreft de 24-uurs beschikbaarheid wijkt de praktijk van thuisbegeleiding vanuit een thuiszorgorganisatie niet af van die van FACT-teams. Daarbij kan de cliënt ook 7x24 uur terecht bij de thuiszorgorganisatie of bij een crisisdienst.

### **Bekostiging**

Thuisbegeleiding door thuiszorgorganisaties wordt nu betaald uit de AWBZ. Thuisbegeleiding door FACT-teams wordt, sinds de overgang van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet in 2008, betaald door zorgverzekeraars. Verwacht wordt dat beide vormen van begeleiding straks overgaan naar de WMO.

## **2.2 Effecten van thuisbegeleiding**

Er is veel onderzoek gedaan naar thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten. Voor de beschrijving van de effecten wordt een studie gebruikt die gebaseerd is op 38 onderzoeken naar de effectiviteit van thuisbegeleiding (Dieterich et al, 2011). De onderliggende studies onderzoeken de effectiviteit van verschillende modellen van thuisbegeleiding: (1) ACT, (2)

Assertive Outreach Model en (3) het Case Management model. De verschillen tussen de drie modellen zijn klein; in alle modellen is sprake van actieve benadering van cliënten, hulpverlening thuis en focus op praktische problemen. Eén van de 38 onderzoeken waarop het onderzoek van Dieterich e.a. zich baseert is een Nederlandse studie (Sytema e.a. 2007).

De studie van Dieterich e.a. (2011) vergelijkt de effecten van:

1. Intensieve thuisbegeleiding: thuisbegeleiding met een lage caseload van 20 of minder patiënten per thuisbegeleider;
2. Matig-intensieve thuisbegeleiding: thuisbegeleiding met een hoge caseload van meer dan 20 patiënten per thuisbegeleider;
3. Standaard zorg. Dit is zorg waarbij de hulpverlening niet actief de psychiatrische patiënt opzoekt en in zijn thuissituatie begeleidt. De hulp bestaat veelal uit consulten van de patiënt bij een psychiater.

Matig-intensieve thuisbegeleiding blijkt op alle uitkomstmaten dezelfde effecten te hebben als Intensieve thuisbegeleiding. De effecten van Matig-intensieve thuisbegeleiding worden daarom niet apart besproken. Hieronder beschrijven we de effecten van thuisbegeleiding (ten opzichte van standaardzorg) op het zorggebruik, het functioneren van de patiënt en de gezondheid van de patiënt. Alle hieronder beschreven effecten zijn gebaseerd op de studie van Dieterich (2011).

## Zorggebruik

### Opname in psychiatrisch ziekenhuis

Gegevens over het gebruik van zorg waren opgenomen in 24 studies. Daarvan zijn 4 studies zijn in de analyse buiten beschouwing gelaten omdat zij extreme uitkomsten lieten zien. Gemiddeld over 20 studies leidde thuisbegeleiding ten opzichte van standaard zorg tot een reductie van het aantal dagen opname in een psychiatrisch ziekenhuis met 3 tot 12 dagen per jaar en gemiddeld met 7,5 dagen per jaar. Het effect was vooral toe te rekenen aan kortere opnames en in veel mindere mate aan minder opnames. Tussen de studies waren er grote verschillen. Het aantal dagen in het ziekenhuis daalde meer voor patiënten die in de periode voordat de thuisbegeleiding startte vaker waren opgenomen in het ziekenhuis. Gemiddeld over de 20 studies waren patiënten in de periode voorafgaand aan de studie 4,7 dagen per maand opgenomen geweest (bron: eigen berekening op basis van tabel 3 op blz. 233-235 Dieterich et al., 2011).

### Contact met hulpverlening

Thuisbegeleiding zorgde ervoor dat psychiatrische patiënten op lange termijn vaker contact hielden met hulpverleners. Dit is een logisch gevolg van de actieve benadering van thuisbegeleiding. Dit heeft onder andere tot gevolg dat cliënten met thuisbegeleiding de therapie trouwer volgen, bijvoorbeeld omdat zij hun medicijnen beter innemen.

## Functioneren patiënt

### Globaal functioneren

Het globale functioneren van de patiënt is gemeten met een vragenlijst (GAF Global Assessment of Functioning). Op basis van de vragenlijst wordt een score toegekend van 100, uitstekend functioneren, tot 1, blijvend zichzelf gevaar toebrengen. De score geeft een globale beoordeling van het functioneren, of een maat hoe iemand psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneert binnen de samenleving op dat moment.

De GAF-score verbeterde als gevolg van thuisbegeleiding in vier studies en op de lange termijn in vijf studies. Het ging om kleine verbeteringen (gemiddeld ca 3 punten op de schaal van 1 tot 100). Daarentegen lieten drie studies zien dat de GAF-score op middellange termijn niet verbeterde. Er zijn dus aanwijzingen dat thuisbegeleiding tot enige verbetering leidt van het functioneren, maar het effect is zeer klein.

### Contacten met justitie

In een aantal studies is het effect gemeten van thuisbegeleiding op het aantal contacten met de politie, het aantal arrestaties en het aantal gevangenisopnames. Over het algemeen lieten de studies geen effect zien op het aantal contacten met justitie.

### Overlast

De studie van Dieterich e.a. (2011) geeft geen informatie over het effect van thuisbegeleiding op de overlast die patiënten veroorzaken voor hun omgeving. Uit een Nederlandse studie blijkt dat vanaf het moment van inzetten van thuisbegeleiding de mate van overlast afneemt, terwijl in de maanden voorafgaand aan het inzetten van thuisbegeleiding de mate van overlast juist was toegenomen (Staring e.a., 2011). Hoewel in deze studie de groep die thuisbegeleiding krijgt niet wordt vergeleken met een groep die dat niet krijgt, geeft de studie wel een sterke aanwijzing dat thuisbegeleiding leidt tot minder overlast.

### Werk

De studies vinden geen effect van thuisbegeleiding op het vinden van werk.

### Woonsituatie

Verschillende studies laten zien dat als gevolg van thuisbegeleiding de kans op dakloosheid niet afneemt. Wel laten de studies zien dat als gevolg van thuisbegeleiding op middellange en lange termijn meer mensen zelfstandig wonen. In de groep die thuisbegeleiding kreeg woonde op lange termijn (na twee jaar) 82% zelfstandig tegen 74% in de groep die standaardzorg kreeg.

### Drugsgebruik

De studies laten geen effect zien van thuisbegeleiding ten opzichte van standaardzorg op het gebruik van alcohol en drugs.

## Gezondheid

### Symptomen

Op korte termijn leidde thuisbegeleiding niet tot een vermindering van symptomen. Twee studies hebben het effect op lange termijn gemeten en vinden beide een vermindering van de symptomen.

### Kwaliteit van leven

Zes studies meten de kwaliteit van leven van patiënten. Een daarvan vond op korte termijn een positief effect van thuisbegeleiding op de kwaliteit van leven. De andere studies vonden geen effect.

### Tevredenheid patiënten

In negen studies is de tevredenheid van patiënten met de begeleiding gemeten. In zeven studies waren patiënten duidelijk meer tevreden met de dienstverlening dan in de groep die standaardzorg kreeg. In twee studies was er geen effect.

## 2.3 Succesfactoren

### Doelgroep

Thuisbegeleiding heeft meer positieve effecten voor mensen met een geschiedenis van veel ziekenhuisopnames (Burns et al., 2007 en Dieterich et al., 2011). Voor hen is de besparing op het aantal ziekenhuisdagen het grootst. Hoe lager het aantal ziekenhuisdagen al was, hoe minder er bespaard kan worden. Volgens Burns et al. kan dit komen doordat de reguliere zorg al goed was in de studies waarbij het aantal ziekenhuisdagen in de behandel- en controlegroep laag was voorafgaand aan de introductie van Intensieve thuisbegeleiding. Dan valt er minder te besparen met thuisbegeleiding. Een andere hypothese is dat juist mensen met een geschiedenis met veel ziekenhuisdagen ernstigere problemen hebben en dat zij het meeste baat hebben bij thuisbegeleiding.

### Uitvoering

#### Team en caseload

De omvang van het team, de professionele samenstelling van het team en de caseload van het team bleken geen invloed te hebben op het effect van thuisbegeleiding (Burns et al., 2007). Ook de studie van Dieterich et al. (2011) laat zien dat de caseload geen effect heeft op de uitkomsten van thuisbegeleiding: Intensieve thuisbegeleiding bleek dezelfde effecten te hebben als Matig-intensieve thuisbegeleiding.

#### Organisatie

Burns et al. (2007) hebben ook gekeken naar de invloed van de organisatie van thuisbegeleiding op het effect van thuisbegeleiding op het aantal ziekenhuisdagen. Teams die georganiseerd waren

volgens de uitgangspunten van Assertive Community Training kregen een hogere score. Elementen die daarbij een rol speelden waren:

- het team is de primaire zorgverlener van de patiënt;
- het team komt dagelijks bijeen;
- het team is gezamenlijk verantwoordelijk voor de patiënten;
- het team is 7 × 24 uur bereikbaar;
- de casemanager is ook de teamleider.

Het bleek dat thuisbegeleiding door teams die in grotere mate aan deze kenmerken voldeden meer effect sorteerde (Burns et al., 2007). Het effect van de organisatie van het team was echter veel kleiner dan dat van het aantal ziekenhuisdagen in het verleden van de patiënt. Dieterich et al. (2011) laten zien dat als de organisatie van het team en het aantal ziekenhuisdagen in het verleden van de patiënt tegelijkertijd worden meegenomen in de analyse, de wijze van organisatie geen zelfstandig effect meer heeft. Het aantal ziekenhuisdagen in het verleden van de patiënt heeft dan echter nog steeds invloed op het resultaat.

In de praktijk blijken niet alle teams 24-uurs zorg te verlenen; soms gaat het alleen om zorg tijdens kantooruren. Buiten kantooruren kunnen patiënten terecht bij crisiszorg. Voor de effectiviteit van de Intensieve thuisbegeleiding lijkt dit geen effect te hebben (Rapp & Goscha, 2004). Verder bleek dat de duur van de thuisbezoeken minder belangrijk was dan de frequentie (Rapp & Goscha, 2004). Bij een hoge caseload kunnen thuisbegeleiders dus beter vaker en korter langsgaan dan minder vaak en langer.

## 2.4 Samenvatting

Thuisbegeleiding zorgt ervoor dat (ten opzichte van standaardzorg) patiënten minder gebruikmaken van ziekenhuiszorg en vaker zelfstandig wonen. Ook zijn patiënten tevredener over de hulpverlening en houden zij beter contact met de hulpverlening. De volgende tabel geeft een overzicht van de effecten.

**Tabel 2.1 Effecten van thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten ten opzichte van standaardzorg**

<b>Zorggebruik</b>	
Opname in psychiatrisch ziekenhuis	3 tot 12 dagen minder ziekenhuisdagen per jaar
Contact met hulpverlening	meer contact met hulpverlening ook op lange termijn
<b>Functioneren patiënt</b>	
Globaal functioneren	klein positief effect op globaal functioneren
Contacten met justitie	geen effect
Werk	geen effect
Woonsituatie	Op lange termijn woont 82% zelfstandig tegen 74% in de groep met standaardzorg
Drugsgebruik	geen effect
<b>Gezondheid</b>	
Symptomen	op lange termijn minder symptomen
Kwaliteit van leven	geen effect
Tevredenheid patiënten	positief effect op tevredenheid patiënten met hulpverlening



De samenstelling van het team en de caseload hebben geen invloed op de effecten van thuisbegeleiding. Matig-intensieve thuisbegeleiding heeft dezelfde effecten als intensieve thuisbegeleiding.

De belangrijkste succesfactor is de doelgroep: thuisbegeleiding is effectiever voor patiënten die voorafgaand aan de begeleiding veel dagen opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis.



### 3 Kosten en baten vergeleken

*Matig-intensieve thuisbegeleiding levert per saldo maatschappelijke baten op variërend van € 950 per patiënt (voor minder ernstige patiënten) tot € 6.050 (voor ernstige patiënten). Intensieve thuisbegeleiding levert per saldo maatschappelijke baten op voor ernstige patiënten, maar niet voor minder ernstige patiënten.*

In dit hoofdstuk worden de kosten en baten van thuisbegeleiding zoals aangeboden door thuiszorgorganisaties berekend ten opzichte van standaardzorg. In paragraaf 3.1 worden de kosten en baten van Intensieve thuisbegeleiding ten opzichte van standaardzorg berekend. Paragraaf 3.2 bevat de kosten-batenanalyse van Matig-intensieve thuisbegeleiding ten opzichte van standaardzorg. Paragraaf 3.3 vat de resultaten samen.

#### 3.1 Kosten en baten Intensieve thuisbegeleiding

Onderstaande tabel bevat de totale kosten en baten van Intensieve thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten ten opzichte van standaardzorg. De tabel bevat een minimale en een maximale variant. Voor minder ernstige patiënten zal de besparing kleiner zijn dan voor ernstige patiënten (met een verleden met veel ziekenhuisopnames). Voor ernstige patiënten treedt naar verwachting een maatschappelijke baat op van € 2.700 per jaar per patiënt (zie onderstaande tabel). Intensieve thuisbegeleiding voor minder ernstige patiënten leidt tot een maatschappelijk verlies van € 2.400 per jaar per patiënt. In de rest van de paragraaf worden de getallen in de tabel per kostenpost toegelicht.

**Tabel 3.1 Kosten en baten van Intensieve thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten per jaar per patiënt (in euro's 2009)**

	patiënt	gemeente	verzekeraar	belasting- betaler	Totaal
<b>Niet ernstige patiënten</b>					
kosten thuisbegeleiding		-6.700	-600		-7.300
kosten standaardbehandeling			3.000		3.000
kosten ziekenhuisopname			800		800
kosten begeleid wonen				1.100	1.100
kwaliteit van leven	+PM				+PM
<b>totaal</b>	<b>+PM</b>	<b>-6.700</b>	<b>3.200</b>	<b>1.100</b>	<b>-2.400+PM</b>
<b>Ernstige patiënten</b>					
kosten thuisbegeleiding		-6.700	-600		-7.300
kosten standaardbehandeling			3.000		3.000
kosten ziekenhuisopname			3.700		3.700
kosten begeleid wonen				3.300	3.300
kwaliteit van leven	+PM				+PM
<b>totaal</b>	<b>+PM</b>	<b>-6.700</b>	<b>6.100</b>	<b>3.300</b>	<b>2.700+PM</b>

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Voor de berekening is gebruikgemaakt van het kostenhandboek van het College voor Zorgverzekeringen (Hakkaart-van Roijen e.a., 2010). Hierin staan voor de meeste zorgvormen de

kostprijzen, in euro's 2009. Voor de berekeningen is uitgegaan van de effecten op de lange termijn en verondersteld is dat die elk jaar optreden. Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat thuisbegeleiding langdurig wordt ingezet.

### Kosten Intensieve thuisbegeleiding

De kosten van een jaar Intensieve thuisbegeleiding zijn becijferd op € 6.900. Volgens de Nederlandse studie van Sytema (2007) naar de effecten van Intensive thuisbegeleiding komt de thuisbegeleider gemiddeld 4,3 keer per maand bij de patiënt thuis. Verondersteld is op basis van informatie van ActiZ dat een gemiddeld bezoek 2 uur duurt. Voor het uurtarief van de thuisbegeleider is uitgegaan van € 65. Dit zijn de kosten van een maatschappelijk werker in de eerstelijnsgezondheidszorg in 2009 (Hakkaart-van Roijen e.a., 2010). Dit uurtarief ligt tussen het AWBZ tarief ivoor Begeleiding extra (€ 47,80 in 2009, € 52,99 in 2011) en Gespecialiseerde begeleiding (€ 80,24 in 2009 € 86,65).<sup>1</sup> Dit tarief is inclusief de kosten van reistijd van de thuisbegeleider en de kosten van de tijd die de thuisbegeleiding besteedt aan overleg met andere hulpverleners. Daarnaast bezoekt de patiënt ook nog één keer in de drie maanden (0,3 keer per maand) een psycholoog of psychiater. Verondersteld is dat dit bezoek een uur duurt. Gerekend is met een tarief van € 171,00 per uur voor het contact met een psycholoog/psychiater in een instelling (kosten ambulante contact, Hakkaart-Van Roijen, 2010). De totale kosten van thuisbegeleiding bedragen dan afgerond € 7.300 (zie onderstaande tabel).

**Tabel 3.2 Intensieve thuisbegeleiding kost afgerond € 7.300 per maand (prijzen 2009)**

	uurtarief*	frequentie**	duur	kosten per maand	kosten per jaar (afgerond)
	(1)	(2)	(3)	(1)x(2)x(3)	
bezoek thuis	€ 65	4,3 per maand	2 uur	€ 559	€ 6.708
bezoek instelling	€ 171	0,3 per maand	1 uur	€ 51	€ 616
<b>totaal</b>					<b>€ 7.324</b>

Bron: \*Hakkaart-van Roijen et al. (2010) \*\* Sytema et al. (2007)

De kosten van de thuisbegeleider worden op dit moment nog betaald door de verzekeraar, maar zullen in de naaste toekomst worden betaald door gemeenten in het kader van de decentralisatie van begeleiding. De kosten van het bezoek aan een instelling worden betaald door de zorgverzekeraar.

### Standaardzorg

Kosten van standaardzorg bedragen naar schatting (afgerond) € 3.000 per jaar. Ook bij standaardzorg komt er soms iemand thuis kijken, gemiddeld 0,6 keer per maand (Sytema et al., 2007). Daarnaast gaat de patiënt één keer per maand naar een psycholoog/psychiater.

<sup>1</sup> bron 2009: beleidsregel NZa CA-353. bron 2011: beleidsregel NZa CA-453

**Tabel 3.3**    **Standaardzorg kost afgerond € 3.000 per maand**

	uurtarief*	frequentie**	duur	kosten per maand	kosten per jaar
	(1)	(2)	(3)	(1)x(2)x(3)	
bezoek thuis	€ 65	0,6 per maand	2 uur	€ 78	€ 936
bezoek instelling	€ 171	1 per maand	1 uur	€ 171	€ 2052
<b>totaal</b>					<b>€ 2.988</b>

Bron: \*Hakkaart-van Roijen et al. (2010) \*\* Sytema et al. (2007)

De standaardzorg valt onder de Zorgverzekeringswet en wordt dus betaald door de zorgverzekeraar. Ook de kosten van bezoek thuis worden dan gedekt door de verzekeraar. Als thuisbegeleiding wordt ingezet dan bespaart de verzekeraar € 2.400 doordat de patiënt geen standaardzorg meer gebruikt (€ 3.000 – € 600).

### Ziekenhuisopname

Het aantal dagen ziekenhuisopname werd door Intensieve thuisbegeleiding met 2,76 tot 12,00 dagen gereduceerd. Volgens het kostenhandboek van het College voor Zorgverzekeringen kost een verpleegdag in een psychiatrisch ziekenhuis € 306. De besparing op ziekenhuiszorg bedraagt dus € 845 tot € 3.672 per jaar (afgerond € 800 tot € 3.700). Deze besparing komt terecht bij de zorgverzekeraar.

### Kosten begeleid wonen

In de groep die Intensieve thuisbegeleiding kreeg woonde op termijn 82% zelfstandig tegen 74% in de groep die standaardzorg kreeg. In de kosten-batenanalyse wordt uitgegaan van structurele situatie waarin dit effect reeds bereikt is. Verondersteld is dat degenen die niet zelfstandig wonen in een beschermd woonvorm wonen. De kosten van beschermd wonen bedragen € 151 per dag (Hakkaart-Van Roijen 2010). Uit de effectstudies kan niet worden opgemaakt hoeveel maanden per jaar de patiënten in een beschermd woonvorm wonen. In de kosten-batenanalyse is uitgegaan van minimaal drie maanden en maximaal negen maanden. Minimaal bedraagt de besparing dan 91 dagen maal € 151 = € 13.741 per persoon die als gevolg van Intensieve thuisbegeleiding niet beschermd woont. Het gaat om 8% van de cliënten (82%–74%). De besparing bedraagt dus 8% van € 13.741 per jaar per patiënt = € 1.100. Maximaal bedraagt de besparing negen maanden in plaats van drie maanden, dus drie keer € 1.100 = € 3.300. Beschermd wonen wordt betaald uit de AWBZ. De besparing komt dus ten goede aan de belastingbetaler.

### Kwaliteit van leven

Thuisbegeleiding leidt op korte termijn niet tot een hogere kwaliteit van leven. Voor een effect op lange termijn zijn wel aanwijzingen. Het globaal functioneren (psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren) laat een kleine verbetering zien en ook verminderen de symptomen iets. Op korte termijn zijn patiënten tevredener met de zorg en op lange termijn houden zij vaker contact met de hulpverlening. Ook dit zijn indicaties dat intensieve thuisbegeleiding een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit effect is niet gekwantificeerd en als PM (promemorie) post opgenomen in de analyse.

## Bij wie komen de kosten en baten terecht?

De gemeente betaalt in de toekomst de kosten van de thuisbegeleider. De baten komen echter terecht bij andere partijen. De zorgverzekeraar gaat er € 3.200 tot € 6.100 op vooruit. De zorgverzekeraar betaalt € 600 aan psychiatrische zorg voor patiënten met thuisbegeleiding maar bespaart € 3.000 op de standaardzorg voor psychiatrische patiënten. Bovendien bespaart de zorgverzekeraar € 800 tot € 3.700 aan ziekenhuiszorg. De belastingbetaler gaat erop vooruit doordat de AWBZ-kosten van beschermd wonen dalen, met € 1.100 tot € 3.300 per patiënt per jaar. Ook de cliënt gaat erop vooruit. Zijn kwaliteit van leven verbetert en hij is tevredener met de zorg.

Wanneer thuisbegeleiding maatschappelijke baten oplevert is het zinvol om de gemeente te compenseren voor de kosten. Als vanuit de zorgverzekering en vanuit de AWBZ compensatie plaatsvindt dan zal de gemeente eerder geneigd zijn om thuisbegeleiding in te kopen.

### Box 3.1 Lagere GGZ-kosten door thuisbegeleiding

---

GGZ NHN heeft in 2003 het FACT-principe geïntroduceerd in Nederland. Momenteel zijn daar 12 FACT-teams werkzaam binnen het verzorgingsgebied van 600.000 inwoners. De GGZ kosten in Noord-Holland Noord zijn 16% lager dan in de rest van Nederland (€ 8.233 per patiënt ten opzichte van € 9.849 gemiddeld in de rest van Nederland in 2008, exclusief de grote steden). Volgens GGZ Noord-Holland-Noord is het kostenverschil toe te rekenen aan de FACT-teams. Deze zorgen ervoor dat de kosten voor intramurale zorg in Noord-Holland-Noord lager zijn dan in de rest van Nederland (KPMG Plexus/KBK, 2012). Hoewel op basis van een vergelijking tussen regio's in één jaar geen oorzakelijk verband kan worden vastgesteld tussen FACT en de lagere kosten (er kunnen immers ook andere oorzaken zijn), lijkt het aannemelijk dat thuisbegeleiding door de FACT-teams heeft bijgedragen aan de lagere kosten. Deze cijfers bevestigen de resultaten die gevonden zijn in de wetenschappelijke literatuur.

---

Bron: KPMG Plexus/KBK, 2012

## 3.2 Kosten en baten Matig-intensieve thuisbegeleiding

De effecten van Matig-intensieve thuisbegeleiding zijn gelijk aan de effecten van Intensieve thuisbegeleiding. Alleen de kosten verschillen. Intensieve thuisbegeleiding kost € 7.300 per jaar. Daarbij is uitgegaan van 4,3 contacten per maand en een duur van 2 uur per contact. Voor de Matig-intensieve thuiszorg wordt uitgegaan van eenzelfde frequentie, maar een halvering van de duur per contact. De kosten van begeleiding komen dan op € 3.950 per jaar, zie onderstaande tabel. Uit de tabel valt af te lezen dat Matig-intensieve thuisbegeleiding zowel voor ernstige patiënten als voor niet ernstige patiënten baten oplevert, van respectievelijk € 950 en € 6.050 per jaar per patiënt.

**Tabel 3.4 Kosten en baten van Matig-intensieve thuisbegeleiding voor psychiatrische patiënten per jaar per patiënt (in euro's 2009)**

	patiënt	gemeente	verzekeraar	belasting- betaler	totaal
Niet-ernstige patiënten					
kosten thuisbegeleiding		-3.350	-600		-3.950
kosten standaardbehandeling			3.000		3.000
kosten ziekenhuisopname			800		800
kosten begeleid wonen				1.100	1.100
kwaliteit van leven	+PM				+PM
<b>totaal</b>	<b>+PM</b>	<b>-3.350</b>	<b>3.200</b>	<b>1.100</b>	<b>950+PM</b>
Ernstige patiënten					
kosten thuisbegeleiding		-3.350	-600		-3.950
kosten standaardbehandeling			3.000		3.000
kosten ziekenhuisopname			3.700		3.700
kosten begeleid wonen				3.300	3.300
kwaliteit van leven	+PM				+PM
<b>totaal</b>	<b>+PM</b>	<b>-3.350</b>	<b>6.100</b>	<b>3.300</b>	<b>6.050+PM</b>

Bron: SEO Economisch Onderzoek

### 3.3 Samenvatting

Intensieve thuisbegeleiding door thuiszorgorganisaties levert, ten opzichte van standaardzorg, een maatschappelijke baat op van € 2.700 per patiënt per jaar wanneer het wordt ingezet bij ernstige patiënten met een grote kans op ziekenhuisopname. Dit is nog exclusief de toename van de kwaliteit van leven. Bij patiënten met een kleine kans op ziekenhuisopname zijn de kosten hoger dan de baten.

Matig-intensieve thuisbegeleiding door thuiszorgorganisaties levert voor zowel minder ernstige als ernstige patiënten per saldo maatschappelijke baten op van respectievelijk € 950 (voor minder ernstige patiënten) tot € 6.050 (voor ernstige patiënten). Dit komt doordat Matig-intensieve thuisbegeleiding dezelfde effecten heeft als intensieve thuisbegeleiding, maar minder duur is. Verondersteld is dat bij Matig-intensieve thuisbegeleiding de frequentie van de bezoeken gelijk blijft (ca. 1 keer per week) maar de duur van de bezoeken de helft minder is (1 uur in plaats van 2 uur).





## Literatuur

Burns T., Catty J., Dash M., Roberts C., Lockwood A., Marshall M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital for people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal*. 2007;335(7615):336.

Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B. Marshall, M. (2011). Intensive case management for severe mental illness (Review). *The Cochrane library*, 2011, iss. 2.

Dijk, B. van, Mulder, C., Roosenschoon, B-J., Kroon, H., Bond, G. (2007). Dissemination of assertive community treatment. in the Netherlands. *Journal of Mental Health*, Volume 16 (4)

Hakkaart-van Roijen L., Tan S., Bouwmans C. (2010). Handleiding voor kostenonderzoek, methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. College voor Zorgverzekeringen. Geactualiseerde versie 2010.

Houkes, A., L. Kok & D. Willebrands (2011). *Kosten en baten Thuisbegeleiding voor gezinnen*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

KPMG Plexus/BKB (2012). *Waardecreatie*. Datarapport werkenaandezorg.nl.

Kragting & Booiijink, 2010. *De praktijkervaringen met de methode Thuisbegeleiding*. Verslag van een focusgroep met thuisbegeleiders en coördinatoren thuisbegeleiding. Utrecht: ActiZ/Movisie.

Rapp, C. & Goscha, R. (2004). The principles of effective casemanagement of mental health services. *Psychiatric rehabilitation journal*, Vol. 27 no 4.

Staring, A.B.P., Blaauw, E. & Mulder, C.L. (2011). The Effects of Assertive Community Treatment Including Integrated Dual Diagnosis Treatment on Nuisance Acts and Crimes in Dual-Diagnosis Patients. *Community Ment. Health Journal*, 2011. Published online May 10.

Sytema S., Wunderink L., Bloemers W., Roorda L., Wiersma D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116(2):105–12.

Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D., Os, van J. (2008). *Handboek FACT*. Uitgeverij De Tijdstroom.

Wolf, J., Mensink, C., Lubbe, P. van der, Planije M. (2002). *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen*. Een systematisch overzicht van interventie en effect. Utrecht: GGZ Nederland.



# seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . [www.seo.nl](http://www.seo.nl)