

Zorg in de wijk voor mensen met EPA

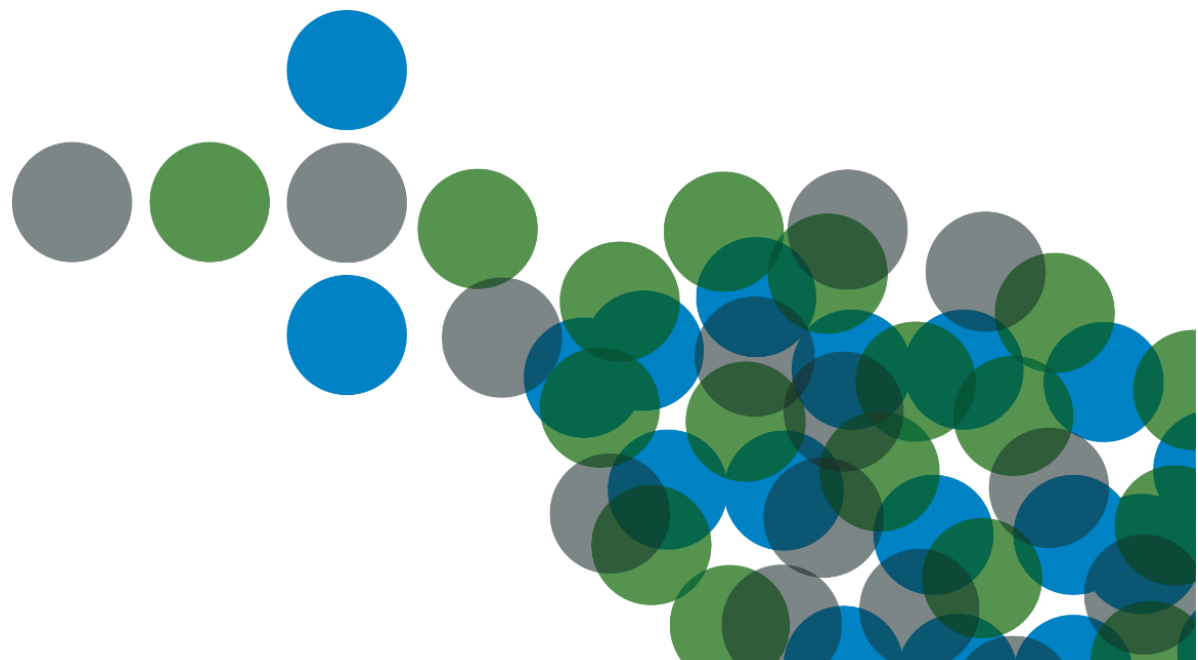
Auteurs Nelleke Dijk
Dr. Patrick Jansen
Eline Lubbes
Mieke Looman

Opdrachtgevers Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland
en de Vereniging Nederlandse Gemeenten

Kenmerk NK/20/0075/ofact

Publicatiedatum 17 maart 2020

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Aanleiding en vraagstelling	3
1.1	Aanleiding	6
1.2	Vraagstelling.....	8
1.3	Leeswijzer.....	9
2.	Onderzoeksaanpak.....	10
3.	Mensen met ernstige psychische aandoeningen	13
3.1	Inhoudelijke omschrijving	13
3.2	Omvang.....	14
3.3	Zorgbehoefte	16
3.4	Informatie en zorgkosten Vektis	16
4.	Voorbeelden van integrale zorg	19
4.1	Kwantitatieve resultaten.....	19
4.2	Verschillende manieren, methodieken en verschijningsvormen	20
4.3	Nieuwe manieren en methodieken	21
4.4	Verschijningsvormen in de praktijk	21
5.	Knelpunten en oplossingen.....	23
5.1	Organisatorische en financiële knelpunten	23
5.2	Oplossingen.....	26
6.	Aanbevelingen.....	30

Bijlage 1.	Literatuur bronnen	32
Bijlage 2.	Vragenlijsten gemeenten en aanbieders.....	33
Bijlage 3.	Aanwezige partijen bij de bijeenkomsten	40
Bijlage 4.	Aanwezige disciplines.....	41
Bijlage 5.	Overzicht knelpunten en oplossingen	42

Dit rapport is geoptimaliseerd voor lezen op een beeldscherm. Navigeer tussen de hoofdstukken met de cijfers in de kantlijn. Met de pijl daaronder komt u terug bij de inhoudsopgave.



Samenvatting

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om de intramurale capaciteit tot het jaar 2020 met een derde af te bouwen, met de capaciteit van 2008 als referentie. Dit betekent dat de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA), uitgebreid en verbeterd moet worden.

Deze ontwikkeling maakt dat het noodzakelijk is om beschikbare middelen en zorg gericht in te zetten, door effectiever en efficiënter (samen)te werken. F-ACT en vergelijkbare vormen worden als oplossing gezien, maar de beleving is dat deze oplossing niet optimaal wordt gebruikt dan wel ingezet. In een bestuurlijk overleg tussen de staatssecretaris van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is de wens ontstaan om de feiten rondom F-ACT-teams in beeld te brengen met als doel om inzicht te verschaffen in de wijze waarop de zorg en ondersteuning aan mensen met EPA in de wijk verbeterd kan worden.

Met de uitkomsten van dit onderzoek kunnen gemeenten en zorgverzekeraars tot acties komen om de inzet van (geïntegreerde) ambulante behandeling en begeleiding van mensen met een ernstige psychische aandoening waar nodig te versterken. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *Hoe wordt in Nederland de financiering en organisatie van F-ACT en vergelijkbare vormen van (ambulante) geïntegreerde behandeling en begeleiding lokaal vormgegeven?*

Gezien de complexiteit van de doelgroep hebben we eerst een duidelijke definitie van de doelgroep vastgesteld zodat helder is op welke doelgroep het onderzoek zich richt. Hiervoor hebben gebruik gemaakt van de definitie voor de doelgroep 'mensen met een ernstige psychische aandoening' die is gemaakt in 2013 door de consensusgroep EPA en doorontwikkeld door de heren P. Delespaul (Hoogleraar innovatie) en B. Berkvens (Adviseur van het Actieplatform Herstel voor iedereen) voor het handboek netwerkgerichte zorg.

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag hebben we experts, gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders geïnterviewd. Met de informatie vanuit de interviews hebben we een vragenlijst opgesteld die door de begeleidingscommissie aan verschillende aanbieders en gemeenten is verspreid. De vragenlijst heeft een beperkte kwantitatieve respons opgeleverd, omdat het voor partijen niet eenvoudig was om alle vragen te beantwoorden en een integraal beeld te geven van de situatie in de regio. Daarnaast is de periode waarin de vragenlijst is uitgezet (medio december-januari) mogelijk mede debet geweest aan de beperkte respons. Om de verzamelde informatie te toetsen en aan te scherpen hebben we drie regiobijeenkomsten georganiseerd waarbij cliënten, cliëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders, gemeenten en kennisinstituten aanwezig waren. In de bijeenkomsten stonden de meningen, belevingen, knelpunten en mogelijke oplossingen centraal.

In de subvragen zijn een aantal kwantitatieve vragen gesteld, zoals een indicatie van de aantallen teams, aantallen cliënten, voorkomen van de verschillende organisatie- en financieringsvormen, omvang van de verschillende cliëntgroepen, et cetera. Hoewel iedereen dezelfde definitie hanteert voor de doelgroep mensen met EPA, is sprake van

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



een grote verscheidenheid in cijfers over de omvang van deze doelgroep binnen Nederland. Tijdens de afnames van de interviews en uit de ingevulde vragenlijsten bleek dat het voor partijen beperkt of niet mogelijk is om op regionaal of lokaal niveau betrouwbare kwantitatieve gegevens aan te leveren om de subvragen te beantwoorden. Deze gegevens kunnen niet uit bestaande administraties worden gehaald, omdat de EPA-definitie zowel een klinische inschatting vraagt (circulaire relatie tussen psychopathologie en functioneren) als een zorgindicatie (geïntegreerde zorg). Al deze gegevens zijn niet op cliëntniveau beschikbaar.

Om toch antwoord te geven op een aantal kwantitatieve vragen hebben we gebruik gemaakt van data van Vektis. Hieruit blijkt onder andere, dat 43% van de cliënten 6 jaar of langer onder de EPA-groep valt, in 1 jaar tijd 20% instroomt in deze groep, schizofrenie de meest voorkomende diagnose binnen de EPA-groep is en het percentage EPA-clianten per gemeente verschilt. Daarnaast geven deze data inzicht in het verschil in zorguitgaven tussen wel/geen opname en de kosten van een EPA-cliant.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Voorliggend onderzoek bevestigt dat mensen met EPA een complexe doelgroep betreft en dat de behoeftes aan zorg en ondersteuning sterk uiteenlopen. Een belangrijk aspect hierbij is dat niet de ziekte maar de hulpvraag van de persoon centraal wordt gesteld. Behoeftes die veel voorkomen zijn: opbouwen van een sociaal netwerk(vangnet), mogelijkheden voor (laagdrempelige) dagbesteding, eenvoudige mogelijkheden voor op- en afschaling van zorg en noodzaak voor afstemming binnen en tussen het sociale en medische domein.

Tijdens het onderzoek hebben we gezien dat in de praktijk inmiddels

diverse best practices bestaan voor deze doelgroep. Alle verschijningsvormen die we in kaart hebben gebracht bieden maatwerk op wijkniveau om deze groep goed te kunnen begeleiden, behandelen dan wel ondersteunen. Duidelijk is geworden dat geen enkele partij in staat is *alleen* de zorg te leveren die nodig is (ook niet een F-ACT team alleen). Expertise op verschillende levensgebieden is noodzakelijk. Samenwerking is hierbij essentieel. Uit de praktijk blijkt dat dit geen gemakkelijke opgave is en dat diverse knelpunten worden ervaren, die we hebben onderscheiden naar organisatorische en financiële knelpunten.

De meest genoemde organisatorische knelpunten zijn: verbinden van verschillende domeinen, privacyregels omtrent informatie-uitwisseling, personele bezetting, wachtlijsten en hulp bieden bij de overgang van 18- naar 18+. Op het gebied van de financiële knelpunten werden de volgende ervaren knelpunten veelvuldig genoemd: financiële schotten en tekorten, inrichten en financieren van de preventietaak, beleggen en financieren van de consultatie- en coördinatiefunctie, financieren van ervaringsdeskundigen en herstelwerkplaatsen en innovatieve ideeën die tot stand komen uit subsidiegeld maar die niet duurzaam worden ingericht.

Door de respondenten zijn diverse oplossingsrichtingen aangedragen voor de genoemde knelpunten waarbij één oplossingsrichting unaniem door alle respondenten wordt aangegeven: om de doelgroep goed te begeleiden en ondersteunen is integraal (samen)werken noodzakelijk. Dit betekent dat je moet investeren in de relatie tussen zorgverzoekers, zorgaanbieders en gemeenten. Gezamenlijk beleid ontwikkelen en kijken wat nodig is vanuit de inhoud.



Professionals geven aan dat de zorg en ondersteuning verbeterd kan worden aan mensen met EPA als voor de bekostiging een passende structurele oplossing wordt geboden. Deze aanpassing vraagt heldere afspraken tussen de financiers in de regio op basis van een gedeelde visie. Onze aanbevelingen luidt dan ook om bij de ontwikkeling van het nieuwe zorgprestatie-model van de NZa (dat per 2022 wordt ingevoerd voor de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz en forensische zorg) zorgvuldig aandacht te hebben voor een aantal cruciale elementen voor de bekostiging van de integrale zorg en behandeling aan mensen met EPA:

- preventieve werkzaamheden
- consult-werkzaamheden
- coördinatie-werkzaamheden
- de mogelijkheid om de intensiteit van zorg op en af te schalen
- deelname aan multidisciplinaire overleggen (MDO's)
- inzet van ervaringsdeskundigen

Tot slot heeft dit onderzoek duidelijk gemaakt dat de mensen met EPA steeds zichtbaarder worden in de wijk. Zij maken deel uit van de maatschappij. Echter, de uitdaging om integrale zorg en behandeling te leveren ligt niet alleen bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten. Ook de maatschappij, burens, familie, vrienden en ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke rol vervullen in de zorg voor mensen met EPA. Om dit te stimuleren bevelen we aan om met alle betrokken partijen een maatschappelijk bewustwordingstraject uit te voeren zodat mensen met EPA worden opgenomen in de wijk.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Daarnaast is het van belang om per regio op basis van een lange termijnvisie met elkaar resultaten af te spreken waarop gestuurd kan worden. In samenhang met deze resultaten dient tevens te worden besproken welke zorg, behandeling, en voorzieningen hiervoor noodzakelijk zijn en wat hiervoor de bijdrage is vanuit de Zvw, Wmo en Wlz. Om een wijkgerichte aanpak te stimuleren is een lumpsum budget op wijkniveau gewenst. Aangezien dit momenteel niet mogelijk is vanwege het basisprincipe van de Zorgverzekeringswet (de kosten van de ZVW dienen toe te rekenen te zijn aan individuele cliënten) bevelen we aan dat VWS met betrokkenen bespreekt wat de mogelijkheden zijn om de bestaande wet- en regelgeving te wijzigen.



1. Aanleiding en vraagstelling

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding en vraagstelling van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Nederland beschikte van oudsher over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om deze intramurale capaciteit tot het jaar 2020 met een derde af te bouwen, met de capaciteit van 2008 als referentie. En om tegelijk de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren. De ambulantisering van de GGZ is het proces van afbouw van intramurale GGZ plaatsen en de opbouw van de ambulante zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning), in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische problemen. Dit moet ertoe leiden dat meer mensen (intensievere) en betere ambulante zorg ontvangen waardoor intramurale zorg minder vaak ingezet zal hoeven worden. Het uiteindelijke doel is te komen tot een GGZ die, in samenwerking met andere sectoren en met cliënten zelf, meer en beter bijdraagt aan de kwaliteit van leven en de sociale inclusie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen.¹

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Een bekend voorbeeld van intensieve ambulante zorg zijn de 'Flexible assertive community treatment' (F-ACT)-teams: specialistische GGZ-teams die ambulante behandeling en begeleiding kunnen bieden en waarbij hulp op een flexibele manier ingezet kan worden.

De implementatie van FACT werd - met bijzonder aandacht voor deze moeilijke doelgroep - in 2011 en 2012 begeleid door kenniscentrum Phrenos in het kader van een toekomstbestendige GGZ. FACT was op dat moment uitgegroeid tot het zorgmodel voor deze doelgroep. Bijna alle GGZ-instellingen zijn vanaf deze periode gaan werken met geïntegreerde FACT-teams. Daarnaast heeft de rapportage Over De Brug (Phrenos, 2014) er mede aan bijgedragen dat voor mensen met EPA meer aandacht bestaat voor persoonlijk en maatschappelijk herstel (behandeling van psychische symptomen is niet het enige doel voor deze groep mensen).

Context: Veranderingen in financieringskaders GGZ

In 2015 vond een verandering plaats in de financieringskaders van de GGZ:

- De AWBZ is opgeheven. Mensen met een AWBZ-C pakket (beschermd wonen) gingen per 2015 over naar de Wmo 2015. Mensen met een AWBZ-B pakket (voortgezet verblijf met behandeling) gingen met overgangsrecht over naar de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Waar de Zvw tot en met 2014 het financieringskader was voor het eerste opnamejaar, worden per 2015 de eerste drie opnamejaren gefinancierd vanuit de Zvw (met in het eerste opnamejaar een Zvw-DBC als product en in het tweede en derde

opnamejaar een Zvw-ZZP). Indien de opname na drie jaar voortduurt, wordt de financiering voortgezet vanuit de Wlz.

- Ambulante begeleiding en ondersteuning die voorheen gefinancierd werd vanuit de AWBZ wordt per 2015 gefinancierd vanuit de Wmo 2015.
- De jeugd-GGZ valt per 2015 onder de Jeugdwet. Gemeenten hebben met deze wetswijzigingen meer verantwoordelijkheden gekregen voor de zorg voor mensen met psychische problemen en daarmee een grotere rol in het ambulantiseringproces.

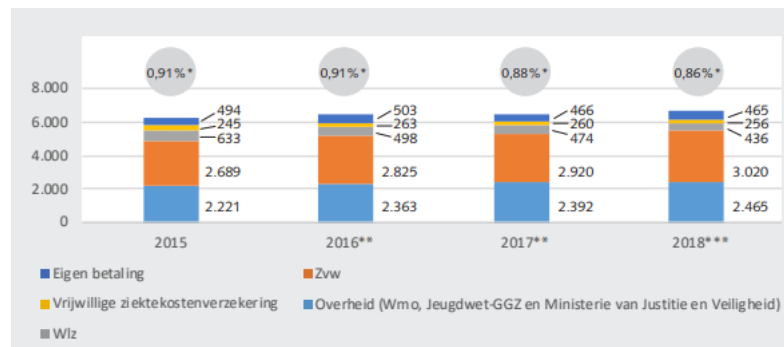
Afbeelding 1. Veranderingen in de GGZ (Trimbos, 2019)

¹ Het Trimbos instituut, Ambulantisering van de GGZ <https://www.trimbos.nl/docs/11a61dae-a5c8-4b05-8850-9c0754801a0c.pdf>



Na de decentralisatie en stelselwijziging in 2015 zijn de wettelijke kaders en daarmee de financiering veranderd, en is het zorglandschap binnen het sociale domein anders ingericht, met activiteiten op regionaal- en gemeentelijk niveau. Hiermee ligt het primaat van de zorg en ondersteuning van de mensen met een ernstige psychische aandoening niet meer alleen bij GGZ-zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook bij gemeenten.

In het rapport 'Ambulantisering van de GGZ' staat het volgende vermeld. De cijfers in figuur 1 laten zien dat de uitgaven aan de GGZ tussen 2015 en 2018 jaarlijks stegen. Als de uitgaven gerelateerd worden aan het bruto binnenlands product, is er een lichte daling zichtbaar.



Figuur 1 GGZ-uitgaven tussen 2015 en 2018 (Trimbos 2019)

De verhouding tussen (Zwv- en Wlz- gefinancierde) uitgaven aan intramurale GGZ en aan ambulante GGZ veranderde tussen 2015 en 2018, met een groeiend aandeel van uitgaven aan de ambulante GGZ (zie tabel 1). Opvallend is dat de afname van de uitgaven aan klinische

GGZ tussen 2015 -2018 relatief klein was (één procent; afname van 2.039 naar 2.020 miljoen euro). Dit is onder andere te verklaren door een toename van de intensievere (en duurdere) plaatsen.

	2015*	%	2016*	%	2017*	%	2018**	%
Ambulant								
POH GGZ***	138	3,4	155	3,8	163	3,9	173*	4,0
Zwv Generalistische Basis GGZ	185	4,5	200	4,9	213	5,0	228	5,3
Zwv Gespecialiseerde GGZ zonder verblijf	1.716	42,1	1.769	43,0	1.896	44,8	1.890	43,8
Ambulant totaal	2.039	50,0	2.124	51,6	2.272	53,7	2.291	53,1
Klinisch								
Zwv SGGZ met verblijf tot 1 jaar	1.379	33,8	1.340	32,6	1.315	31,1	1.401	32,5
Zwv SGGZ met verblijf 2 en 3 jaar	51	1,3	130	3,2	150	3,5	151	3,5
Wlz	609	14,9	522	12,7	495	11,7	468*	10,9
Klinisch totaal	2.039	50,0	1.992	48,4	1.960	46,3	2.020	46,9
Totaal	4.078	100	4.116	100	4.232	100	4.311	100

Tabel 1 GGZ-uitgaven (Wlz en Zwv) tussen 2015 en 2018 (Trimbos 2019)

* Op basis van Vektis cijfers aangeleverd voor de LMA 2019. De uitgaven aan de POH-GGZ omvatten zowel consulten als inschrijftarieven

** Ramingscijfers van Zorginstituut Nederland (ZIN).

*** In de Rijksbegroting voor 2019 van het ministerie van VWS (Ministerie van VWS, 2018), Rijksbegroting 2019 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, (vergaderjaar 2018-2019, 35 000 XVI, nr.1) worden bij het totaal aantal middelen voor de Zwv-gefinancierde GGZ, de uitgaven aan de POH-GGZ meegenomen in de berekeningen. De POH- GGZ uitgaven worden daarom ook in Tabel 1 gepresenteerd.

De (voorlopige cijfers van de) uitgaven aan Zwv en Wlz voor 2018 laten zien dat de uitgaven aan specialistische GGZ zonder verblijf niet langer stijgen; de stijging van de ambulante GGZ komt in 2018 voor rekening van de POH-GGZ en de generalistische basis GGZ. Deze ontwikkelingen wijzen erop dat de ambulante opbouw niet alleen (of zelfs niet zozeer) mogelijk wordt gemaakt door afname van klinische uitgaven en dat een deel van de ambulante opbouw (of uitbreiding) juist in de lichtere echelons plaatsvindt.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Terwijl de klinische plaatsen gestaag afgebouwd werden, groeide de intensivering van de ambulante behandeling tegelijkertijd niet voor alle mensen met ernstige psychische problematiek (niet voor alle diagnosegroepen) even sterk. De Wmo- gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning nam tussen 2017 en 2018 weliswaar toe maar beslaat slechts een klein deel van de ambulante GGZ. De resultaten van de peilingen bij het panel Psychisch Gezien laten door de jaren heen nauwelijks veranderingen zien op zaken als kwaliteit van leven, eenzaamheid en participatie.²

Phillipe Delespaul (hoogleraar innovaties in de ggz) geeft aan dat van de bijna 4 miljard euro die jaarlijks omgaat in de ggz, een te groot deel wordt besteed aan de lichtere en relatief makkelijk te behandelen problemen. Door de manier waarop de ggz wordt gefinancierd, gaan behandelaren vaker voor de makkelijke resultaten, zegt ook Elnathan Prinsen (psychiater en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). Het gevolg is, dat mensen met complexe problemen, die de zorg het hardst nodig hebben, vaak langer op de wachtlijst staan. Bij de behandeling van cliënten met complexe problemen kunnen zorgverleners onvoldoende uren declareren, voor bijvoorbeeld overleg met familie of andere betrokken organisaties. Daarbij worden veel behandelingen van psychische problemen gefinancierd op basis van een vaststaand aantal sessies. Als het probleem van de cliënt dan ingewikkelder blijkt te zijn en verdere hulp nodig is, is dat niet mogelijk.³

Bauke Koekoek (lector onbegrepen gedrag en samenleving aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Politieacademie) constateert, dat veel kwetsbare mensen moeite hebben met het leven. Deze mensen kampen ook met moeilijkheden op het gebied van wonen, werken en leven. Het is een illusie dat alleen de zorg dat kan oplossen. Er wordt nu drie keer zoveel uitgegeven aan de geestelijke gezondheidszorg als in de jaren zeventig, de bevolkingsgroei en de inflatie meegerekend. Het heeft de ellende nauwelijks verminderd. Van grote bezuinigingen op de ggz is geen sprake. Wel maken steeds meer mensen er aanspraak op. Er gaapt een kloof tussen wat de samenleving verwacht en wat deze zorg kan bieden. Ambulante hulp betekent in de praktijk dat gemiddeld één keer per week een psychiatrisch verpleegkundige langskomt bij een thuiswonende psychiatrisch patiënt voor een gesprek en om te kijken of iemand zijn medicijnen inneemt. Daarmee hebben die mensen nog geen invulling van hun leven.⁴

Deze ontwikkeling maakt dat het noodzakelijk is om beschikbare middelen en zorg gericht in te zetten, door effectiever en efficiënter (samen)te werken. F-ACT en vergelijkbare vormen worden als oplossing gezien, maar de beleving is dat deze oplossing niet optimaal wordt gebruikt/ingezet.

1.2 Vraagstelling

In een bestuurlijk overleg tussen de staatssecretaris van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is afgesproken dat gemeenten en verzekeraars de

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

² Trimbos instituut, Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen 2016 (Drs. S. van Rooijen Drs. A. Knispel Drs. F. van Hoof Dr. H. Kroon)

³ <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/juist-voor-mensen-met-zware-psychische-problemen-is-er-weinig-geld-bfbcc1eb/>

⁴ <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/veel-kwetsbare-mensen-hebben-moeite-met-het-leven-de-zorg-kan-dat-niet-oplossen-bcod82oo/>



feiten rondom F-ACT-teams in te beeld brengen om gezamenlijk te komen tot acties om de inzet van F-ACT waar nodig verder te versterken. De wens voor dit onderzoek komt voort uit de beleving onder gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraars dat de mogelijkheid van F-ACT onvoldoende worden benut. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Hoe wordt in Nederland de financiering en organisatie van F-ACT en vergelijkbare vormen van (ambulante) geïntegreerde behandeling en begeleiding lokaal vormgegeven?

De hoofdvraag is uitgesplitst naar de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke verschillende manieren en methodieken (waaronder F-ACT) zijn er?
2. Welke verschijningsvormen van deze manieren en methodieken (waaronder F-ACT) zijn er?
3. Hoe worden deze verschillende methodieken en verschijningsvormen van methodieken georganiseerd en gefinancierd?
4. Kwantitatief: waar wordt het toegepast, een indicatie van de aantallen teams, aantallen cliënten, voorkomen van de verschillende organisatie- en financieringsvormen, omvang van de verschillende cliëntgroepen, et cetera?
5. Welke mening/beleving is er onder de verschillende financiers en aanbieders over verantwoordelijkheidsverdeling, organisatie en financiering en wat vinden zij dat beter of anders kan/ moet?
6. Welke knelpunten worden ervaren, welke ideeën zijn er over de oorzaken van deze knelpunten en welke suggesties voor verbetering worden gedaan?

Doel van het onderzoek is inzicht verschaffen in de wijze waarop de zorg en ondersteuning aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) in de wijk verbeterd kan worden. Het onderzoek dient inzicht te verschaffen in de knelpunten en aandachtspunten die nodig zijn om de financiering en organisatie van deze zorg te verbeteren. Met de uitkomsten van dit onderzoek kunnen gemeenten en zorgverzekeraars tot acties komen om de inzet van (geïntegreerde) ambulante behandeling en begeleiding van mensen met een ernstige psychische aandoening waar nodig te versterken.

1.3 Leeswijzer

Het tweede hoofdstuk beschrijft de onderzoeksaanpak en het derde hoofdstuk bevat een beschrijving van de doelgroep; mensen met een ernstige psychische aandoening. Op basis van onze bevindingen geven we in hoofdstuk vier een overzicht van de wijze waarop de geïntegreerde behandeling voor mensen met EPA wordt vormgegeven. Hoofdstuk vijf beschrijft een aantal knelpunten die hierbij worden ervaren inclusief mogelijk oplossingen. Hoofdstuk zes bevat tot slot enkele aanbevelingen.

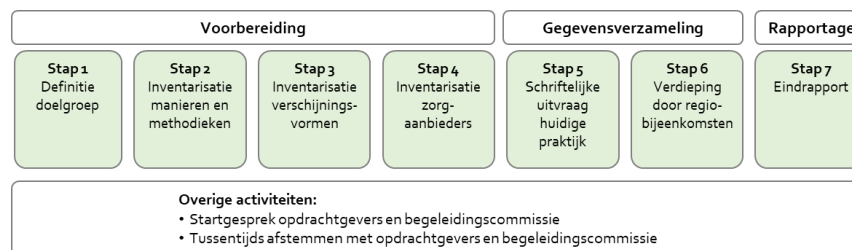
Vanwege de leesbaarheid hanteren we in deze rapportage overal de term 'cliënt'. In dit rapport spreken we van 'mensen met een psychische aandoening' wat afgekort wordt tot 'mensen met EPA'. We spreken van 'geïntegreerde ambulante hulp' wanneer mensen met EPA zowel behandeling, begeleiding als ondersteuning ontvangen op alle levensgebieden. Onder geïntegreerde ambulante hulp (aan mensen met EPA) verstaan wij teams met verschillende disciplines, die de cliënt, op verschillende levensgebieden ondersteunen (integrale aanpak) en (zeer) intensieve outreachende zorg bieden zo lang als nodig is.



2. Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de gevolgde aanpak om een beeld te krijgen van de wijze waarop de zorg en ondersteuning aan mensen met een ernstige psychische aandoening is georganiseerd en kan worden verbeterd.

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van zeven stappen:



Figuur 2: Onderzoeksaanpak

1

2

3

4

5

6

In afstemming met het ministerie van VWS, de VNG en ZN is een begeleidingscommissie samengesteld met afgevaardigden van de volgende partijen: Vereniging Valente, MIND, GGZ-Nederland, Menzis, Zilveren Kruis, gemeente Den Haag, gemeente Tilburg, Hoogleraar Zorginnovaties de heer Delespaul als expert op het gebied van EPA, VWS, VNG en ZN. De leden van de begeleidingscommissie hebben erop toegezien dat het onderzoek binnen de vastgestelde kaders van de onderzoeksopdracht is uitgevoerd, hebben als klankbord gediend, meegedacht in mogelijke interessante bronnen en de vragenlijsten becommentarieerd en uitgezet bij hun achterban.

Stap 1 Definitie van de doelgroep

Gezien de complexiteit van de doelgroep is een duidelijke definitie belangrijk zodat helder is op welke doelgroep ons onderzoek zich richt. Op basis van literatuuronderzoek (zie bijlage 1), onze ervaring in de praktijk en enkele telefonische gesprekken met experts zijn we gekomen tot een omschrijving die we hebben voorgelegd aan de begeleidingscommissie

Stap 2 Inventarisatie verschillende manieren en methodieken

We hebben beschikbare informatie verzameld, verwerkt en geanalyseerd en experts gesproken vanuit het Trimbos instituut, GGZ-instellingen en Kenniscentrum Phrenos. Verschillende variaties van methodieken hebben we opgehaald en getoetst of zij binnen de scope van het onderzoek passen.

Stap 3 Inventarisatie verschillende verschijningsvormen

In deze stap hebben we beschikbare informatie en data verzameld van alle methodieken die we in stap 2 gevonden hebben. We hebben gebruik gemaakt van openbare bronnen en hebben ook zorgverzekeraars en gemeenten verspreid door Nederland geïnterviewd met de vraag welke verschijnings- en financieringsvormen zij kennen. Hierdoor hebben we een eerste beeld gekregen van de verscheidenheid van vormen en financiering die er in Nederland is.

Stap 4 Inventarisatie zorgaanbieders

Op basis van de informatie uit de voorgaande stappen en in overleg met de leden van begeleidingscommissie, bleek het niet mogelijk om te komen tot een landelijk overzicht van zorgaanbieders die specifiek zijn gericht op het bieden van geïntegreerde ambulante begeleiding en behandeling aan mensen met een ernstige psychische aandoening in de

wijk. De geïntegreerde hulp wordt namelijk geboden door een combinatie van diverse zorgaanbieders in de wijk, die allen een bijdrage leveren aan de geïntegreerde hulp.

Stap 5 Schriftelijke uitvraag huidige praktijk

Met een digitale vragenlijst (webapplicatie) hebben we informatie verzameld bij zorgaanbieders en gemeenten, verspreid door heel Nederland. De vragen waren gericht op de huidige praktijk van de financiering en organisatie voor de geïntegreerde zorg aan mensen met EPA. In overleg met de leden van de begeleidingscommissie hebben we de onderwerpen en antwoordcategorieën van de vragenlijst bepaald. Voordat de vragenlijst online ging hebben we de vragenlijst nog voorgelegd aan de begeleidingscommissie en aangepast op basis van hun reacties. In bijlage 1 van dit rapport zijn de vragenlijsten voor zorgaanbieders en gemeenten opgenomen. Vervolgens heeft een aantal leden van de begeleidingscommissie de vragenlijst uitgezet bij hun achterban⁵. Omdat uit stap 4 bleek dat het niet mogelijk was om een selectie te maken van zorgaanbieders die zich specifiek richten op mensen met EPA is de vragenlijst verspreid onder alle GGZ-zorgaanbieders en gemeenten.

Uit de responsgegevens blijkt, dat het verzoek tot deelname aan de schriftelijke enquête 526 keer is geopend. Vervolgens is de vragenlijst voor gemeenten 147 keer geopend en 20 keer volledig ingevuld en de vragenlijst voor zorgaanbieders ook 147 geopend en 27 keer volledig ingevuld. Op basis van deze respons hebben we allereerst de indruk dat de vragenlijst breed is verspreid, maar dat de vragenlijst maar in beperkte mate terecht is gekomen bij personen die ervaring hebben

met mensen met EPA en/of mensen maar voor een deel zicht hebben op der totale netwerkgerichte zorg die wordt geboden aan mensen met EPA. Hierdoor overzien de respondenten niet de totale omvang van zorg. Als gevolg van de decentralisatie is er ook geen hiërarchisch netwerk of aanspraakpunt. Met andere woorden, de lage respons is mogelijk een afspiegeling van de complexiteit van de doelgroep en de samenwerking die nodig is om deze groep goed te bedienen. Uit Figuur 3 blijkt, dat de respondenten van de zorgaanbieders en gemeenten verspreid over Nederland werkzaam zijn.

Spreiding respons vragenlijst



Figuur 3. Spreiding respons aanbieders en gemeenten digitale vragenlijst

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

⁵ Vereniging Valente, VNG, MIND, GGZ- Nederland, POH GGZ

Het doel van deze digitale uitvraag was om zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens te verzamelen. Door de lage respons is het niet mogelijk om op basis van deze vragenlijst een betrouwbaar beeld te geven van het aantal mensen met EPA, het aantal geïntegreerde teams, organisatie- en verschijningsvormen (onderzoeksvraag 4). De informatie uit de ingevulde vragenlijst hebben we wel kunnen gebruiken als input voor de verdieping in de regiobijeenkomsten.

Stap 6 Verdieping door regiobijeenkomsten

Om de resultaten van de voorgaande stappen inhoudelijk goed te kunnen bespreken en de diepte in te gaan hebben we drie regiobijeenkomsten georganiseerd: in Assen (N=9), Utrecht (N=20) en Nijmegen (N=25). Uit bijlage 2 blijkt, dat hierbij diverse partijen vertegenwoordigd waren: cliënten, cliëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders, gemeenten en kennisinstituten. In de bijeenkomsten stonden de meningen, belevingen, knelpunten en mogelijke oplossingen centraal. In alle drie bijeenkomsten kwamen vergelijkbare aspecten naar voren.

Stap 7 Eindrapport

De geanalyseerde bevindingen hebben we beschreven in voorliggende rapportage en besproken met de begeleidingscommissie.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



3. Mensen met ernstige psychische aandoeningen

In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de EPA-groep zodat duidelijk is op welke doelgroep wij ons in dit onderzoek richten. We geven in dit hoofdstuk tevens een omvang weer van de doelgroep en zoomen in op de behoefte aan zorg, ondersteuning en zorgkosten van mensen met een ernstige psychische aandoening.

3.1 Inhoudelijke omschrijving

Om duidelijkheid te creëren op welke doelgroep wij ons richten in dit onderzoek hebben wij diverse experts en partijen gesproken om tot een goede afbakening te komen. In gesprekken hebben we gemerkt dat het belangrijk is om de definitie voor mensen met een psychische aandoening vast te stellen. Hierbij gaat het vooral om de afbakening van de doelgroep. Binnen de definitie vallen ook mensen die in een andere doelgroep definitie vallen. Zoals de doelgroepen OGGZ en verwarde personen.

De partijen die wij hebben gesproken om de definitie voor de doelgroep “mensen met een ernstige psychische aandoening” af te bakenen verwijzen unaniem naar de definitie die is gemaakt in 2013 door de

consensusgroep EPA.⁶ Onlangs hebben de heren P. Delespaul (Hoogleraar innovatie) en B. Berkvens (Adviseur van het Actieplatform Herstel voor iedereen) een update opgesteld voor het handboek netwerkgerichte zorg. De nieuwe definitie die door Delespaul en Berkvens is opgesteld is doorontwikkeld op basis van de EPA-definitie uit 2013).⁷ We spreken van een persoon met een ernstige psychische aandoening als:

- sprake is van een psychische stoornis; die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (≈ niet in symptomatische remissie is);
- en die ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren geeft (≈ niet in functionele remissie is);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychopathologie (circulariteit);
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig);
- en waarbij gecoördineerde zorg van zorgnetwerken geïndiceerd is en noodzakelijk om het zorgplan te realiseren.

Het typerende aan de EPA-groep zit hem volgens de consensusgroep niet in de diagnose, invaliditeit, duur of ernst (op het moment), maar in de verschillende indicaties voor zorg. Waar bij basale stoornissen specifieke interventies hulp kunnen bieden, is dat bij ernstige psychische aandoeningen niet het geval. Het belangrijkste toegevoegde kenmerk in de nieuwe EPA-definitie is dat sprake is van een circulaire relatie tussen de psychische kwetsbaarheid en de levensomstandigheden. Deze zijn zowel oorzaak als gevolg van elkaar: een psychose



⁶ P. Delespaul, J. van Weeghel, Consensus Group EPA <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>

⁷ Delespaul, P. A. E. G., & Berkvens, B. (2020 (in druk)). Netwerkgorg: voor wie en waarom? Definitie, prevalentie en prioritering van netwerkgorg bij integrale zorgbehoeften. In N. Mulder, J. v. Weeghel, P. Delespaul, F. Bovenberg, B. Berkvens, E. Leeman, H. Kroon, & T. v. Mierlo (Eds.), *Netwerkgorg: Op weg naar herstelondersteunende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amsterdam: Boom/De Tijdstroom.



leidt bijvoorbeeld tot eenzaamheid en marginalisering en deze leefsituatie voedt de psychose. Interventies gericht op verandering in de omgeving zijn onvoldoende, gezien de onderliggende kwetsbaarheid; en de behandeling van de kwetsbaarheid is onvoldoende gezien de

Casus Marie

Marie is 28 jaar en meerdere malen veroordeeld voor mishandelingen. Vanaf haar elfde verblijft zij in verschillende soorten instellingen en is zij vanwege haar problematiek nergens 'geschikt' voor. Er is sprake van een licht verstandelijke beperking (IQ rond 69), scheefgegroeide persoonlijkheid en wellicht ADHD. Tevens is sprake van impulsiviteit. Marie wordt sinds 2015 besproken in Zorg en Veiligheid Huis. Vorig jaar heeft zij voor verschillende feiten een artikel 37 plaatsing gekregen (1 jaar plaatsing psychiatrisch ziekenhuis). Er was TBS met dwang opgelegd, maar dit is in een hoger beroep een artikel 37 geworden. Zij is volledig ontoerekeningsvatbaar verklaard m.b.t. de verschillende feiten. Het afgelopen jaar heeft zij in een PPC-carroussel (penitentiair psychiatrisch centrum) gezeten, wat inhoudt dat zij naar verschillende ppc's in Nederland ging, omdat geen geschikte plek voor haar kon worden gevonden. Veel klinieken hebben haar geweigerd omdat zij geen verantwoordelijkheid zouden willen dragen voor haar na die artikelplaatsing gezien de forse problematiek die er ligt. Na de artikelplaatsing heeft zij een RM gekregen en hebben nu twee instellingen de zorg over haar. Zij combineren dus de zorg voor haar, wederom in een carroussel-constructie. Vanuit verschillende hoeken (OM, politie en GGZ) waren er zeer grote zorgen over haar terugkeer in de maatschappij gezien de kans op ernstige nieuwe feiten.

levensomstandigheden. Zorg moet integraal op meerdere (alle) domeinen worden geboden door in samenhang en parallel aandacht te besteden aan symptoomvermindering, participatie en persoonlijk herstel. Dit type zorg vraagt om een netwerkgerichte samenwerking. In ons onderzoek komen ook voorbeelden naar voren waarbij de problematiek zo ernstig is dat een grote verlegenheid is bij zorginstellingen om de zorg/aanpak te bieden omdat op korte termijn geen resultaat te verwachten is. Wel kunnen partijen zorgen voor herstelgerichte processen die door goede zorg versneld kunnen worden. De zorg moet echter georganiseerd worden vanuit verschillende domeinen en niemand kan alleen de verantwoordelijkheid nemen. De casus op deze pagina is hiervan een illustratie.

3.2 Omvang

Hoewel iedereen dezelfde definitie hanteert voor de doelgroep mensen met EPA, is sprake van een grote verscheidenheid in cijfers over de omvang van deze doelgroep binnen Nederland. De gepubliceerde cijfers in de literatuur zijn steeds een schatting en lopen uiteen van 240.000 tot 285.000 mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in Nederland, circa 1,41% van de totale bevolking. We hebben in de interviews en in de digitale uitvraag de vraag gesteld aan de gemeenten hoeveel mensen met een ernstig psychische aandoening woonachtig zijn in de gemeente. Daaruit blijkt dat de prevalentie moeilijk is af te leiden uit bestaande administraties. Dit is begrijpelijk, omdat de EPA-definitie zowel een klinische inschatting vraagt (circulaire relatie tussen psychopathologie en functioneren) als een zorgindicatie (geïntegreerde zorg). Deze beide gegevens zijn niet op cliëntniveau beschikbaar, waardoor de omvang van de EPA-groep niet uit de administratie is te halen. We hebben tijdens het onderzoek wel vernomen dat in Drenthe een gemeente en zorgverzekeraar zijn gestart met een traject om de

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



omvang van de groep mensen met EPA nauwkeuriger in beeld te brengen.

Vanwege het ontbreken van betrouwbare kwantitatieve gegevens uit de digitale uitvragen maken we gebruik van informatie uit het consensusdocument (Delespaul e.a., 2013). Daarin wordt de zorgprevalentie van mensen met EPA geschat op 216.000 inwoners of 1,3% van de bevolking (1,7% voor de populatieprevalentie). Vektis bracht deze groep in 2015 nader in beeld en concludeerde dat er in het totaal circa 221.000 mensen van 18 jaar en ouder zijn met een EPA-zorgindicatie (ZIN, 2018). Dat is 17% meer dan het consensusdocument. Wanneer we de criteria uit het consensusdocument hanteren (25% van de zorgprevalentie is EPA) en toepassen op de beschikbare recente epidemiologische gegevens en zorgprevalentie, zijn er in Nederland anno 2017, 242.000 mensen met de typering EPA, of 1,41% van de totale bevolking.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

In absolute aantallen is de behoefte aan integrale of netwerkgerichte zorg (de EPA-zorgindicatie) vooral aan de orde bij volwassenen (69,2%). In deze leeftijdscategorie is tussen 2012 en 2017 sprake van een groei van 5%. Bij ouderen is een behoorlijke bevolkingsgroei (29,6%) en wordt de groei in de EPA-populatie volledig verklaard door de demografische ontwikkeling. Bij de jongeren is een krimp in de populatie van 5,1% terwijl de EPA-populatie groeit met 34,5%. Experts uit de sector zien deze ontwikkeling als een normale correctie op de historische onderbehandeling in deze doelgroep. Ook de groeiende aandacht voor preventie en vroegdetectie speelt hierbij een rol. Door de stelselwijziging is de zorg echter naar de gemeenten gegaan en staat de financiering onder druk. Gevreesd wordt dat de onderbehandeling

terugkomt en dat ernstig geïnvalideerde jongeren geen aangepaste hulp zullen krijgen.

Tijdens de interviews en gesprekken valt op dat de kennis en het beeld van de omvang van de doelgroep erg uiteenloopt per gemeente. Waar de ene gemeente al een geïntegreerd team heeft samengesteld is een andere (hoofdzakelijk kleine) gemeente nog bezig om de doelgroep te

Casus Arie

Zelfstandig wonen na een zware psychose: hoe verantwoord is dat? Een jaar geleden had Arie een zware psychose. Nu woont hij weer zelfstandig, net als steeds meer psychiatrische cliënten in Nederland. Speciale teams bieden begeleiding aan huis, maar is die hulp voldoende? Arie is één van de 215 thuiswonende psychiatrische cliënten die onder behandeling staan van een FACT-team. Een jaar of vier geleden besloot hij in een chaotische periode in zijn leven te stoppen met zijn medicatie. Sindsdien is hij op last van het FACT-team vele malen opgenomen geweest. Het aantal bedden in de GGZ is beperkt, en het aantal plekken en het budget voor beschermd wonen eveneens. De gemeenten heeft bovendien te weinig geld voor woonbegeleiding en het bieden van dagbesteding. Arie voelt een grote leegte in zijn leven. Zijn familie woont ver weg. "Het is moeilijk om die allenigheid vol te houden", zegt hij. Nu staat hij er ook weer niet helemaal alleen voor. Hij heeft goed contact met zijn bureaus, die toevallig in de zorg werken.

definiëren en te herkennen. Tijdens een aantal interviews geven gemeenten aan dat het een nieuwe groep is die zichtbaar wordt. Waar je eerder te maken had met de OGGZ doelgroep hebben gemeenten steeds vaker en zichtbaarder te maken met de mensen met een



ernstige psychische aandoening die andere zorg nodig hebben en een andere manier van samenwerking vraagt. Met name de samenwerking van het sociale en het medische domein vraagt hierom.

De verscheidenheid van kennis tussen de gemeenten kan te maken hebben met de wijze waarop de verantwoordelijkheden vóór de decentralisatie waren verdeeld. De centrumgemeenten zijn verantwoordelijk voor het inregelen van maatschappelijke opvang/ grote intramurale (GGZ/ Jeugd) instellingen/Beschermd Wonen. Een grote groep van deze mensen stromen uit in de gemeente waarin de instelling is gevestigd. Hierdoor groeit de populatie van deze (problematische) doelgroep in de grote steden waardoor ook de zorgcapaciteit mogelijk toeneemt als gevolg van de vraag. De omvang (en de kennis) van de EPA doelgroep is daardoor (mogelijk) groter in deze gemeenten en eerder zichtbaarder geworden dan in de kleinere gemeenten. De zichtbaarheid in de wijk van deze doelgroep is toegenomen door de ambulantisering. De noodzaak om een samenhangend hulp en ondersteuningsaanbod in te richten wordt hiermee urgent.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

3.3 Zorgbehoefte

Gezien de complexiteit, grilligheid en onvoorspelbaarheid van mensen met een ernstige psychische aandoening is het noodzakelijk dat voor deze doelgroep snel op- en afgeschaald kan worden binnen en tussen het zorgaanbod in zowel het sociale als medische domein. Een persoon met een ernstige psychische aandoening heeft behoefte aan behandeling, begeleiding en ondersteuning op alle levensgebieden; van dagbesteding, financiën, wonen en opbouwen sociaal netwerk tot aan

behandeling. Een belangrijk aspect hierbij is dat niet de ziekte maar de hulpvraag van de persoon centraal wordt gesteld. De intensiteit van de behoefte aan zorg fluctueert waardoor het van belang is dat ook hierin de hulp gemakkelijk en snel op en afgeschaald kan worden. Dit vraagt om veel afstemming en samenwerking binnen het sociale en medische domein. Mensen met EPA maken deel uit van de maatschappij en worden steeds zichtbaarder in de wijk. De uitdaging ligt niet alleen bij de curatieve zorg maar hierdoor ook steeds meer bij de maatschappij; burens, familie en vrienden krijgen een steeds belangrijkere rol in de zorg voor mensen met EPA.



Figuur 4. Zorgbehoefte mensen met EPA

3.4 Informatie en zorgkosten Vektis

De zorg die de EPA-groep ontvangt, wordt bekostigd door gemeentes, zorgkantoren én zorgverzekeraars. Vektis⁸ heeft een raming gemaakt

⁸ <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ernstige-psychiatrische-aandoeningen>

van de zorg en zorgkosten van de EPA-groep door de jaren heen. De zorg die gemeentes bekostigen voor de EPA-groep tonen zij niet, omdat Vektis hier geen inzicht in heeft. Hieronder beschrijven we een aantal bevindingen.

43% van de cliënten 6 jaar of langer in EPA-groep

De meesten van hen worden niet opgenomen: ongeveer 180 duizend cliënten ontvangen alleen ambulante zorg in de ggz of Wlz. Ongeveer 30 duizend cliënten worden minimaal 1 dag per jaar opgenomen. Het aandeel cliënten dat wordt opgenomen daalt licht door de jaren heen (van 14,6% in 2012 naar 13,1% in 2017). Dit heeft waarschijnlijk te maken met de ambulantisering in de ggz.

20% instroom in 1 jaar

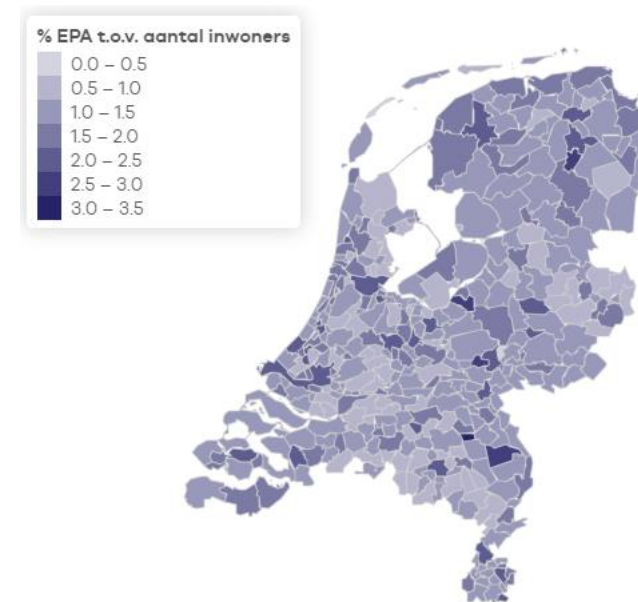
Ieder jaar stromen ongeveer 41 duizend mensen de EPA-groep in. 83% (ongeveer 35 duizend) van hen is echt nieuw in de EPA-groep, zij waren niet eerder EPA-cliënt. De overige 17% (ruim 7 duizend) is niet in het voorgaande jaar, maar wel eerder, deel van de EPA-groep geweest. Elk jaar stromen ook ongeveer 41 duizend mensen uit de EPA-groep. Dit zijn niet per se dezelfde personen als de instromers. 83% van hen komt niet meer terug in de EPA-groep, 17% komt weer terug.

Schizofrenie meest voorkomende diagnose binnen EPA-groep

De groep cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening is divers van samenstelling. Mensen met psychotische aandoeningen zoals schizofrenie vormen de grootste groep. Maar ook mensen met een angst- en persoonlijkheidsstoornis en bipolaire stoornis, een depressie en/of een verslaving behoren tot de EPA-groep.

Percentage EPA-cliënten per gemeente verschilt

In Boekel (3,3%), Renkum (2,7%) en Ermelo (2,6%) is het percentage EPA-cliënten het hoogst. In Rozendaal (0,3%), Vlieland (0,4%) en Tubbergen (0,5%) wonen relatief de minste EPA-cliënten. Vektis heeft het percentage berekend op de volwassen populatie (18 jaar of ouder) van de gemeente. In gemeentes met relatief weinig inwoners en met een instelling waar EPA-cliënten verblijven, is het percentage EPA vaak hoger dan in een gemeente met relatief veel inwoners.



Figuur 5. Percentage mensen met EPA t.o.v. volwassen populatie, per gemeente

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Groot verschil in zorguitgaven tussen wel/geen opname

De gemiddelde zorgkosten voor een EPA-cliënt zijn 16 duizend euro. Er zijn grote verschillen in de zorguitgaven voor EPA-cliënten die wel of niet worden opgenomen. Wordt iemand niet opgenomen, dan zijn de uitgaven gemiddeld ruim 9 duizend euro per cliënt. Wordt iemand wel opgenomen, dan zijn de uitgaven gemiddeld ruim 57 duizend euro.

Kosten EPA-cliënt

De totale zorguitgaven van een EPA-cliënt is over de jaren heen aardig stabiel. Het aandeel ggz-kosten neemt door de jaren heen iets toe (van 36% naar 43% van het totaalbedrag per cliënt). Ook het aandeel overige Zw-kosten neemt toe (van 19% naar 23%). Hierbij gaat het bijvoorbeeld om ziekenhuiskosten. De kosten in de Wlz nemen juist af tussen 2014 en 2015 (van 33% naar 26%). Dit heeft met name te maken met de overheveling van ambulante Wlz naar de Wmo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



4. Voorbeelden van integrale zorg

In dit hoofdstuk presenteren we de opbrengsten uit de praktijk. Op welke verschillende manieren wordt in Nederland geïntegreerde ambulante hulp aangeboden aan mensen met een ernstige psychische aandoening. Om een goed beeld te geven van de dagelijkse praktijk gebruiken we voorbeelden uit de praktijk die naar voren zijn gekomen.

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de eerste vier onderzoeksvragen in onderstaande volgorde:

- 1 • Kwantitatief: waar worden F-ACT en vergelijkbare methodieken toegepast, een indicatie van de aantallen teams, de frequentie van voorkomen van de verschillende organisatie- en financieringsvormen, omvang van de verschillende cliëntgroepen, et cetera?
- 2 • Welke verschillende manieren en methodieken (waaronder F-ACT) zijn er?
- 3 • Welke verschijningsvormen van deze manieren en methodieken (waaronder F-ACT) zijn er?
- 4 • Hoe worden deze verschillende methodieken en verschijningsvormen van methodieken georganiseerd en gefinancierd?

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 over de onderzoeks aanpak heeft de digitale uitvraag niet voldoende respons opgeleverd om overzichten te maken met betrouwbare kwantitatieve gegevens. Dit hoofdstuk bevat

daardoor met name een kwalitatieve beschrijving van onze bevindingen.

4.1 Kwantitatieve resultaten

Omdat de digitale uitvraag niet voldoende respons heeft opgeleverd is het vanuit de analyse van de resultaten niet mogelijk om antwoord te geven op de kwantitatieve onderzoeksvragen. Daarom hebben wij gebruik gemaakt van alternatieve bronnen gebruikt om antwoord te geven. Dit hebben wij vervolgens getoetst tijdens de drie regiobijeenkomsten.

Aantal mensen met EPA

Nederland telt circa 240.000 tot 285.000 mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Dit is 1,41% van de totale bevolking. Gepubliceerde cijfers zijn steeds schattingen en lopen sterk uiteen. De zorgprevalentie blijkt moeilijk af te leiden uit bestaande administraties. Dit is begrijpelijk, omdat de EPA-definitie zowel een klinische inschatting vraagt (circulaire relatie tussen psychopathologie en functioneren) als een zorgindicatie (geïntegreerde zorg).

Caseload F-ACT team

Volgens het CCAF heeft een F-ACT team een werkgebied van ongeveer 50.000 inwoners en een caseload van circa 200 cliënten. Tijdens de bijeenkomsten gaf men aan dat deze aantallen overeenkomen met de verwachting.

Aantallen teams en financiering

Volgens het CCAF zijn er in Nederland circa 400 F-ACT teams waarvan er 249 gecertificeerd zijn. Het team bestaat uit ongeveer 10 Fte. Tijdens de bijeenkomsten gaf men aan dat deze aantallen overeenkomen met



de verwachting. Het is onbekend hoeveel geïntegreerde teams er – naast de F-ACT teams – zijn in Nederland.

In geïntegreerde teams werken mensen uit verschillende disciplines. Zie bijlage 4 voor een overzicht van disciplines binnen de verschillende teams. Hierin valt op dat bij een groot deel van de manieren en methodieken nagenoeg alle disciplines betrokken zijn. Dit beeld bevestigde men tijdens de regiobijeenkomsten. Een belangrijke kanttekening is dat het feit dat een bepaalde discipline wordt ingezet niets zegt over het aantal uren dat deze discipline ingezet wordt.

Toepassing geïntegreerde zorg en ondersteuning

Op basis van de respons op de vragenlijst zien we dat er door heel Nederland aanbieders zijn die geïntegreerde behandeling en begeleiding bieden. Er zijn ook gemeenten waaruit op basis van de vragenlijst het lijkt dat er geen aanbieders aanwezig zijn. Echter, op basis van de regiobijeenkomsten hebben wij het idee dat in de meeste gemeenten geïntegreerde behandeling en begeleiding geboden wordt.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

4.2 Verschillende manieren, methodieken en verschijningsvormen

Om integrale behandeling en ondersteuning op een effectieve manier te kunnen leveren heeft F-ACT Nederland een overzicht gemaakt van enkele criteria waaraan een integraal team moet voldoen:

1. Het team bestaat 12 maanden of langer.
2. De totale caseload van het team is 300 cliënten of minder.
3. De hulpverlener/cliënten ratio is 1:30 of minder.
4. Er zijn vier of meer verschillende disciplines aanwezig in het kernteam.
5. Er wordt 3 of meer keer per week een integraal overleg gehouden.
6. Het team kan op flexibele wijze de zorg intensiveren indien noodzakelijk.

7. 50% of meer van de cliënten wordt jaarlijks door vier of meer disciplines van het kernteam gezien.
8. Het team heeft in zijn visie en werkwijze een duidelijke focus op integraal herstel.
9. 40% of meer van de face-to-face contacten vindt extern plaats.

Het team of de aanpak heeft als hoofddoel het herstel door middel van behandeling, begeleiding en rehabilitatie in de maatschappij, opdat cliënten met de hoogst mogelijke kwaliteit van leven in de maatschappij kunnen functioneren.

Uit de interviews en vragenlijsten wordt duidelijk dat geïntegreerde behandeling en begeleiding voor mensen met EPA op verschillende manieren wordt vormgegeven. Zo zijn er aanbieders die met medewerkers uit de eigen organisatie behandeling en begeleiding bieden, maar ook aanbieders die met andere organisaties samenwerken om samen de geïntegreerde behandeling en begeleiding te kunnen bieden. Organisaties werken hierbij zowel op wijkniveau, gebiedsniveau als gemeenteniveau samen.

Bij het bieden van geïntegreerde behandeling en begeleiding wordt samengewerkt met diverse partijen. Dagelijks werkt men samen met de ambulante en institutionele geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, beschermd wonen, organisaties die IPS bieden, aanbieders van dagbesteding en ervaringsdeskundigen. Wekelijks werkt men samen met wijkteams, organisaties die zorg voor mensen met LVB bieden, politie, schuldhulpverlening, de huisarts, welzijnsaanbieders, woningcorporaties en maatschappelijke opvangvoorzieningen. Maandelijks werkt men samen met jeugdzorg, ouderenzorg, forensische zorg, justitie en de POH die bij de huisarts werkt.



Organisaties gebruiken verschillende manieren en methodieken om de geïntegreerde behandeling en begeleiding te organiseren. Genoemd wordt: F-ACT, F-ACT+, VIP, IHT, RACT, ART, GGZ-gebiedsteams, GGZ-wijkteams, POD, bemoeizorg (OGGZ-teams), herstelcentrum-academie, samen voor herstel, optimaal leven teams. Tijdens de regiobijeenkomsten werd aangegeven dat er vaak naar een combinatie van organisatievormen en methodieken gezocht wordt (bijvoorbeeld een F-ACT team dat de VIP methodiek toepast). Daarnaast wordt aangegeven dat deze methodieken afzonderlijk niet voldoende zijn voor het leveren van integrale behandeling en ondersteuning aan mensen met EPA. Deze mensen hebben namelijk op verschillende momenten behoefte aan een bepaalde mate van behandeling en/of ondersteuning. Voor mensen met EPA is het van belang dat gedurende een lange periode diverse vormen van behandeling en ondersteuning beschikbaar zijn in de wijk, buurt of gemeente. Op deze manier kan naar behoefte de behandeling en ondersteuning worden op- of afgeschaald.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Er is een grote verscheidenheid aan financieringsbronnen voor geïntegreerde behandeling en begeleiding. Soms wordt dit geheel vanuit de Zvw gefinancierd, vaak ook een deel vanuit de Wmo. Daarnaast maken organisaties ook gebruik van lumpsum subsidieregelingen om geïntegreerde behandeling en begeleiding te bieden of om aan innovatie te werken. Deze subsidies zijn tijdelijke middelen waardoor de continuïteit van zorg en ondersteuning niet gewaarborgd is.

4.3 Nieuwe manieren en methodieken

Er zijn de afgelopen jaren diverse nieuwe vormen van geïntegreerde behandeling en begeleiding ontstaan. Waar voorheen F-ACT de standaard werkwijze was, is nu vaak sprake van een samenvoeging van verschillende manieren en methodieken of een geheel nieuwe werkwijze.

In dit onderzoek wordt duidelijk dat er diverse best practices bestaan voor deze doelgroep. Het vraagt maatwerk op wijkniveau om deze groep goed te kunnen begeleiden, behandelen dan wel ondersteunen, in afstemming met betrokken partijen en beschikbaarheid van algemene voorzieningen. Duidelijk is geworden dat geen enkele partij in staat is *alleen* de zorg te leveren die nodig is. Expertise op verschillende levensgebieden is noodzakelijk. Samenwerking is hierbij essentieel. Dit is geen gemakkelijke opgave.

4.4 Verschijningsvormen in de praktijk

We spraken een aantal gemeenten die in de afgelopen jaren zijn gestart met het vorm geven van geïntegreerde zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening. Daaruit blijkt dat meerdere vormen mogelijk zijn. Ter illustratie geven we hieronder een korte beschrijving van een netwerksamenwerking in de wijk, F-ACT teams aangevuld met begeleiding vanuit de Wmo en samenwerking met specialistische behandelcentra.

Netwerksamenwerking in de wijk: GGz- Gebiedsteams in Utrecht Rehabilitatie, crisiszorg, behandeling en hulp bij herstel in één team.

F-ACT, ACT en bemoeizorg zijn samengebracht in 15 gebiedsteams ggz en een bovenregionaal team in de vier WMO-regio's: Lekstroom, Utrecht West, Utrecht Zuidoost en Utrecht Stad. De organisaties

Altrecht (GGZ), Jellinek (verslavingszorg), Kwintes (begeleiding en opvang), Lister (begeleiding), WIJ 3.0 (Welzijn) en andere netwerkpartners bieden in de gebiedsteams ggz samen herstel ondersteunende zorg dichtbij de client en zijn omgeving. Het gebiedsteam biedt inwoners met een ernstige psychische aandoening behandeling en begeleiding dichtbij huis, in de wijk. Daarbij werken ze nauw samen met huisartsen, wijk/ buurtteams en andere (zorg)partijen in de wijk. De zorg sluit hierdoor beter aan bij wat mensen nodig hebben. Cliënten worden zo sneller en meer op maat ondersteund. Het Gebiedsteam ggz is een netwerksamenwerking. Het is geen nieuwe organisatie. De gebiedsteams zijn beschikbaar voor consultatie, advies en overleg rondom casuïstiek uit de wijk.

Financiering: Zvw 65% en Wmo 35%

F-ACT-teams aangevuld met begeleiding vanuit de Wmo: Den Haag De GGZ-teams voeren de zorg- en behandeltaken uit en ondersteunen cliënten bij wonen en leven. In het GGZ-team werken medewerkers van een GGZ aanbieder en heeft de gemeente per team budget beschikbaar gesteld voor twee extra Fte aan medewerkers om begeleiding en ondersteuning te bieden (vergelijkbaar met Bemoezorg, gericht op vroeg-signalering en vroeg-interventie).

Financiering: Hoofdzakelijk Zvw (circa 85%), aangevuld met 2 FTE-begeleiding (circa 15%) per F-ACT team vanuit de Wmo

Samenwerking met specialistische behandelcentra: GGZ Noord-Holland-Noord

Sinds 2017 werkt GGZ NHN met ambulante GGZ teams die wijkgericht werken. Ieder GGZ team bestaat uit specialisten die hun diverse expertise bundelen. De F-ACT teams zijn samengevoegd met de professionals van de specialistische behandelcentra. Deze multi-

disciplinaire GGZ teams bieden gezamenlijk de expertise die de cliënt nodig heeft. De GGZ teams werken voor een lokaal afgebakend gebied. De nieuwe manier van werken zorgt voor korte lijnen tussen de verschillende professionals. Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen en ADHD zijn er GGZ regioteams opgericht. Daarnaast zijn er regioteams voor kwetsbare ouderen.

Financiering: DBC- financieringen vanuit de Zvw.

Tijdens de regiobijeenkomsten is wel benadrukt dat deze voorbeelden niet overal een uitkomst voor bieden en ook obstakels kennen. Het succes hangt erg af van wethouders, bestuurders en zorgverleners die het doorzettingsvermogen hebben om het belang van goede zorg te bieden voor mensen met EPA.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



5. Knelpunten en oplossingen

In de interviews, vragenlijsten en tijdens de bijeenkomsten kwamen diverse knelpunten en belevingen naar voren. De respondenten geven een inkijk in de dagelijkse praktijk ten aanzien van de inrichting van de zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening. Wat zijn de meningen, belevingen en opvattingen over wat belangrijk is voor deze groep mensen. Hoe kunnen zorgaanbieders en gemeenten deze mensen het beste ondersteunen en wat vraagt dit van de maatschappij? In bijlage 5 staan de uitkomsten van de diverse respondent, onderverdeeld in organisatorische en financiële en inhoudelijke knelpunten. In dit hoofdstuk de belangrijkste knelpunten en oplossingen die genoemd zijn beschreven.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

5.1 Organisatorische en financiële knelpunten

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de laatste twee onderzoeksvragen:

1. Welke meningen/belevingen zijn er onder de verschillende financiers en aanbieders over verantwoordelijkheidsverdeling, organisatie en financiering en wat vinden zij dat beter of anders kan/ moet?
2. Welke knelpunten worden ervaren, welke ideeën zijn er over de oorzaken van deze knelpunten en welke suggesties voor verbetering worden gedaan?

Aangezien de organisatorische en inhoudelijke knelpunten elkaar veel overlappen dan wel samenhang kennen, hebben we ze in dit hoofdstuk

samen gevoegd tot organisatorische knelpunten. In dit hoofdstuk staan de belangrijkste dan wel meest voorkomende knelpunten en/ of belevingen op organisatorische en financiële elementen omschreven. In paragraaf 5.2 gaan we in op de oplossingen die zijn aangedragen tijdens de interviews, in de vragenlijsten dan wel tijdens de bijeenkomsten. In hoofdstuk 6 gaan we in op de suggesties/ aanbevelingen die het onderzoek hebben opgeleverd.



Organisatorische knelpunten

Verbinden van verschillende domeinen

Goede geïntegreerde hulp betekent dat verschillende domeinen samen moeten werken. Dit betekent ook dat gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars elkaars taal moeten leren spreken. Dit vraagt veel van medewerkers en organisaties en blijkt in de praktijk niet gemakkelijk. Verschillende culturen die elkaar moeten leren kennen dit vraagt om investeren in relaties, dit kost tijd terwijl het reguliere werk doorgaat. Netwerken vraagt andere vaardigheden van medewerkers dan zij gewend zijn, niet iedereen is hier goed in of vindt dit leuk. Wat door veel respondenten als een groot knelpunt werd gezien was de wisselingen van medewerkers door alle lagen van de organisatie. Samenwerken betekent investeren in de relatie door de personeelwisselingen moet dit proces telkens opnieuw plaatsvinden. Daarnaast hebben de twee domeinen te maken met onduidelijkheden dan wel verschil in visie over verantwoordelijkheden tussen organisaties. Items die hierin benoemd worden zijn bijvoorbeeld wanneer is er sprake van begeleiding en wanneer is er sprake van behandeling? Wie is verantwoordelijk voor de uitvoering van de coördinatie/ casemanagement? Wie is

verantwoordelijk voor een de consultatie? Verschillen in visie van bijvoorbeeld; hoe herstelgericht wil je werken? In welke fase van de ziekte? Et cetera. Dit visieverschil heeft te maken met de cultuur of visie binnen de organisatie dan wel medewerkers die “gewend” zijn op een bepaalde manier te handelen. Daarnaast heb je te maken met conflicterende waardensysteem (coöperatie ontbreekt), ontstaan conflicterende belangen tussen de organisaties (door verschil in rol en taak). Het belang van organisaties, organisatiebehoud, speelt hierin ook een rol. Uiteindelijk gaat hierdoor veel tijd en energie verloren en staat de hulpvraag van de cliënt niet meer centraal.

Privacyregels omtrent informatie-uitwisseling

In Nederland zijn verschillende teams samengesteld vanuit verschillende organisaties om de integrale zorg vorm te geven. Deze teams werken nauw samen, zitten (in een aantal gemeenten) fysiek in een pand in de wijk maar mogen geen informatie uitwisselen zonder toestemming van de client. Dit probleem wordt vaak ondervangen doordat de client zelf aanwezig is of als dit niet mogelijk is wordt de situatie anoniem besproken. Respondenten merken dat organisaties verschillend omgaan met de privacyregels wat met name belemmerend werkt in overdrachten. Dit kost veel energie en tijd. Werken in één systeem is (vooralsnog) niet mogelijk.

Personele bezetting en wachtlijsten

De werkdruk is groot, wachtlijsten zijn lang en goed ervaren personeel vinden blijkt niet altijd een gemakkelijke opgave. Veel organisaties hebben te maken met capaciteitsproblemen waardoor de wachtlijsten alsmat oplopen. Tijdig de juiste hulp inzetten of opschalen lukt niet

waardoor de cliënten niet de hulp krijgt die nodig waardoor de problematiek verergerd en crisissituaties ontstaan. Tevens wordt benoemd dat de problematiek verzwakt. Dit heeft met name te maken met het feit dat de zorg anders georganiseerd wordt niet met de problematiek van de cliënt zelf. Tevens worden mensen steeds mondiger in de maatschappij. Deze culturele verandering maakt dat men snel in conflicten terecht komt wat andere vaardigheden en competenties van de hulpverleners vraagt. Daarnaast is de complexiteit van de doelgroep anders wanneer ze individueel in de wijk worden begeleid dan in een (intramurale) voorziening. Men heeft hierbij te maken met bijvoorbeeld bureaus die er ook wat van vinden en de druk verhogen.

Om de zorg echt goed te organiseren is personeel nodig dat de doelgroep kent en vaardigheden bezit om hiermee om te gaan. In de praktijk blijkt het lastig om aan goede mensen te komen om dit te organiseren. Geïntegreerd werken betekent veel veranderingen voor de individuele medewerker: de problematiek wordt zwaarder, men moet in staat zijn in een netwerk te werken, de werkdruk wordt hoger en dat terwijl er tekort aan (ervaren) personeel is. De respondenten benoemen dat de expertise van de wijkteams niet (altijd) voldoende gericht is op de GGz problematiek. Dit verschil is groot per gemeente. Wel wordt opgemerkt dat gemeenten hier steeds meer oog voor hebben. Kennis omtrent de doelgroep is noodzakelijk voor signalering. Hetzelfde geldt voor mensen met een licht verstandelijke beperking (Lvb). Veel mensen met EPA hebben ook een Lvb maar dit wordt vaak te laat herkend waardoor inzet van hulp niet goed aansluit: 1 op de 5 nieuwe cliënten in de Ggz heeft vermoedelijk een IQ onder de 85⁹

⁹ Wieland J. Psychopathology in borderline intellectual functioning. Explorations in secondary mental health care. Universiteit Leiden 2016.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Overgang 18-/ 18 +

De overgang van client van 18- naar 18+ wordt vaak als knelpunt benoemd. Juist in deze levensfase ontwikkelen problemen zich snel gezien alle veranderingen die spelen ten tijde van de weg naar volwassenheid. Deze veranderingen worden vaak te laat of niet gesignaleerd waardoor problemen snel verergeren. Met name jongeren die te kampen hebben met psychische problemen in combinatie met een licht verstandelijke beperking en verslavingsproblematiek vallen tussen wal en schip. Voor deze jongeren met zeer complexe hulpvragen is te weinig of geen aanbod beschikbaar.



Financiële knelpunten

Financiële schotten en tekorten

Verskillende financiële stromen beperken de integrale samenwerking van de verschillende domeinen. Financiële middelen zijn geoormerkt naar wetten, met bijbehorende kaders, eisen en regels. Dit belemmert flexibiliteit in werkwijze. De GGz wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw financiert alleen de curatieve zorg, dat wil zeggen zorg gericht op het genezen van ziekten. In dit geval zijn dat de psychische 'stoornissen' zoals die zijn geformuleerd in het diagnostisch handboek DSM-V. Om de zorg zo efficiënt mogelijk te houden, wordt zorg alleen verzekerd in het basispakket als aan twee criteria is voldaan: het betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden (artikel 2.4, Bzv) en zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk (artikel 2.1, tweede lid, Bzv). Dit komt erop neer dat alleen zorg die als effectief wordt beschouwd, onderdeel

uitmaakt van verzekerde zorg. Om een cliënt hulp aan te bieden vanuit een F-ACT team is een DBC-financiering noodzakelijk. Binnen een DBC-financiering kan alleen tijd die toe te schrijven is aan een individuele cliënt en in het kader van geneeskundige behandeling wordt ingezet, ten laste worden gebracht aan de zorgverzekeringswet. Activiteiten waar geen medisch behandelplan aan ten grondslag ligt, worden dus niet gerekend tot de geneeskundige GGZ (Zvw). Deze activiteiten kunnen mogelijk wel vallen onder Wmo. Beide financiers hebben te maken met financiële tekorten en doordat de verantwoordelijkheden niet altijd duidelijk te onderscheiden zijn wordt vaak naar elkaar gewezen. In de praktijk betekent dit dat niet de vraag van de client centraal staat maar de financieringsstroom leidend wordt.

Inrichten preventietaak, consultatie- en coördinatiefunctie

Er is behoefte aan de bekostiging van een adequate consultatie- en coördinatiefunctie: brede triage, consultatie en het realiseren van flexibel inzetbare nazorg vanuit de GGZ. Sommige knelpunten zitten binnen de verzekerde Zvw-zorg, andere knelpunten hangen samen met domein-overstijgende consultatie/coördinatie. Om tot een structurele werkbare en gedragen oplossing te komen voor de knelpunten in de domein-overstijgende consultatie/coördinatie zijn verschillende scenario's verkend. De respondenten geven aan dat binnen het huidige stelsel niet tot een werkbare en gedragen oplossing kan worden gekomen voor dit vraagstuk. Men verwacht dat vanuit de overheid hierover heldere politieke keuzes worden gemaakt. Ook voor het creëren van een goede tussenoplossing kijken partijen op dit moment naar het Rijk.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



Ervaringsdeskundigen en herstelwerkplaatsen

De respondenten geven aan dat er veel verschillende soorten initiatieven bekend zijn in Nederland voor herstelwerkplaatsen onder andere onder namen als: Herstelacademie, Zelfregiecentrum, Regionale Cliëntenorganisatie (RCO), GGz-Steunpunt, Inloophuis etc. Deze initiatieven bieden een palet aan activiteiten aan om mensen vrije en veilige ruimte te kunnen bieden en hen te prikkelen om boven het psychisch lijden uit te stijgen. De respondenten geven aan dat het een waardevolle (en onmisbare) toevoeging is aan de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Echter het grote knelpunt is dat de financiering van de initiatieven vaak niet geborgd is. Zij missen een structurele financieringsbron om de ervaringsdeskundige een goede plek te geven in het zorgaanbod aan mensen met een ernstige psychische aandoening. Wie is hier verantwoordelijk voor?

De NZa heeft ruimte gecreëerd om de inzet van ervaringsdeskundigen in de contractering mogelijk te maken. GGZ-aanbieders geven aan dat ondanks nadrukkelijke verzoeken de zorgverzekeraars daar nog geen gebruik van maken¹⁰. Zorgverzekeraars geven aan dat zij juist wel open staan voor de inzet van aanvullende beroepen. Zij geven aan dat verzoeken vanuit aanbieders in kleine aantallen binnenkomen bij zorgverzekeraars, maar (nog) niet altijd in de vorm van concrete plannen. Nodig is dat zorgaanbieders een goede inhoudelijke uitwerking (kwaliteitskader) laten zien en een goede financiële onderbouwing daarbij. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij hier graag in mee denken.

¹⁰ <https://www.ggz nederland.nl/actueel/tweede-kamer-wil-dat-zorgverzekeraars-ervaringsdeskundigheid-inkopen>

Tot slot wordt aangegeven dat het inrichten van een herstelwerkplaats in de gemeenten vaak afhankelijk is van de noodzaak die de bestuurders zien. Zodra er geen noodzaak wordt gevoeld wordt hier ook niets voor ingeregeld.

Subsidiegeld

Veel initiatieven worden ingezet als pilots. Deze pilots zijn gestart van beschikbaar subsidiegeld vanuit ZonMw. Om een volgende stap te kunnen zetten in de doorontwikkeling blijft extra geld nodig. Om de geïntegreerde zorg goed in te bedden is structurele financiering nodig, dit is nu niet aanwezig.

5.2 Oplossingen

Tijdens de interviews en bijeenkomsten zijn verschillende oplossingen aangedragen en besproken. De meest voorkomende oplossingen schrijven we in deze paragraaf uit. De oplossingen kunnen uitkomsten bieden of zowel financieel als organisatorisch vlak. Aangezien deze twee componenten niet los van elkaar gezien kunnen worden staan deze niet apart benoemt.



Oplossingen

Integraal werken

Om meer integraal en wijkgericht te werken is het noodzakelijk dat je elkaars taal leert spreken. Dit betekent dat je moet investeren in de

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



relatie tussen Zorgverzekeraars, Zorgaanbieders en Gemeenten. Respondenten hebben ervaren dat je direct aan de start van het proces met deze partijen rondom de tafel moet gaan. Het advies hierbij is om lokaal een onafhankelijke projectleider aan te stellen die het proces coördineert zodat deze belangeloos kan opereren. Gezamenlijk beleid ontwikkelen en kijken wat nodig is vanuit de inhoud. Wanneer sprake is van een netwerksamenwerking en personeelsleden vanuit verschillende moederorganisaties werken in het integrale team, is het van belang dat bestuurlijke rugdekking aanwezig is en het personeel betrokken wordt bij de essentie van de veranderingen. Om elkaar te leren kennen is een fysieke plek in de wijk een mooie oplossing. Dicht bij de client en samenwerkingspartners die elkaar wekelijks in de wijk tegenkomen en daardoor goed kunnen inspelen op de behoeftes van de inwoners uit de wijk.

De huisarts actief betrekken bij het inrichten van de zorg is erg belangrijk. De huisarts is de schakel in de wijk als het gaat om preventie en doorverwijzen naar de juiste hulp. Een van de oplossingen die is aangedragen om het sociale en medische domein dichterbij elkaar te brengen is om bij de start een gezamenlijke training te volgen waarin de essentie van integrale samenwerking centraal staat. Vanuit inhoudelijke thema's met elkaar in gesprek gaan zodat de bedoeling, goede zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening, centraal staat.
Tip: Door hier ook ervaringsdeskundigen bij te zetten, krijg je hele andere gesprekken.

Privacyregels

Er zijn softwareapplicaties op de markt die samenwerken en uitwisseling van gegevens op procesniveau kunnen faciliteren. Partijen kunnen meer op zoek gaan naar wat er wel kan vanuit hun professionele

verantwoordelijkheid. Daarbij hoort het vastleggen van de overweging dat je deelt en de informatieplicht jegens de cliënt. Bij een overweging hoort de beoordeling of je hiermee bereikt wat je wilt bereiken; of het belang in verhouding is en of het de beste manier is. Samenwerken zonder informatie delen gaat niet.

Financiering

Eén van de meest genoemde oplossingen vanuit gemeenten en zorgaanbieders is het creëren van populatiebekostiging of een lumpsumfinanciering. Waarbij landelijke afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars worden gemaakt (i.p.v. de diversiteit die er nu is bij gemeenten en diverse zorgverzekeraars.) Deze vorm van financiering zal veel inhoudelijk discussies wegnemen over verantwoordelijkheden over inzet van zorg of ondersteuning. Door vanuit één budget te werken creëer je professionele scharrelruimte en kun je de zorg zo organiseren dat de vraag van de cliënt centraal staat. Hiermee houd je de financiering simpel en leg je de nadruk op financiering van de uitvoering van zorg in plaats van op de contractering van zorg. Doordat deze professionele scharrelruimte aanwezig is kunnen kleine inactieven of activiteiten worden betaald en hiermee ook gestimuleerd. Doorontwikkeling en innovatie is dan mogelijk. Denk hierbij ook aan het gezamenlijk inrichten van goede preventie of consultatie. Daarbij werkt investeren in de relatie tussen zorgverzekeraars, gemeenten, aanbieders niet zonder dat er (financiële) regelruimte aanwezig is.

Vanuit de zorgverzekeraars is hierbij aangegeven dat vanuit het beschreven 'basisprincipe van de Zorgverzekeringswet' het niet mogelijk /geen optie is om te kiezen voor populatie- of lumpsumfinanciering. Dit heeft te maken met het feit dat de kosten van de ZVW alleen toe te rekenen zijn aan de individuele cliënt. Anders dan

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



de Wmo is de ZVW geen voorziening, maar gebaseerd op individuele aansprakelijkheid.

Een andere optie zou kunnen zijn om een EPA-DBC te ontwikkelen waarmee de integrale behandeling en ondersteuning voor mensen met EPA kan worden betaald.

Extra compensatie vanuit het Rijk naar gemeenten voor de extramuralisering

In het hoofdlijnenakkoord van de GGz wordt gevraagd om extra compensatie voor de extramuralisering naar gemeenten. Meerdere gemeenten ondersteunen deze oplossing. Echter wordt hierbij wel opgemerkt dat de extra financiering dan wel geormerkt moet worden zodat de extra financiën ook expliciet worden gebruikt voor de zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening.

Creëren van herstelgerichte zorg (herstelcentra/ laagdrempelige dagbesteding etc.)

Het begrip herstel verwijst naar veelvormige persoonlijke processen van mensen die proberen om ondanks de vaak desastreuze gevolgen van de aandoening hun leven weer op te pakken.

- *Persoonlijk herstel* betekent hoop hervinden en moed verzamelen, een positief zelfgevoel ontwikkelen, een betekenisvol bestaan opbouwen en de controle over he eigen leven hernemen.
- Voor *symptomatisch herstel* is goede medisch psychische en psychologische behandeling en het leren van zelfmanagement van symptomen belangrijk
- Bij *maatschappelijk herstel* draait het om het (opnieuw) vervullen van sociale rollen en stigmabestrijding.

Alle respondenten geven aan dat de functie van een laagdrempelige plek in de wijk voor mensen met een ernstige psychische aandoening van groot belang is om herstel te werken.

Ontstaan herstelcentra

De behandelingen vanuit de DBC's zijn gericht op het verminderen van de symptomen van de diagnostische categorie passend bij iemands klachten. Impliciet werden de ervaringen van mensen dus gereduceerd tot ziekten die zo snel mogelijk genezen moesten worden. De zorg gericht op het verminderen van de symptomen hielp vaak wel. Toch hadden de grondslagen en praktijk van de zorg vaak ook een aantal negatieve gevolgen. Mensen ondervonden aan den lijve dat 'medisch herstel' niet automatisch betekende dat als ze als mensen waardevol en betekenis vol leven konden leiden. Sterker nog, het labelen, en het behandelen van dat label door een expert, begrenste verder ontwikkeling als mens voorbij het psychisch lijden. Van ervaren 'persoonlijk herstel' was daardoor amper sprake. Hierdoor vielen veel mensen met ernstige psychiatrische problemen tussen wal en schip. Zij bleven onnodig lang in een instelling wonen, hadden vaak geen werk (meer) en hun zelfvertrouwen daalde. Dit verminderde niet alleen de kwaliteit van leven bij mensen zelf, maar kostte de gemeenschap ook onnodig veel geld. Om nog maar niet te spreken van de beperkte rechtvaardigheid van een matig inclusieve samenleving. Ook mensen met andere problemen zoals armoede, eenzaamheid of dakloosheid kregen hiermee te maken. Situaties waarbij labels of processen vanuit de 'systeemwereld' leidend waren. Waarbij de waardigheid, persoonlijke ervaring en het perspectief van mensen niet meer centraal stond. En lijden daardoor niet werd opgelost. Daarom gingen ervaringsdeskundigen aan de hand van hun eigen herstelervaringen op zoek naar wat 'persoonlijk herstel' dan wel was. Hoe zij zelf een wending

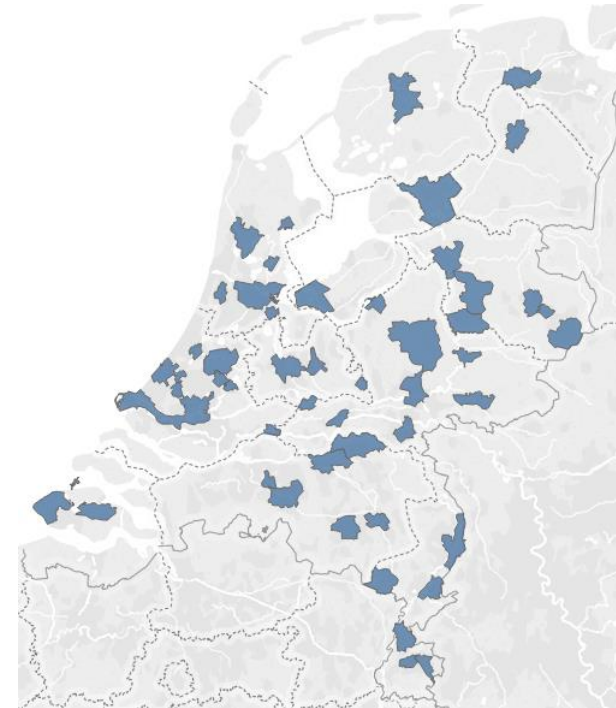


aan hun herstel konden geven die de reguliere zorg en ondersteuning niet konden bieden. En hoe dat proces ondersteund kon worden bij anderen. Dit deden ze vaak autonoom en soms in samenwerking met de GGz of Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW).

*Boertien D (2017) Herstel- en herstelondersteuning.
Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.
www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning*

Het instituut voor publieke waarden heeft in maart 2018 een onderzoek uitgevoerd naar de waarde van zelfregie- en herstelinitiatieven en onderschrijft deze (meer)waarde. De initiatieven worden vrijwel altijd gecoördineerd door ervaringsdeskundigen, die zelf ervaring hebben met het herstelproces. En die expliciet het vermogen hebben ontwikkeld om voor anderen ruimte te maken voor herstel. Zij bieden een luisterend oor, kunnen de juiste vragen stellen en bieden steun en hoop. Aan bezoekers van een initiatief, deelnemers aan maatjesprojecten of mensen in de wijk waarvan ze vermoeden dat zij gebaat zijn bij contact. Een structurele financiering voor deze laagdrempelige initiatieven zijn van groot belang om een blijvende prikkel te bieden voor innovatie op dit terrein. Dit vergroot tevens de normalisatie in de wijken waar mensen met een ernstige psychische aandoening deel van uitmaken. Niet alleen financiële middelen voor een herstelcentra is noodzakelijk maar ook een financiële prikkel voor bijvoorbeeld bedrijven of buurthuizen is essentieel om een plek te bieden aan deze doelgroep in de wijken/ maatschappij. Daarnaast is het belangrijk dat de gebiedsteams de burgerinitiatieven kennen. Deze zijn vaak nog onvoldoende bekend.

Uit het overzicht van figuur 5 blijkt dat er verspreid over het land al diverse herstelcentra zijn (dit overzicht wordt nog geactualiseerd door MIND).



Figuur 5. Locaties herstelcentra (bron: MIND, bewerking bureau HHM)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



6. Aanbevelingen

We hebben voorliggend onderzoek uitgevoerd om antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag *"Hoe wordt in Nederland de financiering en organisatie van F-ACT en vergelijkbare vormen van (ambulante) geïntegreerde behandeling en begeleiding lokaal vormgegeven?"*

Gedurende het onderzoek bleek dat het niet eenvoudig is om de bestaande complexe wereld in beeld te brengen. De beleving van de opdrachtgevers (ZN, de VNG en VWS) was dat geïntegreerde zorg (waaronder FACT) niet optimaal wordt benut in de praktijk. Dit onderzoek maakt duidelijk dat professionals erg gemotiveerd zijn, maar in de praktijk diverse knelpunten ervaren. Deze knelpunten komen voor in zowel de financiële regelingen als in de lokale organisatorische samenwerkingen als in het draagvlak van de maatschappij. Met dit onderzoek hebben we informatie opgehaald waarmee we aanbevelingen geven om de zorg en ondersteuning aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) in de wijk te verbeteren. Wij doen dit aan de hand van drie thema's: financiën, organisatie en maatschappij.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Financiën

Verschillende financiële stromen beperken de integrale samenwerking van de verschillende domeinen, hierover zijn alle respondenten het eens. Financiële middelen zijn geormerkt naar wetten, met bijbehorende kaders, eisen en regels. Datgene wat nodig is past niet

altijd binnen de kaders. Ruimte versus routine. De hulp en zorg kan hierdoor te weinig mee bewegen/volgen in de verschillende fasen van de problematiek van mensen met EPA waardoor er breukvlakken optreden in de integrale aanpak. Meer maatwerk wat past op de vraag en de behoefte van dat moment is gewenst en uitgaan van de cliënt in plaats van zoeken binnen de kaders.

De manier waarop nu de zorg gefinancierd wordt werkt belemmerend in de flexibiliteit van de wijze waarop de zorg kan worden georganiseerd. De manier van bekostiging en de schotten tussen de financiële stromen worden als grootste knelpunt gezien. Professionals geven aan dat de zorg en ondersteuning verbeterd kan worden aan mensen met EPA als voor de bekostiging een passende structurele oplossing wordt geboden. Deze aanpassing vraagt heldere afspraken tussen de financiers in de regio op basis van een gedeelde visie.

Wij bevelen aan om bij de ontwikkeling van het nieuwe Zorgprestatie-model van de NZa (dat per 2022 wordt ingevoerd voor de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz en forensische zorg) zorgvuldig aandacht te hebben voor de bekostiging van de integrale zorg en behandeling aan mensen met EPA. Het zorgprestatie-model is bedoeld om knelpunten in de huidige bekostiging op te lossen en geeft ruimte om wijkgerichte zorg meer multidisciplinair en outreachend vorm te geven. Ook geeft het de ruimte voor het toevoegen van elementen die de zorgvraag typeren of cliëntgroepen duiden.¹¹

Om de zorg aan mensen met EPA te verbeteren zetten we een aantal cruciale elementen op een rij die van belang zijn voor de financiering

¹¹ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz>

(van een integrale prestatie). We bevelen aan om deze elementen zoveel als mogelijk mee te nemen in het nieuwe bekostigingsmodel

- preventieve werkzaamheden
- consult-werkzaamheden
- coördinatiewerkzaamheden
- de mogelijkheid om de intensiteit van zorg op en af te schalen
- deelname aan multidisciplinaire overleggen (MDO's)
- inzet van ervaringsdeskundigen

Organisatie

Naast de ontwikkelingen van het zorgprestatie-model bevelen we aan om in te zetten op de afstemming en samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders. Gezamenlijk dient gekeken te worden hoe het zorglandschap voor mensen met EPA eruit moet komen te zien. Daarbij dient gekeken te worden wat een passende regio-indeling is: is het bijvoorbeeld zinvol om hierbij de indeling van de centrumgemeenten aan te houden, biedt de indeling van Wlz-concessiehouders mogelijkheden of is een andere indeling beter passend? Het is van belang om per regio op basis van een lange termijnvisie met elkaar resultaten af te spreken waarop gestuurd kan worden. In samenhang met deze resultaten dient tevens te worden besproken welke zorg, behandeling, en voorzieningen hiervoor noodzakelijk zijn en wat hiervoor de bijdrage is vanuit de Zvw, Wmo en Wlz. Om een wijkgerichte aanpak te stimuleren is een lumpsum budget op wijkniveau gewenst. Aangezien dit momenteel niet mogelijk is vanwege het basisprincipe van de Zorgverzekeringswet (de kosten van de ZVW dienen toe te rekenen te zijn aan individuele cliënten) bevelen we aan dat VWS met betrokkenen bespreekt wat de mogelijkheden zijn om de bestaande wet- en regelgeving te wijzigen om een lumpsum budget mogelijk te maken.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Maatschappij

Mensen met EPA maken deel uit van de maatschappij en worden steeds zichtbaarder in de wijk. De uitdaging ligt niet alleen bij de curatieve zorg maar hierdoor ook steeds meer bij de maatschappij. Buren, familie en vrienden krijgen een steeds belangrijkere rol in de zorg voor mensen met EPA. De inzet van ervaringsdeskundigen wordt gezien als een grote meerwaarde in het herstel en terugkeer naar de maatschappij voor mensen met EPA. Wij adviseren GGZ-aanbieders om gebruik te maken van de ruimte die is gecreëerd in de contractering voor de inzet van ervaringsdeskundigen. De zorgverzekeraars denken graag mee bij het maken van een concreet plan. Daarnaast bevelen we aan om met alle betrokken partijen een maatschappelijk bewustwordingstraject uit te voeren zodat mensen met EPA worden opgenomen in de wijk. Ambulantisering is een groot goed, echter niet alles is maakbaar vanuit die visie. Sommige mensen zijn onbehandelbaar zonder zicht op genezing en blijven zorg en ondersteuning nodig houden. Wij zien nog altijd tweedeling tussen de somatisch medische zorg en de psychische zorg.



Bijlage 1. Literatuur bronnen

- <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>
- <https://www.trimbos.nl/kennis/ambulantisering>
- <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1512-psychische-kwetsbaarheid-sociale-inclusie-en-verbindende-zorg>
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/30/inventarisatie-oggz-aanpak-bij-een-tiental-centrumgemeenten>
- <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/plan-van-aanpak/>
- <https://www.f-actnederland.nl/>
- <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/brochure/2017/08/16/zorg-en-ondersteuning-voor-mensen-met-een-psychische-aandoening>
- <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules>
- <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/gesstelijke-gezondheid>
- <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/ernstige-psychiatrische-aandoeningen/row-1/wat-is-epa-en-wat-wordt-verstaan-onder-de-vignetten/>
- Maaïke van Vugt, Trimbos instituut, Assertive Community Treatment 2015
- Philippe Delespaul en Bram Berkvens, Visie op goede zorg van mensen met ernstige psychische aandoeningen 22-10-18
- Het instituut voor publieke waarden, De waarde van zelfregie- en herstelinitiatieven 2018 (Renske Kroeze, Jop Munneke, Albert Jan Kruijer)
- Prof. dr. Hans Kroon, Psychiatrie en samenleving: zoeken naar verbinding 2018
- Werkprogramma EPA-TASKFORCE Midden IJssel - Oost Veluwe, 2017
- Trimbos instituut, Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen 2016 (Drs. S. van Rooijen Drs. A. Knispel Drs. F. van Hoof Dr. H. Kroon)



Bijlage 2. Vragenlijsten gemeenten en aanbieders

Vragenlijst gemeenten

A. Organisatie

Vraag 1: Kunt u aangeven op welke wijze uw gemeente uitvoering geeft aan een geïntegreerde vorm van behandeling en begeleiding voor mensen met EPA? (Meerdere opties mogelijk)

- We werken met teams die zijn samengesteld uit medewerkers van een GGZ-aanbieder
- We werken met teams die zijn samengesteld uit medewerker(s) van een GGZ-aanbieder en medewerker(s) van de gemeente/het sociale team
- We werken met teams die zijn samengesteld uit medewerker(s) van de gemeente/het sociale team
- Wij regelen dit middels een netwerksamenwerking op wijkniveau
- Wij regelen dit middels een netwerksamenwerking op gebiedsniveau
- Wij regelen dit middels een netwerksamenwerking op gemeenteniveau
- Anders, namelijk...

Vraag 2: Op welke wijze is de integrale hulp aan deze doelgroep binnen uw gemeente georganiseerd? Zijn er nog F-ACT teams of zijn er andere teams georganiseerd om deze vorm van integrale hulp te bieden. Hoe wordt binnen uw gemeente deze vorm van hulp genoemd? (Meerdere opties mogelijk)

- F-ACT
- VIP
- IHT
- RACT
- ART
- GGZ-gebiedsteams
- GGZ wijkteam
- POD
- Bemoeizorg (OGGZ-teams)
- Herstelcentrum/ -academie
- Samen voor herstel
- Anders, namelijk...

Vraag 3: Als er op andere wijze dan (gecertificeerde) F-ACT-teams georganiseerd zijn of andere vormen naast F-ACT, kunt u dan aangeven uit welke disciplines dit team is samengesteld? (Meerdere opties mogelijk)

- Psychiater
- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- IPS Trajectbegeleider
- (Sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen (SPV)
- Casemanagers
- Ervaringsdeskundigen
- Wijkteam/sociaal werkers
- Anders vanuit GGZ- aanbieder
- Anders vanuit het sociaal domein
- Wij zijn F-ACT gecertificeerd
- Anders, namelijk...



Vraag 4: Welke organisaties werken er dagelijks samen omtrent de hulp aan mensen met EPA (meerdere opties mogelijk)

- Geestelijke gezondheidszorg Ambulant
- Geestelijke gezondheidszorg klinisch
- Wijkteams
- LVB
- Jeugdzorg
- Ouderenzorg
- Verslavingszorg
- Forensische zorg
- Politie
- Justitie
- Schuldhulpverlening
- Huisarts
- Praktijk ondersteuner van de huisarts
- Welzijnsaanbieders
- Woningcorporatie
- Beschermd wonen
- Maatschappelijke opvangvoorzieningen
- IPS
- Aanbieders dagbesteding
- Ervaringsdeskundigen
- Anders, namelijk...

Vraag 5: Wat zijn de drie belangrijkste knelpunten die u ervaart u als het gaat om de organisatie van hulp aan mensen met EPA?

- Onduidelijkheden over verantwoordelijkheden tussen organisaties
- Privacy- regels omtrent informatie-uitwisseling

- Niet de juiste hulp/ begeleiding kunnen bieden omdat aanbod mist
- Werkdruk is te groot; te weinig uren beschikbaar
- Kunnen de veiligheid van personeel niet waarborgen
- Het ontbreekt aan voldoende deskundigheid bij het gemeentelijk personeel dat indicaties Wmo stelt of beleidsadviseurs voor mensen met EPA om de samenhang tussen ambulante behandeling en de beperkingen in het sociale en maatschappelijk functioneren te begrijpen.
- Conflicterend waardensysteem (coöperatie ontbreekt), oftewel conflicterende belangen tussen de organisaties (door verschil in rol en taak) waardoor samenwerking stagneert
- Anders, namelijk...

Vraag 6: Hoe kunnen zonder stelselherzieningen eventuele oplossingen beter aansluiten bij uitvoering geïntegreerde ggz (verbinding sociaal (Wmo) en medisch domein (ZVw).

Met welke oplossingen zijn gemeenten en verzekeraars geholpen met betrekking tot de organisatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met EPA?

- Meer opleiding aan personeel zodat er meer specialisten in plaats van generalisten in de wijk werken
- Meer personeel werven zodat de werkdruk minder hoog wordt
- De verantwoordelijkheden tussen organisaties moet duidelijker worden
- Er moet een oplossing komen waardoor informatie delen gemakkelijker wordt
- Er moet meer (passend) aanbod ontwikkeld worden
- Anders, namelijk...

1

2

3

4

5

6



Vraag 7: Vanuit de Wmo heeft de gemeente de wettelijk taak om op alle levensgebieden kwetsbare burgers te ondersteunen. Op welke resultaatgebieden ervaart u problemen in de ondersteuning voor deze specifieke doelgroep (meerdere opties mogelijk)

- Dagbesteding
- Huisvesting
- Financiën
- Sociale contacten
- Psychisch welzijn
- Zingeving
- Lichamelijke verzorging
- Praktisch functioneren
- Preventieve GGZ

Vraag 8: Gezien de complexiteit van de mensen met EPA werken organisaties vaak nauw samen, hoe gaat u om met de privacy van de cliënt? Lukt het om informatie te delen?

- Ja, hier zijn afspraken over gemaakt (bijvoorbeeld met een convenant)
- Soms, dit verschil heeft te maken met de betrokken organisaties
- Soms, dit is verschillend per situatie
- Nee, dit is erg lastig

B. Financieel

Vraag 9: Hoe wordt de uitvoering van de geïntegreerde behandeling en begeleiding gefinancierd (totaal 100%)?

-% vanuit de Zvw

-% vanuit de Wmo
-% Anders, namelijk

Vraag 10: Welke drie belangrijkste knelpunten ervaart u als het gaat om de financiering van geïntegreerde hulp aan mensen met EPA?

- Het is onduidelijk wat behandeling, begeleiding en ondersteuning is
- Het is onduidelijk wie wat moet betalen
- Gemeenten betalen de begeleiding maar voor een deel
- Verzekeraars betalen de behandeling maar voor een deel
- Financiële schotten
- Anders, namelijk...

Vraag 11: Met welke oplossingen zijn gemeenten en verzekeraars geholpen met betrekking tot de financiering van geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met EPA?

- Een duidelijke definitie van behandeling en begeleiding
- Structureel overleg tussen gemeenten en verzekeraars over de inzet van begeleiding en behandeling voor mensen met EPA
- Integrale financiering vanuit bijvoorbeeld populatiegerichte bekostiging
- Anders, namelijk...

Vraag 12: Bent u bekend met de vignetten van VEKTIS? Wordt hier gebruik van gemaakt?

- Nee
- Ja wij zijn ermee bekend maar gebruiken ze niet
- Ja, wij zijn ermee bekend en gebruiken deze ook. Zo ja, op welke manier? [invullen]

1

2

3

4

5

6



C. Kwantitatief

Vraag 13: Hoeveel geïntegreerde- teams voor mensen met EPA zijn actief binnen uw gemeente?
 Aantal teams....

Vraag 14: Heeft u zicht op hoeveel mensen met EPA er wonen (gemiddeld) binnen uw gemeente?
 Aantal personen...
 Indien onbekend...

Vraag 15: Heeft u zicht op hoeveel mensen in uw gemeente, die vallen onder de doelgroep EPA, gemiddeld per jaar worden geholpen?
 Aantal personen.
 Indien onbekend ...

- Wij leveren behandeling en het wijkteam levert de begeleiding
- Wij regelen dit via een netwerksamenwerking op wijkniveau
- Wij regelen dit via een netwerksamenwerking op gebiedsniveau
- Wij regelen dit via een netwerksamenwerking op gemeenteniveau
- Anders, namelijk...

Vraag 2: Onze ervaring is dat de diversiteit aan mogelijkheden groot is om deze vorm van integrale hulp te bieden. Hoe wordt binnen uw organisatie deze vorm van hulp genoemd? (meerdere opties mogelijk)

- F-ACT
- VIP
- IHT
- RACT
- ART
- GGZ-gebiedsteams
- GGZ-wijkteams
- POD
- Bemoeizorg (OGGZ-teams)
- Herstelcentrum- academie
- Samen voor herstel
- Anders, namelijk...

Vraag 3: Als er op andere wijze dan (gecertificeerde) F-ACT-teams georganiseerd zijn of andere vormen naast F-ACT, kunt u dan aangeven uit welke disciplines dit team is samengesteld? (Meerdere opties mogelijk)

- Psychiater

1

Vragenlijst aanbieders

2

D. Organisatie

3

Vraag 1: Kunt u aangeven op welke wijze uw organisatie uitvoering geeft aan een geïntegreerde vorm van behandeling en begeleiding voor mensen met EPA? (meerdere opties mogelijk)

4

- We werken met integrale multidisciplinaire teams die samengesteld zijn in de eigen organisatie
- Wij leveren behandeling en een andere organisatie levert de begeleiding
- Wij leveren begeleiding en een andere organisatie levert behandeling

5

6



- Psycholoog
- Maatschappelijk werker
- IPS Trajectbegeleider
- (Sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen (SPV)
- Casemanagers
- Ervaringsdeskundigen
- Wijkteam/ sociaal werkers
- Anders vanuit GGZ- aanbieder
- Anders vanuit het sociaal domein
- Wij zijn F-ACT gecertificeerd
- Anders, namelijk...

Vraag 4: Met welke organisaties werkt u dagelijks, wekelijks, maandelijks samen wanneer het gaat om de hulp aan mensen met EPA? (meerdere opties mogelijk)

1

2

3

4

5

6

- Geestelijke gezondheidszorg Ambulant
- Geestelijke gezondheidszorg institutioneel
- Wijkteams/ sociaal werkers
- Zorg voor de LVB
- Jeugdzorg
- Ouderenzorg
- Verslavingszorg
- Forensische zorg
- Politie
- Justitie
- Schuldhulpverlening
- Huisarts
- Praktijk ondersteuner van de huisarts
- Welzijnsaanbieders

- Woningcorporatie
- Beschermd wonen
- Maatschappelijke opvangvoorzieningen
- IPS
- Aanbieders dagbesteding
- Ervaringsdeskundigen
- Anders, namelijk...

Vraag 5: Wat zijn de drie belangrijkste knelpunten die u ervaart u als het gaat om de organisatie van hulp aan mensen met EPA?

- Onduidelijkheden over verantwoordelijkheden tussen organisaties
- Privacy- regels over informatie-uitwisseling
- We kunnen niet de juiste hulp/ begeleiding bieden omdat bepaald aanbod mist
- Werkdruk is te groot; te weinig uren beschikbaar
- Kunnen de veiligheid van personeel niet waarborgen
- Het ontbreekt aan voldoende deskundigheid bij het gemeentelijk personeel dat indicaties WMO stelt of beleidsadviseurs voor mensen met EPA om de samenhang tussen ambulante behandeling en de beperkingen in het sociale en maatschappelijk functioneren te begrijpen.
- Conflicterend waardensysteem (coöperatie ontbreekt), oftewel conflicterende belangen tussen de organisaties (door verschil in rol en taak) waardoor samenwerking stagneert
- Anders, namelijk...

Vraag 6: Hoe kunnen zonder stelselherzieningen eventuele oplossingen beter aansluiten bij uitvoering geïntegreerde ggz (verbinding sociaal (Wmo) en medisch domein (Zvw).



Met welke oplossingen zijn gemeenten en verzekeraars geholpen met betrekking tot de organisatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met EPA?

- Meer opleiding aan personeel zodat er meer specialisten ipv generalisten in de wijk werken
- Meer personeel werven zodat de werkdruk minder hoog wordt
- De verantwoordelijkheden tussen organisaties moet duidelijker worden
- Er moet een oplossing komen waardoor informatie delen gemakkelijker wordt
- Er moet meer (passend) aanbod ontwikkeld worden
- Anders, namelijk

Vraag 7: Gezien de complexiteit ten aanzien van de hulp aan mensen met EPA werken organisaties vaak nauw samen, hoe gaat u om met de privacy van de client? Lukt het om informatie te delen?

- Ja, hier zijn afspraken over gemaakt (via bijvoorbeeld een convenant)
- Soms, dit verschil heeft te maken met de betrokken organisaties
- Soms, dit is verschillend per situatie
- Nee, dit is erg lastig

E. Financieel

Vraag 8: Hoe wordt de uitvoering van de geïntegreerde behandeling en begeleiding binnen uw organisatie gefinancierd (totaal 100%)?

-% vanuit de Zvw
-% vanuit de Wmo
-% Anders, namelijk

Vraag 9: Welke knelpunten ervaart u als het gaat om de financiering van geïntegreerde hulp voor mensen met EPA?

- Het is onduidelijk wat behandeling is en wat begeleiding is
- Het is onduidelijk wie wat moet betalen
- Gemeenten betalen de begeleiding maar voor een deel
- Verzekeraars betalen de behandeling maar een deel
- Financiële schotten
- Anders, namelijk...

Vraag 10: Met welke oplossingen zijn aanbieders, gemeenten en verzekeraars geholpen met betrekking tot de financiering van geïntegreerde hulp voor mensen met EPA?

- Een duidelijke definitie van behandeling en begeleiding
- Structureel overleg tussen gemeenten en verzekeraars over de inzet van begeleiding en behandeling voor mensen met EPA
- Integrale financiering vanuit bijvoorbeeld populatiegerichte bekostiging
- Anders, namelijk...

F. Kwantitatief

Vraag 11: In welke gemeenten werkt uw organisatie voor mensen met EPA?

Namen gemeenten...

Vraag 12: Hoeveel geïntegreerde- teams voor mensen met EPA zijn actief binnen uw organisatie?

Aantal teams....



Vraag 13: Hoeveel mensen met EPA worden in uw organisatie gemiddeld per jaar geholpen?
Aantal personen...
Onbekend maar gemiddeld...

Vraag 14: Uit hoeveel mensen bestaat de gemiddelde caseload van een medewerker die hulp biedt aan een personen met EPA?
Aantal personen....
Onbekend maar gemiddeld

G. Gegevens respondent

Vraag 15: Wij zijn op zoek naar goede voorbeelden uit de praktijk 'best practice' waarbij het lukt om geïntegreerde begeleiding en behandeling te bieden aan mensen met EPA in de wijk. Kent u een gemeente of organisatie met een goed voorbeeld die u ons kunt aanbevelen?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Best Practice.....
Contactgegevens....



Bijlage 3. Aanwezige partijen bij de bijeenkomsten

Organisatie

- Altrecht
- Altrecht / Ypsilon
- Arkin
- Depressie Vereniging
- GGZ Drenthe
- GGZ Friesland
- GGZ in Geest
- GGZ- Nederland
- IrisZorg
- Leviaan
- Lister
- MIND Landelijk Platform
- MIND/Ypsilon
- Mondriaan
- Optimaal Leven (GGZ Drenthe/VNN/Cosis)
- Phrenos
- Pro Persona
- RIBW Arnhem Veluwe Vallei
- Stichting Anton Constandse
- Stichting CliëntenPerspectief
- Vereniging Caleidoscoop
- VNG
- WijkGGZ Dukenburg/ Plurn
- ZorgPlus GGZ

Gemeente

- Almere
- Amersfoort
- Amsterdam
- Apeldoorn
- Arnhem
- Assen
- Beuningen
- Beuningen
- Bloemendaal
- Culemborg
- Den Haag
- Groningen
- Helmond
- Heumen
- Houten
- Leeuwarden
- Maasdriel
- Maastricht
- Meppel
- Nijmegen
- Oegstgeest
- Rijswijk
- 's-Hertogenbosch
- Tytsjerksteradiel
- Urk
- Utrecht
- Utrecht
- Zaltbommel
- Zoetermeer
- Zwolle

1
2
3
4
5
6







Bijlage 4. Aanwezige disciplines

Discipline	F-ACT	VIP	IHT	RACT	GGZ- gebiedsteams	GGZ- wijkteams	POD	Bemoeizorg (OGGZ- teams)	Herstelcentrum- academie	Samen voor herstel
Psychiater										
Psycholoog										
Maatschappelijk werker										
IPS Trajectbegeleider										
Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV)										
Casemanagers										
Ervaringsdeskundigen										
Wijkteam/sociaal werkers										
Anders vanuit GGZ-aanbieder										
Anders vanuit het sociaal domein										

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6







Bijlage 5. Overzicht knelpunten en oplossingen¹²

	 Organisatorische Knelpunten	 Financiële knelpunten	 Inhoudelijke knelpunten	 Oplossingen
Utrecht	Werkdruk is hoog, onderbezetting, personeelsopgave om de juiste mensen in te zetten.	DBC-financiering is noodzakelijk voor inzet F-ACT. Plafond van het Wmo-geld is bereikt Coördinatie- en consultatiefunctie lastig in te vullen met huidige financieringsstromen.	Verbinden Sociaal- en medisch domein Gegevens delen	Hoofdlijnenakkoord vanuit de GGZ, dus extra compensatie naar gemeenten voor extramuraliseren.
Assen	Veel personeelwisselingen geweest in de kerngroep bij de opstart: niet efficiënt. Gebrek aan psychiaters. Bestuurlijke rugdekking van de moederorganisatie is essentieel bij transformatie.	Lastig balans in het team: hoeveel FTE van verschillende medewerkers. Gemeente en zorgverzekeraars hebben het zwaar, 3/4 van de GGZ-instellingen staan in het rood.	Verbinden Sociaal- en medisch domein Minder middelen is een valkuil; wordt leidend, gezamenlijkheid verlies je hierdoor uit het oog. Investeren in relatie. Richtlijn onderscheid behandeling: herstelgericht/ begeleiding.	Financiële oplossing zodat je de inhoud kunt faciliteren en niet te beheersen.
Leiden	Gemeente is verantwoordelijk voor EPA, behandeling niet de verantwoordelijkheid. Eenvoudige EPA- vragen worden door wijkteam behandeld maar complexe vragen worden doorgezet naar F-ACT	OGGZ Holland Rijnland levert een subsidie aan F-ACT teams om bemoeizorg te leveren. Knelpunt: FACT kan geen kosten declareren als binnen 4 weken geen DBC geopend wordt. Dan wordt de zorg gefinancierd	Gegevensdelen	Financiering is op individueel niveau, maar er zijn ook overstijgende taken voor bijv. consultatie en preventie; oplossing meer flexibiliteit in budgetten. Vroege interventies hebben een groot effect op welzijn.





- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

¹² Dit overzicht is opgesteld naar aanleiding van (telefonische) interviews en de 3 regiobijeenkomsten

	 Organisatorische Knelpunten	 Financiële knelpunten	 Inhoudelijke knelpunten	 Oplossingen
		<p>vanuit de subsidie bemoeizorg. Maar dit budget is ook beperkt.</p> <p>Consultatie functie door de psychiater voor iemand die geen DBC-financiering krijgt.</p>		
Groningen	<p>Capaciteitsprobleem: hierdoor (op meerdere plekken) wachtlijsten.</p> <p>Personeelstekorten voor F-ACT, bereikbaarheid werd hierdoor een probleem.</p>	<p>Financiering Zvw, jeugd en Wmo (herstel, participatie en begeleiding). Bij overgang 18-/ 18+ wie inzetten vanuit welke financieringsstroom, levert veel discussie op.</p> <p>Financiering jeugd: zorgverzekeraar kwam niet uit met de hoeveelheid zorg dat ze hadden ingekocht.</p> <p>Zvw gaat uit van doorverwijzing behandelaar: eigen risico is knelpunt.</p>	<p>Bieden van huisvesting en inkomen: moeilijk om werk te vinden. Hierdoor blijven jongeren langer in BW zitten.</p> <p>Richtlijn onderscheid behandeling: herstelgericht/ begeleiding.</p>	<p>Integrale financiering.</p>
Nijmegen	<p>Aan de start onduidelijke opdracht; werkers wisten niet waar ze aan toe waren.</p> <p>Samenwerking blijft nodig hoe facilitair je dit goed?</p> <p>Aanbieders voelen niet altijd een gezamenlijk verantwoordelijkheid om de juiste zware zorg te bieden bij de zeer complexe situaties</p>	<p>(Tijdelijke) Subsidie Zonmw nodig om volgende stap te zetten.</p> <p>Consultatie functie door de psychiater voor iemand die geen DBC-financiering krijgt.</p> <p>Financiële schotten.</p>	<p>Richtlijn onderscheid behandeling: herstelgericht/ begeleiding.</p> <p>Iedereen heeft een andere interpretatie van privacy.</p>	<p>Populatiebekostigingsmodel. Ontschotten van financieringsstromen.</p> <p>Er is een TopX+ voor de EPA doelgroep opgezet binnen het Zorg - en Veiligheidshuis om aan de ketenverantwoordelijkheid vorm te geven en op te kunnen schalen.</p>





- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



	 Organisatorische Knelpunten	 Financiële knelpunten	 Inhoudelijke knelpunten	 Oplossingen
Den Haag	Versnippering binnen / tussen gemeenten	Revenuen van investeringen in het ene stelsel kunnen zitten in het andere stelsel	Professionele afbakening Omslag in denken bij professionals	Verbinden, over domeinen / silo's heen Lange termijn visie Vertrouwen en lef hebben Zelforganiserende teams
GGZ NHN	Aanbod 18+ sluit niet goed aan. De clientgroep met zeer complexe vragen vallen tussen wal en schip. LVB, verslaving, persoonlijkheidsproblematiek, geen geld, huisvesting etc. Geen (vevolg)plekken beschikbaar.	Financiering ervaringsdeskundigen/ herstelwerkplaatsen mist: wie is hier verantwoordelijk voor? Doordat we veel uit eigen middelen moeten betalen kunnen we geen vervolgstap meer zetten: gemeenten kunnen niet helpen hebben ook geen geld. Gemeente knijpt op indicaties voor BW, dagbesteding en woonbegeleiding (minder dagdelen). Hierdoor te lage indicaties voor de zorg die je moet bieden. Financiële schotten 18-/ 18+.	Oeverloos verantwoord aan gemeenten voor indicaties, bureaucratische ballast.	Duidelijke financiering voor ervaringsdeskundigen/ herstelwerkzaamheden. Deze voorziening is van groot belang om duurdere zorg te voorkomen.
Bijeenkomst Assen	Attitude van organisaties/ medewerkers kan een knelpunt zijn, hoe stap je over je eigen identiteit heen? Cultuur van de organisatie zelf; mate van transparantie, hoe lerend wil je zijn?	Financieren van ervaringsdeskundigheid. Er is vaak een zetje nodig (kleine subsidie) om initiatieven tot stand te brengen.	Het blijft nog moeilijk om op te schalen, bijvoorbeeld door lange wachttijden. Preventief; Mensen worden nog te weinig bemiddeld bij het vinden van passende ondersteuning. Binnen de eerste lijn zou ook nog meer aan tijdige herkenning kunnen worden	Er is professionele scharrelruimte nodig waaruit kleine activiteiten/initiatieven kunnen worden betaald/gestimuleerd. Geormerkte extra financiering naar gemeenten.





- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



	 Organisatorische Knelpunten	 Financiële knelpunten	 Inhoudelijke knelpunten	 Oplossingen
			<p>gedaan. (o.a. onbekendheid van de hoge mate van verstandelijke beperkingen binnen deze groep)</p> <p>Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het binnen bedrijven en ondernemers normaal wordt om deze mensen in dienst te nemen?</p>	<p>Lumpsum: onderling (Zvw-Wmo-Wlz) beslissen hoe je de middelen verdeeld en dan met 1 budget werken.</p> <p>Aandacht voor preventie; bijvoorbeeld preventieve screening van mensen-at-risk (mbv extra middelen van de zorgverzekeraar).</p> <p>Opleidingsreeks voor het integrale team, met thema's aan het werk om de samenwerking te verbeteren.</p>
<p>Bijeenkomst Utrecht</p>	<p>Er is onduidelijkheid over wie verantwoordelijkheid neemt om de zorg voor de cliënten te bieden.</p> <p>Onduidelijkheid wie de coördinatie-rol op zich neemt.</p> <p>Het is belangrijk dat er meer aanbod voor herstelgerichte zorg komt.</p>	<p>Verschillende financiële stromen beperken samenwerking & DBC-financiering sluit niet aan bij netwerksamenwerking: o.a. op- en afschalen/consultatie/coördinatie.</p> <p>Financiële middelen zijn geoormerkt naar wetten, met bijbehorende kaders, eisen en regels. Dit belemmert flexibiliteit in werkwijze.</p> <p>Het aandeel geld dat naar EPA gaat is een te klein deel van het gehele budget. Het geld gaat meer naar 'kleine' problematiek. Dit komt ook terug in de resultaten van het laatste onderzoek van Trimbos. Het geld dat vrijkwam met afbouw bedden is niet aan deze doelgroep toegekomen.</p>	<p>Gegevens delen.</p> <p>Verschillen in visie bijv: hoe herstelgericht wil je werken in welke fase van de ziekte en tav behandeling en begeleiding zijn er verschillende visies.</p> <p>De doelgroep wordt steeds zwaarder als je dit echt goed wilt doen. Maar het is lastig om echt aan goede mensen te komen om dit te organiseren. Veel veranderingen voor de individuele medewerker: zorg zwaarder, ineens in een netwerk werken, en dat terwijl er tekort personeel is.</p> <p>Expertise wijkteams niet voldoende gericht op ggz. Dit verschilt erg per</p>	<p>Het is belangrijk dat de gebiedsteams de burgerinitiatieven kennen. Deze zijn vaak nog onvoldoende bekend.</p> <p>Investeren in relatie tussen zorgverzekeraar, gemeente, aanbieder: dit werkt niet zonder dat er regelruimte aanwezig is > financieel gezien.</p> <p>Ontwikkelen van EPA DBC: hier ook de producten voor beschrijven.</p> <p>Organiseer zorg dichtbij: client grotendeels in bijstand/wajong. Kan dit middel op een of andere manier gebruikt worden in het ontwikkelen van deze zorg?</p>

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6







	 Organisatorische Knelpunten	 Financiële knelpunten	 Inhoudelijke knelpunten	 Oplossingen
			<p>gemeente. Gemeentes hebben hier wel steeds meer oog voor. Deze kennis is nodig voor signalering.</p>	<p>Ga ontschotting tegen en ontwikkel en financier integrale teams in de wijken. Geef de teams de ruimte om de zorg te bieden die zij nodig hebben.</p> <p>Backoffice financiering. Financiering o.b.v. verdeelsleutel i.p.v. o.b.v. uren. Niet meer individueel betalen: zorgverzekering wordt gezondheidsverzekering. OF: verzekering opnieuw tot een verzekering maken. Want nu: als het geld op is in november kan jij de zorg niet meer krijgen.</p>
<p>Bijeenkomst Nijmegen</p>	<p>Verschillen in cultuur tussen organisaties en het streven naar organisatiebehoud worden genoemd als belemmeringen in de samenwerking, bijvoorbeeld in het maken van afspraken.</p> <p>Elkaar echt te leren kennen en begrip hebben. Dit vergt actieve extra inspanning binnen de organisatie.</p> <p>Veel wachtlijsten bij organisaties.</p> <p>Veel versnippering door teveel organisaties die aanbod bieden.</p> <p>Overgang naar 18 plus.</p>	<p>inzet van ervaringsdeskundigheid moeten keuzes gemaakt worden door bezuinigingen en er is geen budget om extra mensen in te zetten. Dat is een worsteling.</p> <p>Zorgverzekeraars richten zich op dat mensen meteen effectief worden behandeld, maar in de praktijk moet vaak eerst gewerkt worden aan stabilisering voordat behandeld kan worden. De DBC is hier niet op voorbereid. De verzekeraar eist meteen behandeling, terwijl dat vaak niet meteen kan. Nu wordt dit vaak opgevangen met financiering vanuit de gemeente.</p>	<p>Begeleiding en behandeling overlappen vaak, levert veel discussie op.</p> <p>Tijdig herkennen van EPA en LVB</p> <p>Passende huisvesting (oa beschermd wonen, opschalen woonbegeleiding)</p> <p>IPS- trajectbegeleiders passen binnen F-ACT-teams, maar worden niet gefinancierd door zorgverzekeraars, maar nu door gemeenten. Dat is problematisch, omdat aanbieders daardoor afhankelijk zijn van subsidies. Daardoor komen aanbieders soms niet uit. Dit is een landelijk probleem.</p>	<p>Er bestaan experimenten in Duitsland en Frankrijk waarbij de geldstromen de cliënt volgen. Dat biedt perspectief om verbinding te vinden tussen organisaties. Daarmee worden schotten in de financiering opgeheven. Dit kan mogelijk ook een oplossing zijn in Nederland. Daar wordt (buiten FACT) wel mee geëxperimenteerd.</p> <p>Als ideaal wordt genoemd dat organisaties afhankelijk van elkaar zijn en daarom moeten samenwerken, dus toe naar een netwerkorganisatie.</p> <p>Geopperd wordt om bijvoorbeeld IPS-trajectbegeleiders overstijgend te organiseren, zodat niet alle aanbieders</p>

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

	 Organisatorische Knelpunten	 Financiële knelpunten	 Inhoudelijke knelpunten	 Oplossingen
		<p>Epa is chronisch, de DBC zijn niet winstgevend genoeg. Daardoor behandel je te intensief of te lang. Daardoor kan je inhoudelijk niet innoveren omdat er keuzes gemaakt moeten worden.</p> <p>Deelnemers noemen dat ze proberen preventief te handelen, maar dat gaat moeilijk omdat financieringsstromen niet altijd samenvallen.</p> <p>Door de financiering blijven aanbieders met elkaar bespreken wat wel en niet ingezet mag worden.</p> <p>Financiële onduidelijkheid tussen financierders.</p> <p>Kwetsbare financiering van herstel initiatieven, trajectbegeleiding, ervaringsdeskundigheid</p>		<p>IPS- begeleiders hoeven te hebben. Dit wordt door een andere deelnemer weerlegd, omdat het vanwege de complexiteit van de doelgroep nodig is om met collega's samen te werken.</p> <p>Tijdig herkennen van EPA en LVB; kan opgelost worden door samen te werken vanuit verschillende expertises zodat je daarmee sneller kunt signaleren dat er sprake is van lvb (of EPA).</p> <p>Juiste organisatie van zorg / begeleiding: - keten: wat, wanneer en door wie ; - Visie hierop ; - expert + focus</p> <p>Als je het regionaal wil invullen met veel vrijheid, dan is het nadeel dat je ook regionaal moet knutselen. Het is fijn als het landelijk vergemakkelijkt wordt qua financiering.</p> <p>Als ideaal wordt genoemd dat aanbieders samen van de 0^e tot 3^e lijn kunnen bewegen. Cliënten laten zich niet in een hokje plaatsen. Soms is er meer GGZ nodig soms meer vanuit WMO, dus er is meer ruimte nodig om flexibel te zijn.</p>

