

Aan Ministerie van VWS  
Van Mevrouw J.G.W. L.  
Auteur  
Ons kenmerk N-16-14016rij2  
Datum 22 december 2016  
Onderwerp Goede voorbeelden ambulante GGZ

Naar aanleiding van het informeel bestuurlijk overleg met de Minister op 14 december 2016 is bij zorgverzekeraars een inventarisatie uitgevoerd op goede voorbeelden ten aanzien van ambulante GGZ. Bijgaand treft u het resultaat van deze inventarisatie aan:

### **Coöperatie VGZ**

1. Leertuin Vincent van Gogh in **Noord Limburg**
2. Specialisten in de wijk in **Noord Holland Noord**
3. Wijkgericht werken in **Utrecht**
4. Active Recovery Triad in **Breda**
5. Leertuin Drechtsteden in **Zuid Holland Zuid**

### **Menzis**

6. Een sterk integraal steunsysteem in **Den Haag**
7. Herstel-ondersteunend GGZ-netwerk in de wijk in **Groningen**
8. Verblijf in de eigen omgeving in **Arnhem**

### **CZ Zorgverzekeringen**

9. Versterken keten psychiatrie in **Tilburg**
10. Intensivering samenwerking EPA-doelgroep in **Breda**

### **De Friesland Zorgverzekeringen**

11. Opbouw van ambulante zorg in **Friesland**

### **ENO zorgverzekeraar**

12. Project Street triage in **Deventer**
13. Verkenning samenwerking zorginkoop in **Deventer**

### **Zorg en Zekerheid**

14. Regionale opvang verwarde personen in **Leiden**

### **Zilveren Kruis**

15. EPA-taskforce in **Utrecht**
16. EPA-taskforce in **Amsterdam**
17. EPA-taskforce in **Drenthe**
18. EPA-taskforce in **Zaanstreek Waterland**

19. EPA-taskforce in **Rotterdam**
20. EPA-taskforce in **Flevoland**
21. EPA-taskforce in **Apeldoorn**
22. EPA-taskforce in **Arnhem / Nijmegen**
23. EPA-taskforce in **Zwolle**
24. EPA-taskforce in **Eemland**
25. EPA-taskforce in **Haarlem**
26. Optimale inrichting van de ambulante keten in **Deventer, Almelo, Zwolle**


Onderwerp/project: <b>Leertuin Vincent van Gogh</b>
Regio/plaats: <b>Noord-Limburg</b>
Betrokken stakeholders: <b>Vincent van Gogh, Cohesie (huisartsen), Provico (POH-GGZ), Gemeente Horst a/d Maas en Gemeente Venlo</b>
<p><b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b></p> <p>In de leertuin wordt gewerkt aan nieuwe vormen van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die bijdragen aan de transformatie van de GGZ en de kosten per cliënt reduceren. Meer mensgerichte zorg, die tot stand komt in samenspel met de omgeving van de cliënt, is daarbij het uitgangspunt. De initiatieven zijn vormgegeven aan de hand van zes ambities:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cliënten steunen in het voeren van regie over benodigde formele en informele hulp;</li> <li>2. Intensieve zorg op maat voor ‘veel-gebruikers’;</li> <li>3. Flexibel werken in een netwerk rondom de cliënt;</li> <li>4. Vaker inzetten op niet-medische interventies;</li> <li>5. Opsporen en voorkomen van vermijdbare verwijzingen naar basis- en specialistische GGZ.</li> <li>6. Van nazorg naar voorzorg voor allerhoogste risicogroepen</li> </ol> <p>Eind 2016 zijn er zeven initiatieven gestart die een concrete invulling vormen van deze ambities. De initiatieven worden ieder kwartaal zowel kwantitatief als kwalitatief gemonitord. Binnen de initiatieven is veel aandacht voor netwerk-brede oplossingen, eigen regie en vroeg-signalering. De verwachte impact is een stijging van de kwaliteit van leven van cliënten en een reductie van onnodige/dubbele zorg, spoedzorg en escalaties.</p>


Onderwerp/project: <b>Specialisten in de wijk</b>
Regio/plaats: regio: <b>Noord Holland Noord</b>
Betrokken stakeholders: <b>GGZ Noord Holland Noord, Vicino</b>

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Als organisatie heeft GGZ NHN de visie: “*Beter worden doe je thuis*”. GGZ NHN biedt ambulante topzorg, vanuit de overtuiging dat een cliënt beter thuis aan zijn herstel kan werken dan in een psychiatrisch ziekenhuis. Men beschouwt een opname in een kliniek dan ook als een intermezzo tijdens een ambulante behandeling. Dit betekent dat de ambulante behandeling altijd voorliggend is en een klinische opname faciliterend is om succes in de ambulante setting te bereiken. We omarmen als VGZ deze visie en werkwijze. Na de introductie van 12 FACT teams in de regio Noord Holland en de Intensive home treatment (IHT) benadering, om mensen met een dreigende crisis ook ambulante te bedienen, is de volgende stap om richting 2019 de overige specialistische kennis in de wijk te borgen. Hierbij valt onder andere te denken aan specialistische kennis rondom autisme, persoonlijkheidsstoornissen, ouderen et cetera.

Dit betekent dat er in de verschillende regio's en wijken in NHN een integrale wijkgerichte ambulante aanpak wordt gerealiseerd. De verschillende specialisten werken hier in een herstelgerichte en positieve psychiatrie aanpak samen voor de gehele GGZ. Daarnaast wordt er binnen Vicino gewerkt aan het vergroten van de kennis rondom psychiatrie bij huisartsen. In de komende periode (2017) wordt aandacht besteedt aan de groep stabiele EPA cliënten en cliënten met somatische onbegrepen klachten. Doelstelling hierbij is om behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk te maken waardoor verdere behandeling in de specialistische GGZ wordt voorkomen.

We stimuleren en faciliteren deze ontwikkelingen. Dit doen we op 2 manieren. Allereerst door productiemiddelen aan deze specifieke ontwikkelingen te koppelen en ten tweede door de realisatie van dit soort initiatieven in de opbouw van de betaalde prijs voor een behandeling extra te compenseren.

Onderwerp/project: <b>Wijkgericht werken</b>	
Regio/plaats: <b>Utrecht</b>	
Betrokken stakeholders: <b>Altrecht</b>	
<p><b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b></p> <p>In samenspraak met netwerkpartners in de wijk zoals huisartsen, GB-GGZ aanbieders, RIBW's, verslavingszorgaanbieders en partners in het sociale domein is Altrecht de transitie ingegaan om wijkgericht te gaan werken. Deze transitie wordt gemaakt omdat binnen Altrecht de overtuiging bestaat dat het huidige Nederlandse GGZ stelsel op termijn - zowel conceptueel als economisch - niet duurzaam is. Altrecht maakt hierbij de overgang van een 'crisis -GGZ' (met een accent op bedden) naar een 'herstel-GGZ' (met een accent op ambulante zorg en inclusie). Dit sluit aan op de visie die in de maatschappij ontstaat op zorg: uitgaande van positieve gezondheid, beroep</p>	

doen op eigen kracht en eigen omgeving. Mede door middel van deze transitie is Altrecht meer de samenwerking met huisartsen en anderen aangegaan, waardoor de toegankelijkheid en bereikbaarheid wordt verbeterd.

Zo wil Altrecht als gespecialiseerde aanbieder meer nabij en bereikbaar zijn voor (zorg)medewerkers in de wijk, zowel fysiek nabij als ter consultatie. Daarnaast neemt Altrecht actief deel aan de EPA Taskforce die in 2016 is gestart met meerdere EPA proeftuinen in de regio. De eerste geïntegreerde teams zijn vanuit de participerende organisaties in de EPA Taskforce daadwerkelijk aan de slag gegaan. Op die manier wil Altrecht bij de transitie wijkgericht werken de zorg alle doelgroepen gaan betrekken, waardoor ook voor deze groep behandeling in de wijk mogelijk wordt en een (klinische) behandeling in de SGGZ wordt voorkomen.

De hierboven beschreven ontwikkeling is in lijn met ons inkoopbeleid. We stimuleren deze ontwikkeling door hier in de opbouw van ons tarief een deel voor te reserveren. De zorgaanbieder is hiermee de uitvoerder, wij stimuleren en faciliteren mee. Bovendien bekijken we hoe we dergelijke initiatieven in de regio kunnen opschalen en stimuleren in andere regio's van het land.



Onderwerp / project: **ART (Active Recovery Triad)**

Regio/plaats: **Regio Midden Brabant (Breda)**

Betrokken stakeholders: **Initiators zijn GGz Breburg (Tilburg en Breda) en GGz Altrecht (Utrecht). Twintig organisaties zijn betrokken bij vernieuwend kader voor de langdurige klinische GGZ-zorg. In dit voorbeeld wordt ingezoomd op de regio Tilburg en Breda. Verdere stakeholders: cliënt-, familie- en ervaringsdeskundigen, FACT-, HIC- en andere zorgpartners.**

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Dit initiatief sluit aan bij het inkoopbeleid van VGZ, waarin ambulante zorg, herstel en eigen regie van de cliënt centraal staan.

Samen met ongeveer 20 organisaties hebben GGz Breburg en Altrecht het initiatief genomen om een nieuwe aanpak voor de langdurige klinische ggz te ontwikkelen: Assertive Recovery Triad of Actieve Herstel Triade (ART). Dat staat voor assertieve zorg die gericht is op herstel, waarbij nauw samengewerkt wordt tussen familie, hulpverlener en cliënt; 'werken in de triade'. Belangrijke doelstellingen zijn het vermijden en terugdringen van langdurige opname in de kliniek, het mogelijk maken van de eigen ontwikkeling van cliënten en zingeving. Als eindresultaat dat de best passende zorg voor onze cliënten wordt geleverd, zodat ze weer verder kunnen in het dagelijks leven. Het betreft een streven naar het besef dat opnames eindig zijn. Het gaat daarbij om gewone dagelijkse levensbehoeften zoals het hebben van een eigen woonomgeving, werk, financiële zekerheid, vrienden, een relatie, et cetera. Het gewone weer mogelijk maken is dan ook de belangrijkste missie

waar ART zich door gesteld ziet staan. Daar waar de langdurige zorg vaak een wereld op zich is, naar binnen gericht en gesloten, richt ART zich naar buiten. Door aansluiting te zoeken bij mogelijkheden in de maatschappij, mensen van buiten binnen te halen, samen te werken met FACT, HIC en ketenpartners.

**De doelgroep:**

Volwassenen met ernstige psychiatrische problematiek waarbij het herstelproces gestagneerd is en er ruimte is voor het verbeteren van de kwaliteit van leven. Deze omstandigheden maken dat er 24 uur zorg nodig is en alle andere zorg al is geprobeerd. De verblijfplaats is niet bepalend, maar de kwaliteit van de verschillende levensgebieden wel.

**Resultaat tot nu toe:**


Klinische locatie in Etten-Leur is per 1 maart 2016 een open afdeling geworden en de eerste ervaringen zijn erg positief. Gezien GGz Breburg van mening is dat separeren niet binnen de ART visie past, is een belangrijke stap gezet en zijn per 1 april 2016 alle separeerruimtes op de Begijnstraat 19&21 in Etten-Leur gesloten. Duurzaam Wonen & Behandeling sluit hiermee aan bij de ontwikkeling die binnen GGz Breburg al eerder in gang is gezet in het kader van terugdringen van dwang en drang. Op zoek naar een werkwijze waar we vooral samen met cliënten en naasten willen zoeken naar mogelijkheden om van elkaar te leren en te herstellen. Ieder op zijn eigen manier.

**Bronnen:**

<https://www.ggzbreburg.nl/nl-NL/Nieuws/2016/ART.aspx>

<http://art-psy.nl/>

<http://jaarbeeld2014.ggzbreburg.nl/pdfs/ART%20Deze%20vergeten%20groep%20Overdient%20beter.pdf>

Onderwerp/project: <b>Leertuin Drechtsteden</b>	
Regio/plaats: regio: <b>Zuid-Holland-Zuid</b>	
Betrokken stakeholders: <b>Drechtszorg, Drechtsteden (gemeenten), Zorggroep</b>	
<b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b>  Betrokken partijen zijn met elkaar een alliantie aangegaan om verbetering te ontwikkelen van zorg en welzijn in de regio Drechtsteden. In de aard zijn de initiatieven domein overstijgend.  Uitgangpunten Leertuinalliantie Drechtsteden: <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>“Zorg zo zwaar als het moet, maar zo licht als het kan”</i></li><li>• Van <i>“ziekte en zorg”</i> naar <i>“gezondheid en gedrag”</i></li><li>• Samen ruimte creëren voor kansrijke verbeterinitiatieven die leiden tot kwalitatief betere <b>én</b> goedkopere zorg</li></ul>	

- Focus op GGZ & ouderenzorg vanwege relatief hoge kosten.

#	Initiatief	Beschrijving
1	<b>GGZ in wijkteam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzetten GGZ professional die het wijkteam ondersteunt bij consultatie van mogelijke GGZ casuïstiek (diagnose, vraagverheldering, in kaart brengen steunnetwerk, toeleiding naar juiste zorg en/of ondersteuning en waar mogelijk kortdurende en lichte begeleiding/ondersteuning).</li> <li>• Ondersteuning wijkteam van GGZ cliënten die vanuit intramurale setting <b>weer thuis gaan wonen</b></li> </ul>
2	<b>Waakvlam in de wijk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wijkteam is verantwoordelijk voor het organiseren van een waakvlamfunctie waarbij professionals en de sociale omgeving samenwerken om problematiek te signaleren</li> <li>• In deze organisatie werken professionele hulpverleners en de sociale omgeving samen om terugval tijdig te signaleren. De focus is voorkomen van <b>toeleiden naar zorg/ opname</b></li> </ul>

Deze initiatieven zijn in de 2<sup>e</sup> helft van 2016 gestart. De eerste resultaten zijn positief. Nieuwe initiatieven zijn in ontwikkeling en zullen naar verwachting in de 1<sup>e</sup> helft van 2017 kunnen worden gestart. Alle initiatieven zijn gericht op het normaliseren van de inzet van zorg- en welzijnsinitiatieven. De inzet richt zich op het inzetten van informele zorgnetwerken, een wijkgerichte benadering en een integraal herstelarrangement waarbij de cliënt zelf zoveel als mogelijk aan het roer staat. Daarmee wordt, naast symptomatisch herstel, ingezet op persoonlijk en maatschappelijk herstel. Deze inzet is in lijn met het rapport 'over de brug', waarin patiënten, behandelaren en verzekeraars met elkaar een andere focus en aanpak voorstellen.

Onderwerp/project:



**Een sterk integraal steunsysteem**

Regio/plaats: **Gemeente Den Haag**

Betrokken stakeholders: **Gemeente Den Haag, afdeling zorg en volksgezondheid, Parnassia, Maatschappelijk Steunsysteem Den Haag, Opvang Verwarde Personen, Sociale wijkzorgteams, Huisartsenorganisaties**

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Het doel van het project is het vergroten van de deelname in de wijk en aan de maatschappij van burgers met een psychische aandoening en het versterken van hun zelfredzaamheid. Hiervoor is nodig dat zij op momenten dat het minder goed gaat, voor steun terecht kunnen.

Daarvoor is een sterk 'steunsysteem' nodig. Bij dat steunsysteem -dat kan variëren van directe naasten tot informele voorzieningen in de wijk- kunnen

inwoners terecht voor bijvoorbeeld een luisterend oor, advies of hulp bij het vinden van de juiste voorzieningen in de wijk. Om dat te laten werken, moeten het informele netwerk rondom de inwoner, de (informele) sociale voorzieningen in de wijk en de (formele) hulpverleners in het sociaal en medisch domein op elkaar gaan aansluiten en elkaar gaan versterken. In Den Haag worden de belemmeringen en benodigdheden voor zo'n steunsysteem in kaart gebracht, net als de voorzieningen die nu in de wijk zijn. Ook wordt met inwoners met een psychische kwetsbaarheid gesproken om hun behoeften in beeld te brengen. Op basis daarvan wordt een project opgezet in een -nog nader te bepalen- wijk. Het beoogde resultaat daarvan is een gecoördineerd (informeel en formeel) netwerk dat beter in staat is om inwoners 24/7 steun zo licht als mogelijk en zo zwaar als nodig te bieden.

#### Tijdslijn

- 2016 Q3, Q4: oriënteren, behoeftes, ambities van betrokkenen (professionals, cliënten) en de belemmeringen voor een goedwerkend steunsysteem vergaren, uitwerken van doel en doelgroep
- 2017, Q1, Q2: uitwerken van nieuwe werkwijze project
- 2017, Q3: start proef nieuwe werkwijze
- De effectiviteit van deze aanpak zal worden gemonitord door de (financiële) effecten ervan te meten.

Onderwerp/project:



**Herstel-ondersteunend GGZ-netwerk in de wijk**

Regio/plaats: **De wijk De Wijert in Groningen**

Betrokken stakeholders: **Gemeente Groningen, VNN (FACT-team), Lentis (FACT-team, onderzoeksafdeling), Huisartsen, POH en wijkverpleegkundigen, Wijkteam (in Groningen: WIJ-team), Ervarensdeskundigen, Hersteldeskundige, Psychiaters (UMCG), Maatschappelijke organisaties, Onafhankelijk projectleider**

#### **Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

In de Groningse wijk De Wijert wordt gewerkt aan het bevorderen en versnellen van (maatschappelijk) herstel van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Dit gebeurt door de persoon zelf regie te geven over het eigen herstelproces, waarbij diens informele netwerk en het formele netwerk (in de wijk) een ondersteunende rol spelen. De inwoner bepaalt de eigen hersteldoelen en vormt een zogenoemde *resource group* om zich heen om hem/haar te ondersteunen bij het bereiken daarvan. De inwoner stelt deze groep zelf samen, uit naasten, maar mogelijk ook professionals in de wijk, zoals leden van het FACT-team, wijkteam (in Groningen WIJ-teams genaamd), wijkverpleegkundige, psycholoog, enzovoorts.

Doel van de pilot is een grotere autonomie en herstel van de cliënt, door het informele en formele netwerk zo dichtbij mogelijk te brengen. De middelen daarvoor zijn de bovengenoemde werkwijze, een herschikking van de

samenwerking en taakverdeling tussen het medisch en sociaal domein en ontwikkelen van passende financieringsvormen.  
Dit levert tot slot een effectievere behandeling (en daarmee kostenreductie) op. De resultaten van de pilot worden gemonitord op het gebied van de herstelresultaten van de cliënt en de maatschappelijke kosten en baten. Ook wordt het nieuwe samenwerkingsproces in de wijk geëvalueerd. De pilot is gestart in september en duurt minimaal anderhalf jaar. Er is een onafhankelijk projectleider aangesteld die de pilot coördineert.

Onderwerp/project:



**Verblijf in de eigen omgeving**

Regio/plaats: **Centrumgemeente Arnhem en regiogemeenten**

Betrokken stakeholders: **Gemeente Arnhem, aanbieders van beschermd wonen (RIBW AVV) en intramurale behandeling (Pro Persona)**

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Doel van dit project is om het herstel van inwoners met een psychische problematiek te bevorderen en ze hun weg terug te laten vinden naar een volwaardige deelname aan de maatschappij. Door hulp en ondersteuning zoveel als mogelijk in de eigen vertrouwde (woon)omgeving te bieden. Dat betekent een verschuiving van beschermd wonen naar zelfstandig wonen in combinatie met (intensieve) begeleiding.

Voor dit doel moeten de (woon)voorzieningen beter aansluiten bij de behoeften die inwoners hebben voor hun herstelproces. Voorwaarde hiervoor is dat er voldoende capaciteit beschikbaar is van elk van de benodigde typen voorzieningen. Hiervoor wordt de capaciteit van de relevante voorzieningen (beschermd wonen, zelfstandig wonen met begeleiding en intramurale woonvormen met behandeling) in kaart gebracht. Dit wordt vergeleken met de behoeften en wensen van inwoners op dit vlak. Vervolgens worden die voorzieningen beter afgestemd op deze behoeften en wensen. Dit vraagt mogelijk om innovatieve concepten buiten de gebaande paden en een betere samenwerking tussen WMO (begeleiding) en Zvw (behandeling).

**Tijdlijn**

- 2016, Q3 en Q4: huidige en toekomstige benodigde capaciteit Beschermd Wonen in kaart brengen
- 2017, Q1: behoeften van, voorwaarden voor knelpunten bij extramuralisering in kaart brengen door gesprekken met cliënten en hun begeleiders/behandelaren
- 2017, Q2: de uitkomsten van stap 2 in meenemen in vormgeven voorzieningen en beleid.



Onderwerp/project: **Versterken keten psychiatrie**



Regio/plaats: **Tilburg, midden Brabant**

**Betrokken stakeholders:** gemeente Tilburg en diverse GGZ aanbieders

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

Looptijd project: 4 jaar

*Aanleiding voor project*

Door de transitie van de langdurige zorg is, naast de zorgverzekeraar en het zorgkantoor, ook de gemeente nadrukkelijker in beeld gekomen om de zorg en ondersteuning voor psychiatrische patiënten en hun naasten te (helpen) organiseren. Patiënten vragen om een integrale benadering en vanuit die optie hebben de gemeente en CZ de opdracht om samen op te trekken om geestelijke basiszorg beschikbaar te krijgen en te houden. In het bijzonder vraagt de doelgroep "verwarde personen" onze aandacht. Een groep kwetsbare inwoners die frequent op politiebureaus, bij crisisdiensten of bij wijkgerichte veiligheidsvragen de aandacht trekken. De 'verwarde personen' hebben niet altijd een vaste verblijfplaats, een dagbesteding ontbreekt en er is vaak sprake van psychische en verstandelijke beperking, al dan niet in combinatie met elkaar of in combinatie met verslavingsproblematiek. Eigenschappen die reeds langer bekend zijn en nu uitdrukkelijker in beeld zijn door een toename aan incidenten met verwarde personen die worden gemeld bij de politie. In de gemeente Tilburg werken we geruime tijd samen met politie, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang, huisartsen, woningcorporaties, toegangsteams en het sociale netwerk van de cliënt waar kan. De samenwerking is gericht op het inzicht krijgen in de doelgroep en het oplossen van de hiaten en knelpunten vanuit een sluitende ketenaanpak in de preventie, zorg en nazorg van 'verwarde personen.' Ervaringsgegevens tonen aan dat deze inwoners veelal een psychische beperking hebben, waardoor de rol van zowel de huisarts als de psychiatrie en verstandelijk gehandicapten sector cruciaal is. Deze cliënten werden voor de bezuinigingen in de zorg en de decentralisaties vaak langdurig behandeld in een instelling of hadden een veilig onderkomen in een beschermde woon- en werkomgeving. Diverse beleidswijzigingen en bezuinigingen in zowel de zorg, bij de politie, als bij gemeenten en de sociale woningbouw, resulteren in zeer ongewenste neveneffecten en een toenemende onrust op straat.

*Doelgroep en doelen*

Het is ons doel om de kwaliteit van leven voor de psychiatrisch patiënt en met name verwarde personen te verhogen. Dat betekent in elk geval dat zorg en ondersteuning in de eigen leefomgeving van de patiënt beschikbaar komt en blijft. Dat vraagt van ons dat we het palet van intensieve thuiszorg, FACT, behandeling, de begeleiding van de sociale wijkteams, beschermd wonen en opname-klinieken, ingericht voor zowel kort als langdurend verblijf met elkaar verbinden tot een effectief en efficiënt geheel, ten dienste van de patiënt.

Specifiek voor de doelgroep "verwarde personen" geldt als doel betere en snellere zorg en minder overlast voor hun omgeving, door te zorgen voor:

- 24 uren bereikbaarheidsdienst met meervoudige deskundigheid
- Vervoer van verwarde personen
- Gegevensuitwisseling in crisissituaties en situaties van dreigende onrust of gevaar
- Tegengaan onverzekerbaarheid en risico op schulden door eigen risico en eigen bijdrage
- Specifiek aanbod
- De aansluiting tussen Forensische zorg en GGZ

#### *Werkwijze*

Om tot meer ketensamenwerking te komen worden allereerst de knelpunten geïnterviewd en wordt bekeken op welke wijze deze weggenomen kunnen worden. Op basis van deze inventarisatie worden relevante partijen benaderd, zoals huisartsen, ervaringsdeskundigen en zorg- en hulporganisaties, om gezamenlijk tot een plan van aanpak te komen. In het plan van aanpak zal ook aandacht zijn voor de betrokkenheid van ervaringsdeskundigheid en de wijze waarop zij zullen worden geconsulteerd. We realiseren ons dat deze ambitie het nodige vraagt van de patiënten zelf, de naasten en de bereidheid van de samenleving om deze kwetsbare mensen op te nemen in de wijken. We zullen daarom nadrukkelijk oog hebben voor een goede communicatie.

Onderwerp/project:

**Intensivering samenwerking EPA-doelgroep**



Regio/plaats: **Breda, West-Brabant**

Betrokken stakeholders: **gemeente Breda, GGZ-aanbieders in de regio**

#### **Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):**

De gemeente Breda, zorgverzekeraar CZ en CZ zorgkantoor, en enkele zorgaanbieders, zijn in gesprek om te komen tot een innovatie van zorg en een betere samenwerking, uitgaand van de behoefte en het welbevinden van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (later EPA). De doelgroep EPA is een doelgroep die op meerdere gebieden ernstige beperkingen ondervindt. Deze doelgroep maakt gebruik van curatieve GGZ (Zvw), Wlz (zorgkantoor) en van de Wmo (gemeente). Daarnaast ondervindt deze doelgroep vaak beperkingen op het gebied van schulden, beperkingen of het ontbreken van een sociaal netwerk, verslavingsproblematiek, werkloosheid of maakt aanspraak op dagbesteding (gemeente).

#### *Doelstelling*

Het verbeteren van het welbevinden van mensen met EPA in de regio Breda. In dit kader omvat welbevinden meerdere domeinen. Zie hiervoor ook onderstaand.

### *De aanpak en beoogd resultaat 2016*

Zoals bovenstaand geschetst bedienen genoemde partijen dezelfde doelgroep. De ervaring leert dat dezelfde partijen worden gecontracteerd om de zorg aan deze doelgroep te voorzien. Voor cliënten geldt dan ook dat ze vaak te maken hebben met meerdere financiers. Cliënten kunnen hiervan nadelige gevolgen of administratieve barrières ondervinden. Door middel van de samenwerking tussen gemeente en CZ (verzekeraar en zorgkantoor) willen partijen deze grenzen doorbreken en hiermee het belang van de doelgroep voorop zetten. Hiervoor zullen de gemeente Breda en CZ een pilot starten.

Iemand behoort tot de EPA doelgroep (op basis van het rapport: "over de brug", 2015) op grond van de volgende criteria<sup>1</sup>:

- een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet zijnde in symptomatische remissie);
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en / of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet zijnde in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- Waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren

In gesprek met cliënten zal worden bepaald op welke onderdelen verbetering moet optreden (uitkomstmaten).<sup>2</sup> Op dit moment wordt gedacht aan de volgende uitkomstmaten die het welbevinden van cliënten met EPA zouden kunnen verhogen:

- Verhogen kwaliteit van leven: meetinstrument nader te bepalen (mogelijk inzet van eHealth)
- Verhogen eigen regie: meetinstrument nader te bepalen (mogelijk inzet van eHealth)
- Verminderen suïcide(pogingen) onder de doelgroep: nulmeting?
- Verhogen participatie: meetinstrument nader te bepalen
- Verminderen schuldenproblematiek
- Verhogen uitstroom vanuit intramurale voorzieningen door inzet van laagdrempelige voorliggende voorzieningen

<sup>1</sup> Om te komen tot een definitie omtrent de EPA doelgroep zijn de kenmerken van het consensusartikel van Delespaul et al., 2013 met betrekking tot de doelgroep overgenomen. De consensusgroep is een groep experts en behandelaren uit de GGZ.

<sup>2</sup> Uit het rapport over de brug blijkt de doelgroep de volgende behoeften te hebben:

- Bestaanszekerheid in termen van veiligheid, voedsel, onderdak en inkomen
- Basale behoeften op het gebied van wonen, huishouden en zelfzorg
- Participatie in werk, opleiding en andere dagbesteding
- Sociale contacten en intieme relaties
- Behoeften aan persoonlijk herstel, zingeving en leren omgaan met de aandoening.

### *Regioselectie*

Partners kiezen ervoor de pilot te doen op het niveau van een wijk in de stad, waar relatief een hoog percentage kwetsbare burger woont, plus een regiogemeente in de regio beschermd wonen.


### *Randvoorwaarden*

Onderstaand worden een aantal randvoorwaarden benoemd die van noodzakelijk belang worden geacht om te starten met de pilot.

- aanstellen projectleider voor de opstartfase, voor 2 dagen per week gedurende 3 maanden. De projectleider zorgt dat er een uitgewerkt projectplan komt waar allen deelnemende partijen zich aan committeren, met een doel en resultaat waar overeenstemming over is en met processtappen die verder zo veel mogelijk regulier kunnen worden uitgewerkt. Projectleider werkt in opdracht van de stuurgroep samenwerking CZ en gemeente Breda, is in staat de diverse belangen aan elkaar te verbinden rond het doel van de pilot, is resultaatgericht.
- een groot deel van de inzet komt uit reguliere uren. Elke partner moet de deelnemer aan het project in staat stellen zijn bijdrage te leveren.
- onderzoekbudget (bepalen omvang doelgroep; meetinstrument welbevinden/uitkomstmaten).<sup>3</sup>
- Regelruimte

### *Looptijd*

Partijen willen gedurende een periode van één jaar (nader te bepalen) een pilot draaien binnen bepaalde wijken en/of gemeenten in de regio Breda. Voor de wijk in Breda denken we aan Belcrum, Doornbos/Linie, Hoge Vught. We houden rekening met een voorbereidingstijd van (minimaal) 6 maanden.

Onderwerp: <b>Opbouw van ambulante zorg</b>	
Regio: <b>Friesland</b>	
Betrokken stakeholders: <b>Stichting GGZ Friesland, Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN), Jeugdzorgaanbieders, gemeenten</b>	
<b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b>  In Friesland is sinds 2011 meer dan 30% van de klinische capaciteit binnen de kortdurende curatieve GGZ afgebouwd. In het verlengde hiervan zien we ook een teruggang in het aantal bedden die binnen de LGGZ worden gebruikt. Het effect hiervan is dat de doorstroom naar de WLZ ook sterk terugloopt. Al met al wordt tot 2020 in totaal zo'n 40% van het totaal aantal bedden in de ZVW en WLZ afgebouwd. Voorgaande heeft tevens invloed op de doorstroming richting wonen, gefinancierd vanuit de gemeente (WMO)  Om de afbouw van klinische capaciteit in Friesland op te vangen is inmiddels een sluitend netwerk van FACT teams opgezet. Het merendeel hiervan is gecertificeerd. In de opbouw van FACT zorg is op fronten geïnvesteerd.	

1. Momenteel zijn er 13 FACT-teams werkzaam in de provincie Friesland die zich richten op het ondersteunen van volwassenen
2. Er zijn 2 zogenaamde FACT+ teams. Deze teams die samengesteld zijn uit behandelaren vanuit zowel GGZ Friesland als VNN bieden hulp aan cliënten met zowel psychiatrische als verslavingsproblematiek hebben
3. In samenwerking tussen een 5 tal instelling voor jeugdzorg wordt FACT-jeugd uitgevoerd. Deze FACT-zorg biedt een goede oplossing voor jonge cliënten, maar vooral ook voor een goede overgang van de 18-/18+ overgang.

Naast bovengenoemde FACT-zorg is er op het gebied van gecombineerde GGZ en VG problematiek intensieve samenwerking tussen GGZ Friesland en VG aanbieders. GGZ Friesland levert intensieve ambulante begeleiding en behandeling aan deze cliënten in samenwerking met enkele VG instellingen uit Friesland.

Op het scheidingsvlak tussen de verschillende zorg en financieringsvormen wordt structureel contact gezocht gemeenten. Er zijn zogenaamde "casuïstiektafels" opgezet, waarbij vertegenwoordigers vanuit de verschillende financieringsdomeinen met elkaar casuïstiek bespreken die oplossingen moeten bieden voor knelpunten die ontstaan door financieringsschotten..

Onderwerp/project:

**Aanpak verwarde personen, project Street-triage**



Regio/plaats: **Deventer e.o.**

Betrokken stakeholders: **Gemeente Deventer, GGZ aanbieder Dimence, Politie IJsselland, RAV IJsselland**

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

Eno is aangesloten bij een samenwerking tussen bovengenoemde partijen rondom de aanpak van verwarde personen in de regio Deventer. Doel is een sluitende aanpak voor mensen die verward gedrag vertonen, kwetsbaar zijn en te kampen hebben met verschillende aandoeningen en beperkingen. Op dit moment ligt er een subsidieaanvraag bij ZonMW voor een pilot project Street Triage. Het project is gericht op passend vervoer voor mensen met verward gedrag die geen strafbare feiten hebben gepleegd, waarbij de juiste expertise ter plaatse ingezet kan worden.

Onderwerp/project: **Verkenning samenwerking Zorginkoop**




Regio/plaats: **Deventer e.o.**

Betrokken stakeholders: **Gemeente Deventer** (vanuit de gemeente worden ook omliggende gemeenten Olst-Wijhe, Voorst en Raalte aangehaakt)

**Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdslijn):**

Eno is vanuit het inkoopbeleid GGZ een project opgestart om de samenwerking met de gemeente Deventer op het gebied van Zorginkoop te verkennen. De verschillende financieringsstelsels maakt dat wij los van elkaar zorg inkopen. Door niet goed op de hoogte te zijn van elkaars inkoopbeleid ontstaan er knelpunten maar liggen er ook kansen. Mede gelegen in het feit dat Eno de zorginkoop in de eigen regio verzorgt en daardoor goede relaties heeft met de zorgaanbieders en de gemeente.

Doelstelling van het project is het inventariseren van kansen en knelpunten in de verschillende financieringsstelsels om de zorg voor de inwoners in onze kernregio beter op elkaar af te stemmen. Verwacht resultaat van de verkenning is commitment, prioritering en bepalen van het vervolg. Het vervolg kan zijn het opstarten van subprojecten om de kansen te benutten en geconstateerde knelpunten op te lossen.

Onderwerp/project: <b>Regionale opvang verwarde personen</b>	
Regio/plaats: regio: <b>Leiden</b>	
Betrokken stakeholders: <b>gemeente Leiden, Rivierduinen GGZ</b>	
<b>Korte beschrijving (doelstelling, verwacht resultaat, tijdlijn):</b> In de Leidse regio zijn verzekeraar en gemeentes constructief met elkaar in gesprek. Concreet zijn we bezig met het opzetten van een regionale opvang verwarde personen bij Rivierduinen waar de politie verwarde personen met een vermoeden op psychiatrische problematiek naar toe kan brengen. Bij gebleken succes kan deze formule uitgerold worden naar aanpalende regio's.	



### **EPA-taskforces van Zilveren Kruis: achtergrondinformatie**

Zilveren Kruis heeft met 11 grote GGZ-aanbieders meerjarenafspraken (2015-2018) over vermaatschappelijking gemaakt. Onnodig verblijf in een kliniek gaat ten koste van de kwaliteit van leven en de maatschappelijke participatie van patiënten. Wij zetten daarbij in op optimale spreiding en concentratie van de beddenscapaciteit om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ggz te borgen voor onze verzekerden. De meerjarenafspraken richten zich op het afbouwen van bedden én het opbouwen van ambulante zorg.

Zilveren Kruis zet in op herstel-ondersteunende zorg om patiënten te stimuleren waar mogelijk de eigen regie te voeren over behandeling en zorg, wonen, sociaal leven en werk. De doelgroep waarop het vermaatschappelijkingsbeleid van Zilveren Kruis zich richt, heeft een hoge kans om uit het arbeidsproces te raken en heeft vaak moeite hier weer in terug te komen. Voor deze doelgroep zet Zilveren Kruis daarom in op het integreren van arbeidstoeleiding binnen de ambulante zorg. Zilveren Kruis maakt daarbij de keuze voor Individuele Plaatsing & Steun (IPS) als bewezen effectief model. Samen met het UWV investeren we in arbeidsintegratietrajecten voor ernstige psychiatrische patiënten (EPA).

Zilveren Kruis wil aan de hand van vignetten en zorgarrangementen instellingen ondersteunen bij de doorontwikkeling van zorg voor de EPA-populatie. Vignetten geven een gedeeld beeld van de EPA-populatie in de regio en de daarbij betrokken stakeholders en financiers. Zorgarrangementen omvatten een gedeelde visie en afspraken in de keten (ZVW en WMO) over optimale zorg en ondersteuning voor de EPA-populatie.

In de meerjarenafspraken zijn afspraken gemaakt over financiële tegemoetkomingen voor o.a. opbouw ambulante zorg, toeleiding naar werk/IPS, maar ook frictiekosten t.a.v. personeel en investeringsgoederen (zie bijlage 1). De meerjarenafspraken bevatten zorginhoudelijke afspraken over de wijze waarop aanbieder en Zilveren Kruis invulling geven aan de ambulante zorg, zoals opbouwafspraken:

- FACT (Flexible Assertive Community Treatment), een ambulante, herstelgerichte, multidisciplinaire behandeling waarbij psychiatrische cliënten eigenaar van hun probleem zijn zodat ze zelf, op hun eigen tempo, aan herstel kunnen werken.
- IHT (Intensive home treatment) een ambulante zeer intensieve behandeling, waarbij de cliënt tot wel 5 keer per dag wordt bezocht. Deze behandeling wordt ingezet om crisisopname te voorkomen, maar kan ook ingezet worden om cliënten eerder uit de klinieken uit te laten stromen.
- VIP (Vroege Interventie Psychose) ambulante behandeling van jongeren (18+) met een eerste psychose.
- HIC (High Intensive Care; een acute opname kliniek, waarbij separatie wordt voorkomen en de cliënt sneller uit de terug kan naar de thuissituatie.

Jaarlijks wordt middels een uitvraag en tijdens het zorginkoop gesprek besproken wat de aanbieder nodig heeft aan ambulante opbouw. Voor de opbouw van de verschillende vormen van ambulante zorg worden de landelijk bekende normen gebruikt, zoals 1 FACT team per 50.000 inwoners. Onderdeel van de meerjarenafspraken zijn ook de EPA-taskforces. Het traject dat de taskforces doorlopen bestaat uit 3 fasen. Er wordt gestart met een vignettenstudie ('foto' waarbij het zorggebruik van EPA cliënten in de regio over de verschillende verstrekkingen heen in kaart wordt gebracht en waarbij het zorggebruik wordt onderverdeeld in 9 Vignetten). Vervolgens wordt op basis van deze inzichten en onder begeleiding van een onafhankelijk voorzitter gezamenlijk (cliënten, aanbieders en financiers) een ontwerp gemaakt van toekomst bestendige zorg, waarbij op en afschalen van zorg en de koppeling tussen ZVW en WMO centraal staat. De laatste fase bestaat uit het borgen van deze zorg in bestaande structuren.

Fase 1: Vignettenstudie

Fase 2: Ontwerp

Fase 3: Uitvoering

In de EPA taskforce werken cliënten, professionals van gemeenten en Zilveren Kruis samen. Aan deze tafel stemmen wij samen met de gemeente, ervaringsdeskundigen, RIBW-en en GGZ instellingen af over integrale zorgarrangementen tussen sociaal en medisch domein. Meer en meer proeftuinen rond afstemming medisch en sociaal domein krijgen vorm. In alle taskforces wordt breed ingezet om regionaal in de praktijk de relatie en samenhang tussen de WMO en ZVW concreet vorm te geven. Dit is een essentieel onderdeel van het welslagen van het inrichten van de ambulante keten. Immers zoals ook in het rapport van het Trimbos wordt gesteld leidt het

ontbreken van regie en afstemming op regionaal niveau, ertoe dat de kwaliteit onder druk staat<sup>4</sup>.

In de zorginkoop hebben aanbieders het aantal FACT teams aanwezig in een gemeente aan kunnen geven. Op dit moment zijn er 270 FACT teams. Voor regionale verdeling zie onderstaand kaartje.



**FACT teams bij 33**

**aanbieders:**

202 gecertificeerd

68 niet

gecertificeerd

Ca. 30 in

ontwikkeling


**IHT teams bij 33**

**aanbieders:**

40

Hieronder wordt per taskforce inzichtelijk gemaakt wat de doelstellingen zijn, wat de stand van zaken is en welke partijen betrokken zijn.


### EPA taskforces van Zilveren Kruis: doel en stand van zaken


Onderwerp/project: <b>Taskforce EPA – Utrecht</b> Meerjarenafspraak Altrecht	
Regio/plaats: <b>Regio Utrecht</b>	
Betrokken stakeholders: <b>(centrum)gemeente Utrecht, Indigo, Kwintes, Leger des Heils, Lister, UMCU, HUS, Enik, Altrecht, Lister, Platform volwaardig burgerschap, Tussenvoorziening, Wij 3.0, Victas, BTO Sociaal (op thema's en in werkgroepen worden andere stakeholders betrokken)</b>	
<b>Korte beschrijving:</b> Op de plek waar de vignettenstudie EPA ontwikkeld is op initiatief van een viertal GGZ aanbieders, is de vertaling gemaakt van over de Brug naar 'Volwaardig burgerschap en Psychiatrie'. In twee proeftuinen functioneert op dit moment een samengesteld ggz team dat een integraal aanbod heeft van behandeling en begeleiding. Doelstelling is experimenteren met enerzijds inhoudelijke vernieuwing in de zorg aan cliënten en hun naasten om zo bij te dragen aan meer herstel en anderzijds het laagdrempelig in de wijk beschikbaar maken van (gespecialiseerde) ggz-zorg in aansluiting op de stevige basiszorg.	


<sup>4</sup> Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016, Trimbos



Onderwerp/project: <b>EPA Taskforce Amsterdam</b> Meerjarenafspraak Arkin	
Regio/plaats: <b>Amsterdam</b>	
Betrokken stakeholders: <b>HVO Querido, Cordaan, Leger des Heils, Regenbooggroep, GGD Amsterdam, Huisartsenkring Amsterdam, Cliëntbelang Amsterdam, Ypsilon, gemeente Amsterdam, Stichting Arkin, GGZinGeest, MoleMann Thielens</b>	
<p><b>Korte beschrijving:</b></p> <p>Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt om vanuit cliënt perspectief de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment voor patiënten die behoren tot de EPA doelgroep vorm te geven. Goede samenwerking (op en afschalen) tussen ZVW en WMO( lees FACT, IHT en wijkteams). Dit gebeurt onder begeleiding van een onafhankelijk voorzitter en projectleider. De drie pijlers van herstel in Amsterdam zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het individuele herstelproces van de cliënt</li> <li>• Persoonlijke en levensloopbestendige ondersteuning op alle levensgebieden</li> <li>• Samenhangende organisatie van deze ondersteuning op wijk--en stedelijk niveau</li> </ul> <p>In 2015 is de Vignettenstudie afgerond. In 2016 is een start gemaakt met de Taskforce. Mei 2017 wordt gestart met het uitvoeren van pilots in een aantal geselecteerde wijken.</p>	

Onderwerp/project: <b>EPA Taskforce Drenthe</b> Meerjarenafspraak GGZ Drenthe	
Regio/plaats: <b>Provincie Drenthe</b>	
Betrokken stakeholders: GGZ Drenthe, Gemeente Assen, Gemeente Emmen, VNN, Promens care, LHV, cliëntenvertegenwoordiging	
<p><b>Korte beschrijving:</b></p> <p>Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante grote partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt aan het handen en voeten geven van de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment voor patiënten die behoren tot de EPA doelgroep. Dit gebeurt onder begeleiding van een onafhankelijk voorzitter en projectleider. Vanuit alle partijen is een bevoegdheid en commitment om de zorgvraag en de inrichting van de infrastructuur voor deze doelgroep boven de eigen organisatiebelangen te plaatsen en vanuit inhoud te kijken naar toekomstbestendige zorg/welzijns- en woonvormen. In 2015 is de "foto" van de EPA populatie (fase 1) in de regio vastgelegd en in 2016 is er gestart met het ontwerpen van toekomstbestendige zorgvormen. Deze programmalijnen werken toe naar een concretisering (fase 2) die zal resulteren in de eerste pilots in 2017 (fase 3).</p>	

Onderwerp/project: <b>EPA Taskforce Zaanstreek/Waterland</b> Meerjarenafpraak GGZ Dijk en Duin (Parnassia)	
Regio/plaats: <b>Zaanstreek/ Waterland</b>	
Betrokken stakeholders: <b>RIBW ZWWF, Gemeente Zaanstad ,Velsen, voor de Zee- en Duinwijk/IJmuiden West, Purmerend, cliëntenvertegenwoordiging, GGZ Dijk en Duin, RIBW KAM</b>	
<p><b>Korte beschrijving:</b> Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt om vanuit cliënt perspectief de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment voor patiënten die behoren tot de EPA doelgroep vorm te geven. Goede samenwerking (op en afschalen ) tussen ZVW en WMO (lees FACT, IHT en wijkteams).Dit gebeurt onder begeleiding van een onafhankelijk voorzitter en projectleider.</p> <p>In 2015 is de Vignettenstudie afgerond. In 2016 is een start gemaakt met de Taskforce. November 2016 is gestart met een aantal pilots verspreid over verschillende gemeente.</p> <p>Doelstelling van de Pilots is proefondervindelijk de samenwerking tussen wijkteam en FACT zorg goed op elkaar aan laten sluiten.</p>	

Onderwerp/project: <b>EPA Vignettenstudie Rotterdam</b> Meerjaren overeenkomst Antes	
Regio/plaats: <b>Rotterdam</b>	
Betrokken stakeholders: <b>Antes, Parnassia BAVO, Pameyer, CMD, gemeente Rotterdam, cliëntenvertegenwoordiging</b>	
<p><b>Korte beschrijving:</b> December 2016 is de Vignettenstudie Rotterdam opgeleverd. In 2017 zal in deze regio een taskforce worden gestart met als doel vanuit cliënt perspectief de keten ZVW/WMO goed op te zetten. Voldoende GGZ kennis in wijkteam en goed op en afschalen van zorg zullen daarbij thema's zijn.</p>	

Onderwerp/project: <b>EPA Taskforce Flevoland</b> Meerjaren contract GGZ Centraal	
Regio/plaats: <b>Flevoland</b>	
Betrokken stakeholders: <b>RIBW Kwintes, GGZ Centraal, gemeente Almere, cliëntenvertegenwoordiging</b>	
<p><b>Korte beschrijving:</b> Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt om vanuit cliënt perspectief gewerkt aan 30%</p>	

meer herstel voor de EPA populatie. In 2015 is de Vignettenstudie afgerond. In 2016 is een start gemaakt met de Taskforce. Zomer 2017 wordt gestart met het uitvoeren van pilots.

Onderwerp/project: **EPA Taskforce Apeldoorn**  
Meerjarenafspraak GGNet



Regio/plaats: **Regio Apeldoorn**

Betrokken stakeholders: **GGNet, Gemeente Apeldoorn, Iriszorg, Tactus, RIWIS, Leger des Heils, Zorgbelang Gelderland, Cliëntenraden betrokken aanbieders**

**Korte beschrijving**

Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante grote partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt aan het handen en voeten geven van de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment voor patiënten die behoren tot de EPA doelgroep. Dit gebeurt onder begeleiding van een onafhankelijk voorzitter en projectleider.

De deelnemers aan de EPA tafel hebben commitment uitgesproken om de zorgvraag en de inrichting van de infrastructuur voor deze doelgroep boven de eigen organisatiebelangen te plaatsen en vanuit inhoud te kijken naar toekomstbestendige zorg/welzijns- en woonvormen. De gemeente Apeldoorn pakt haar rol op dit dossier als (mede) verantwoordelijk voor de doelgroep voortvarend op. In 2016 is de "foto" van de EPA populatie (fase 1) in de regio vastgelegd en is eens start gemaakt met de EPA taskforce. In 2017 zal verdere invulling worden gegeven aan het ontwerpen van toekomstbestendige zorgvormen en de concretisering hiervan naar programmalijnen (fase 2). Na de afronding van Fase 2 volgt de praktijkfase, naar verwachting in 2018.

Onderwerp/project: **EPA Taskforce Arnhem/Nijmegen**  
Meerjarenafspraak Pro Persona



Regio/plaats: **Arnhem/Nijmegen**

Betrokken stakeholders: **Pro Persona, Gemeente Arnhem, Gemeente Nijmegen, Iriszorg**

**Korte beschrijving:**

Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante grote partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt aan het handen en voeten geven van de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment voor patiënten die behoren tot de EPA doelgroep. Dit gebeurt onder begeleiding van een onafhankelijk voorzitter en projectleider.

In 2016 is de "foto" van de EPA populatie (fase 1). De EPA taskforce staat op het punt om van start te gaan. Er is inmiddels een onafhankelijk voorzitter aangewezen. Vanuit de EPA Taskforce zal een verdere invulling worden gegeven aan het ontwerpen van toekomstbestendige zorgvormen en de

concretisering hiervan naar programmalijnen (fase 2).

Onderwerp/project: **EPA Taskforce Zwolle**  
Meerjarenafspraak Dimence



Regio/plaats: **Regio Zwolle**

Betrokken stakeholders: **Dimence, Gemeente Zwolle, RIBW, cliëntenvertegenwoordiging**

**Korte beschrijving:**

Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante grote partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt aan het handen en voeten geven van de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment voor patiënten die behoren tot de EPA doelgroep. Dit gebeurt onder begeleiding van een onafhankelijk voorzitter en projectleider.

In 2016 is de "foto" van de EPA populatie (fase 1). In 2017 zal een start worden gemaakt met de EPA taskforce, waar een verdere invulling zal gaan worden gegeven aan het ontwerpen van toekomstbestendige zorgvormen en de concretisering hiervan naar programmalijnen (fase 2).

Onderwerp/project: **Taskforce EPA – Eemland**  
Meerjarenafspraak GGZ Centraal



Regio/plaats: **Eemland**


Betrokken stakeholders: **Vertegenwoordiging cliënt- en familie perspectief (Ypsilon, (centrum)Gemeente Amersfoort, Jellinek, GGZ Centraal, Kwintes, Zilveren Kruis vormen de Taskforce. Op thema's en in werkgroepen worden andere stakeholders betrokken.**

**Korte beschrijving:**

Analyse in najaar 2015: Uitvoeren van de EPA Vignettenstudie waarbij het zorggebruik van EPA cliënten in de regio in kaart is gebracht en waarbij de populatie ingedeeld is in vignetten naar zorgbehoefte van EPA cliënten.  
Verbinden en vormgeven in 2016: Start bredere Taskforce waarbij stakeholders onderzocht hebben hoe de functionele voorzieningen voor EPA cliënten (conform Over de Brug) vorm kunnen krijgen. Werkgroepen hebben zich gericht op concrete thema's: Participatie, Huisvesting, FACT en Veiligheid. Veel concrete kansen en acties zijn benoemd die in januari 2017 worden verwerkt in een actie-agenda voor 2017. Op basis van het proces van het afgelopen jaar (bekend maakt beminde) zetten partijen zich in de benoemde resultaten verder te realiseren.

Tabel Functionele voorzieningen voor herstelondersteuning	
Resultaten voor de cliënt	Essentiële voorzieningen/ functies
Waarborg persoonlijke veiligheid	Crisishulp, time-out voorzieningen, buurtzorg, politie
Waarborg basale, fysieke levensbehoeften	Woon- en opvangvoorzieningen, ambulante woonbegeleiding, thuiszorg,
Toegang tot hulpverlening en andere sociaal maatschappelijke diensten	Casemanagement
Afname van symptomen en psychisch lijden	Medisch-psychiatrische en psychologische behandeling
Verbetering fysieke gezondheid en welbevinden	Algemene gezondheids- en welzijnszorg, preventie, lifestyle
Toename sociale steun	Begeleiding en ondersteuning bij (ontwikkeling van) sociaal netwerk
Empowerment, ontwikkeling eigen kracht	Zelfhulpgroepen, hersteltrainingen, ervaringsdeskundigheid
Meer mogelijkheden tot persoonlijke ontplooiing, een rijk leven	Begeleiding en ondersteuning bij ontdekken/ontwikkelen capaciteiten
Meer mogelijkheden tot activiteiten en participatie	Begeleiding en ondersteuning bij (leren) wonen, werken en leren (rehabilitatie)
Waarborgen gelijke rechten en kansen	Belangenbehartiging, rechtshulp
bron: Over de brug gebaseerd op notitie GGZ Breburg en Trimbos-instituut, 2012	

Onderwerp/project: <b>EPA Taskforce Haarlem</b> Meerjaren contract GGZinGeest	
Regio/plaats: <b>Haarlem/ Kennemerland</b>	
Betrokken stakeholders: <b>RIBW KAM, GGZinGeest, gemeente Haarlem, cliëntenvertegenwoordiging</b>	
<b>Korte beschrijving:</b> Vanuit de EPA taskforce wordt in samenwerking met de relevante partijen in de regio in gezamenlijkheid gewerkt om vanuit cliënt perspectief gewerkt aan 30% meer herstel voor de EPA populatie. In 2015 is de Vignettenstudie afgerond. In 2016 is een start gemaakt met de Taskforce. Zomer 2017 wordt gestart met het uitvoeren van pilots in een aantal gemeente.	

Onderwerp/project: <b>Optimale inrichting van de ambulante keten</b>	
Regio/plaats: <b>Regio's Deventer, Almelo, Zwolle</b>	
Betrokken stakeholders: <b>Dimence Groep</b>	
<b>Korte beschrijving:</b> De Dimence groep heeft de afgelopen jaren zeer actief vormgegeven aan de inrichting van de ambulante keten binnen de eigen organisatie, als gevolg daarvan kunnen er verantwoord ligdagen worden gereduceerd en bedden worden gesloten. Uitgangspunt van de instelling is dat: "een klinische opname slechts een onderbreking van de ambulante behandeling is".  Om dit te bereiken is ingezet op het modelgetrouw vormgeven van FACT, IHT en de HIC. Het IHT heeft een toegekende bedden capaciteit en is verantwoordelijk voor de instroom en uitstroom op deze klinische bedden. Ook is er al een begin gemaakt met de uitstroom vanuit de specialistische GGZ naar het product chronisch van de bGGZ. De meerjarenafpraak in het kader van vermaatschappelijking zoals wij deze met Dimence hebben gemaakt loopt op schema. Er wordt geen grote stijging in het aantal crisissen waargenomen, evenals op het gebied van suïcides.	

## Bijlage 1

### Bestek Vignetten en Arrangementen

Hieronder geven wij in bestek weer wat de minimale eisen zijn aan het Vignetten en Arrangementen traject.

#### Aanleiding

Doorontwikkeling van zorg voor EPA Populatie:

- Ambulantisering, decentralisatie, bestuurlijk akkoord
- Financiële kaders
- Ketenvorming en inhoudelijke ambities

Zilveren Kruis wil instellingen steunen, als onderdeel van meerjarig partnerschap:

- Inhoudelijk en logistiek verantwoorde beddenreductie
- Benutten potentieel van samenwerking tussen instellingen
- Professionaliseren van de bedrijfsvoering

–

Inzet van vignetten en arrangementen staat daarbij (mede) centraal:

- Vignetten: gedeeld beeld van de EPA-populatie in de regio en wie daarbij betrokken is
- Arrangementen: gedeelde visie en afspraken in de keten over optimale EPA-zorg

#### Vorbereiding

Opdrachtgever (instelling die opslag krijgt op tarief)

- Maakt meerjarenafspraken met Zilveren Kruis
- Deze zijn leidend, de vignetten en arrangementen zijn bedoeld als ondersteuning
- Is voorzitter van de regionale stuurgroep (van deelnemende instellingen in de regio)
- Benadert beoogd externe ondersteuner
- Spant zich in om alle partijen aan tafel te krijgen, die relevant zijn voor een afdoende dekking van het aanbod voor de EPA-doelgroep in de regio
- In samenwerking met de beoogd externe ondersteuner
- Zilveren Kruis organiseert een regio-bijeenkomst om brede deelname te stimuleren
- Komt tot finaal akkoord met Zilveren Kruis over de aanpak en de deelnemers  
de resultaten (vignetten, visie, arrangementen) worden uiteindelijk door de stuurgroep op gepaste wijze beschikbaar gesteld aan en besproken met Zilveren Kruisen de andere relevante inkopers in de regio

### **Schets van traject gedurende periode van de meerjarenafspraak**

- fase 1: Foto met behulp van Vignetten
- Fase 2: Visie en Arrangementen
- Fase 3: Invoering

#### **Fase 1: “foto” op basis van vignetten**

- Uitgaan van definities regio Utrecht, ten bate van vergelijkbaarheid en uniforme analyse
- Analyse op data van deelnemers, validatie met Vektis-overzicht
- Regio-overleg: start (kick off), eind (resultaten), tussendoor eenmaal vooruitkijken naar fase 2
- Sessie(s) waarin regio's elkaars foto vergelijken en bespreken
- Doorlooptijd 2-3 maanden

#### **Fase 2: opstellen visie en arrangementen**

- Regionale stuurgroep bepaalt kaders uitwerking (inhoudelijk en organisatorisch)
- Uitwerken visie op EPA-zorg in de regio, vaststellen in de stuurgroep
- Opstellen opdracht aan werkgroepen, met uitgangspunten en doelen voor de arrangementen
- Uitwerken arrangementen (waar nodig sub-vignetten), toetsing en acceptatie door stuurgroep
- Opstellen globaal plan van aanpak invoering arrangementen, vaststellen in de stuurgroep
- Doorlooptijd 3-5 maanden

NB: tijdens invoering vindt onder meer het volgende plaats door de deelnemers:

- Detail uitwerking werkprocessen en instrumenten
- Aanpassingen in ICT en informatievoorziening
- Afsluiten formele onderlinge afspraken en contracten
- Organisatorische aanpassingen

#### **Arrangementen en mate van hun detail**

Uitwerking minimaal tot een niveau dat samenwerking in de keten faciliteert:

- Doel van zorg en ondersteuning, concrete invulling te gebruiken meetinstrumenten
- Verwachte doorlooptijd en inzet van middelen (mensen, faciliteiten)
- Evaluatiecyclus (meetmomenten, overleg, besluitvorming, rapportage)
- Ketenlogistiek (o.a. afstemming, proces en beslisregels rondom overdracht)
- Verdeling verantwoordelijkheden tussen instellingen en tussen medewerkers
- Uitwerking maakt het mogelijk om schadelast per bekostigingsvorm te bepalen

- Primair ten bate van inzicht voor deelnemers, verzekeraar ziet slechts de (relatieve) verhouding tussen bekostigingsvormen, per vignet (dus geen absolute bedragen). Risico's van mededinging dienen hierbij in acht worden genomen.

#### **Inventariseren ten bate van verdere uitwerking in fase 3**

- Verantwoordingsbehoefte tussen instellingen en richting inkopers, inspectie, stakeholders
- Informatie- en andere ondersteuningsbehoefte bij medewerkers en leidinggevenden

#### **Bestek IPS**

Zilveren Kruis wil in haar beleid extra aandacht vragen voor arbeidsparticipatie van cliënten met ernstige psychische aandoeningen. Zo geeft Zilveren Kruis vorm aan haar verantwoordelijkheid voor een goede aansluiting in de keten van arbeidsparticipatie. Verschillende FACT en VIP teams in Nederland werken al met de interventie IPS (Individuele Plaatsing en Steun). Dit is een succesvol gebleken interventie voor arbeidsparticipatie voor mensen met ernstige, vaak langdurende, psychische beperkingen. Recent heeft het UWV een landelijke regeling voor IPS aanbieders en bijbehorende financiering opgezet. Zilveren Kruis wil het toeleidend traject naar het feitelijke re-integratie traject binnen UWV of gemeentelijke kaders samen met aanbieders vorm geven. Aanbieders dienen daarbij aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- IPS wordt uitsluitend gegeven aan mensen met een ernstig psychiatrische aandoening en/of een eerste psychose. Feitelijk alleen aan patiënten uit een FACT of VIP team.
- U voert de toeleiding naar het feitelijke re-integratie traject modelgetrouw uit.
- Training en modelgetrouwheidsmeting laat u uitvoeren door het kenniscentrum van Phrenos.
- Zilveren Kruis financiert de eerste acht gesprekken die eventueel toeleiden naar feitelijk IPS traject.
- De IPS werker die geen CONO beroep (is?) heeft schrijft niet op de DBC.