

Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek

Visiedocument en ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen
met ernstige psychische aandoeningen



Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek

Visiedocument en ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen
met ernstige psychische aandoeningen

Colofon

Dit Visiedocument is opgesteld door

GGNet

RIWIS Zorg en Welzijn

Tactus Verslavingszorg

IrisZorg

Leger des Heils

Zilveren Kruis (voorheen Achmea)

Menzis

VGZ

Gemeenten Apeldoorn, Zutphen, Heerde, Brummen, Epe en Lochem

Met medewerking van

Klankbordgroep cliënten- en familieorganisaties Oost-Veluwe en de Achterhoek

Inhoudelijke ondersteuning

Trimbos-instituut

Penvoering

Frank van Hoof en Sonja van Rooijen, Trimbos-instituut

U kunt dit rapport downloaden op www.trimbos.nl/webwinkel, artikelnummer **AF1386**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2015, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Voorwoord	5
Inleiding	7
1 Uitgangspunten	9
1.1 De regio	9
1.2 De doelgroep	10
1.3 Uitgangspunten en doelstellingen	11
2 Intramurale zorg en beschermd wonen	15
2.1 Uitgangssituatie	15
2.2 Toekomstvisie	17
2.3 Ontwikkelagenda	18
3 Ambulante zorg, behandeling en maatschappelijke ondersteuning	21
3.1 Uitgangssituatie	21
3.2 Toekomstvisie	22
3.3 Ontwikkelagenda	26
4 Randvoorwaarden	29
4.1 Kansen en belemmeringen	29
4.2 Ontwikkelagenda	29
5 Samenvatting - Ontwikkelagenda 2015-2018	33
Bijlagen	
I. Nulmeting regionale GGZ-voorzieningen Oost-Veluwe en de Achterhoek	37
II. Bouwstenen toekomstig zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen	73
Bronnen	95

Voorwoord

Enige tijd geleden namen de partners van het regionale traject Zorglandschap 2018 het initiatief om gezamenlijk regie te gaan voeren op een belangrijk onderdeel van het Bestuurlijk Akkoord GGZ, namelijk de beddenreductie en ambulantisering. De initiatiefnemers waren ervan overtuigd dat dit ongecoördineerd tot onverantwoorde risico's voor de meest kwetsbare doelgroep in de GGZ, de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) zou leiden. Belangrijke kansen zouden tegelijkertijd onbenut blijven.

Zoals in dit rapport beschreven komt 60% van de kosten van de geestelijke gezondheidszorg voor rekening van de intramurale voorzieningen. In dit traject stond de vraag centraal welke intramurale zorg (alle bedden inclusief beschermd wonen) substitueerbaar is in betere en goedkopere ambulante zorg. En dan wel op zodanige wijze dat chroniciteit en afhankelijkheid van zorg tot een minimum worden teruggebracht en deelname aan de samenleving en eigen welbevinden van deze mensen optimaal is.

Gezondheidswinst, een veel beter welbevinden en het terugdringen van de kosten van de GGZ, kunnen volgens de deelnemers van dit traject hand in hand gaan. De regiopartners zien mogelijkheden om, bij adequate maatregelen en investeringen op de korte termijn, de zorgafhankelijkheid op de langere termijn met een derde terug te dringen.

Deze rapportage is, naast het informeren van alle belanghebbenden, bedoeld als gezamenlijk regionaal referentiekader bij individuele onderhandelingen tussen aanbieders en financiers in de regio. Het ligt in de bedoeling om de ontwikkelingen die daaruit in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek voortvloeien, nauwlettend met elkaar te volgen en waar nodig tijdig bij te sturen. Ook (vertegenwoordigers van) patiënten en familieleden hechten daaraan groot belang. Dit vanwege de risico's die zij aan den lijve kunnen gaan ervaren als de samenhang in de totale ontwikkeling zoek raakt of het tempo hoger ligt dan de praktijk verantwoord kan vormgeven.

Bij deze wil ik namens de stuurgroep, de onderzoekers en penvoerders van het Trimbos-instituut bedanken voor het aanreiken van landelijke kaders en kerngetallen en het verzamelen van de regionale data. Tot slot wil ik alle belanghebbenden in de regio uitnodigen actief vorm te geven aan de gezamenlijke uitvoering en monitoring en vooral de ambitie die in dit rapport voorligt: een betaalbare, duurzame en best mogelijke zorg voor de meest kwetsbare groep in de GGZ. We streven onverkort naar het voorkómen van chroniciteit. Afhankelijkheid van zorg wordt daarbij tot een minimum teruggebracht!

Kees Lemke
Voorzitter stuurgroep Zorglandschap 2018

Inleiding

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland bouwt een aanzienlijk deel van de intramurale voorzieningen af. De afgelopen jaren is een aanvang met deze afbouw genomen. Het streven is om in 2020 het totaal aantal bedden in de GGZ met een derde gereduceerd te hebben ten opzichte van de capaciteit in 2008.

Deze beddenafbouw is geen doel op zich. Doelstelling is om mensen met ernstige psychische aandoeningen meer kansen te bieden op een zelfstandig, gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven en om hen meer in de gelegenheid te stellen in de samenleving te participeren als volwaardige medeburgers. De afspraak die de landelijke overheid en vertegenwoordigende organisaties van aanbieders, cliënten en financiers daartoe hebben gemaakt is om de beschikbare middelen anders en beter in te zetten.

GGZ-aanbieders kunnen deze ambities niet alleen realiseren. Daarvoor is ook de medewerking van en samenwerking met andere regionale en lokale maatschappelijke organisaties en met zorgverzekeraars en gemeenten nodig. Het vraagt ook om goede afspraken en om helderheid over ieders potentiële rol en inbreng.

Met dit Visiedocument willen partijen in en rond de GGZ in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek daarin het voortouw nemen. Opstellers van het document zijn vijf grote GGZ-aanbieders in de regio (GGNet, RIWIS Zorg en Welzijn, Tactus Verslavingszorg, IrisZorg en Leger des Heils), de gemeente Apeldoorn (mede namens vijf andere gemeenten in de regio) en de belangrijkste zorgverzekeraars in de regio (Zilveren Kruis -voorheen Achmea-, Menzis en VGZ). Het Visiedocument beschrijft primair de gezamenlijke uitgangspunten, ambities en agenda van de opstellers. Maar het is ook een uitdrukkelijke uitnodiging aan andere partijen om mee te denken over en mee te werken aan een nieuw, breed maatschappelijk gedragen zorglandschap voor mensen met psychische aandoeningen in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek.

Het Visiedocument is het resultaat van een intensieve uitwisseling van de visies en ambities van de betrokken organisaties. In de aanloop naar het Visiedocument heeft het Trimbos-instituut een kwantitatieve nulmeting uitgevoerd naar het GGZ-voorzieningsaanbod in de regio (bijlage 1). Daarnaast heeft het Trimbos-instituut een 'Bouwstenennotitie' opgesteld, waarin de beschikbare landelijke kennis en inzichten over (goede zorg aan) de doelgroep bijeen zijn gebracht (bijlage 2). Verder zijn tussentijdse rapportages uitgebreid besproken met een klankbordgroep van regionale cliënten- en familieorganisaties. Tezamen vormen deze activiteiten en bijdragen de basis voor voorliggend Visiedocument.

Het Visiedocument is gericht op de zorg en ondersteuning van mensen met *ernstige psychische aandoeningen*. De organisatorische en zorginhoudelijke veranderingen die het ambulantiseringstraject met zich mee zullen gaan brengen, zullen immers vooral ingrijpen in de zorg voor deze groep. Mensen met ernstige psychische problemen hebben het grootste aandeel in het huidige intramurale GGZ-gebruik¹. Dat wil overigens niet zeggen dat het Visiedocument zich uitsluitend richt op alternatieven voor mensen die nu gebruik maken van de verblijfs- of woonvoorzieningen van de GGZ. Het gaat om kwaliteitsverbeteringen voor de *gehele* doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen, ook voor diegenen die op dit moment al zelfstandig wonen en in de samenleving verblijven. En uiteindelijk gaat om het terugdringen van chroniciteit en zorgafhankelijkheid van toekomstige cliënten, door tijdige ondersteuning en een preventieve aanpak.

Het Visiedocument is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 1 worden de uitgangspunten besproken en wordt een omschrijving gegeven van de regio, de doelgroep en de doelstellingen van het traject. Hoofdstuk 2 gaat in op de intramurale zorg en het aanbod van voorzieningen voor beschermd wonen in de regio. Uitgangssituatie, toekomstvisie en ontwikkelagenda met betrekking tot deze voorzieningen worden toegelicht. Daarbij komen niet alleen afbouwdoelstellingen, maar ook de functies van en kwaliteitseisen die gesteld worden aan een nieuw,

1 Dat geldt niet voor de verslavingszorg.

afgeslankt intramuraal voorzieningenstelsel in de regio aan bod. Hoofdstuk 3 gaat in op de 'opbouwkant' van het ambulantiseringstraject: de ambities ten aanzien van de ontwikkeling en uitbouw van voorzieningen voor intensieve ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning worden geëxpliciteerd. Daarbij gaat het om zorg en ondersteuning over de volle breedte van behandeling, ondersteuning bij zelfstandig functioneren en participatie. In hoofdstuk 4 worden de randvoorwaarden besproken voor een succesvolle ambulantisering in de regio, onder andere op het gebied van regionale samenwerking en financiering. In het afsluitende hoofdstuk 5 worden de ambities en de ontwikkelagenda samengevat in een 'Agenda 2015-2018'.

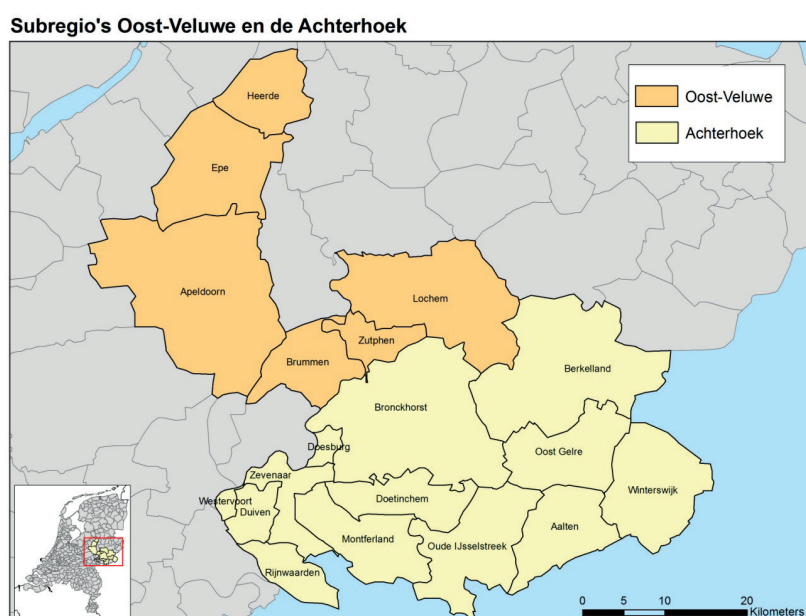
Het jaartal 2018 is als voorlopige horizon voor het Visiedocument gekozen. Ambities worden zoveel als mogelijk geformuleerd in termen van (uiterlijk) in 2018 te realiseren resultaten. Eén en ander in het besef dat het nieuwe zorglandschap dan nog lang niet af zal zijn en dat de in dit Visiedocument voorgestelde agenda een eerste begin is.

1 Uitgangspunten

1.1 De regio

In dit regionale Visiedocument is voor een geografische afbakening gekozen, die samenvalt met het binnen de zorgkantoorregio's Apeldoorn-Zutphen en Arnhem gelegen deel van het verzorgingsgebied van GGNet, de grootste GGZ-aanbieder in de regio. Binnen de regio is een onderscheid te maken in de subregio's Oost-Veluwe en de Achterhoek, waarvan de grens samenvalt samen met die tussen de zorgkantoorregio Apeldoorn-Zutphen en de zorgkantoorregio Arnhem. Dat is tevens de grens tussen de regio's waarbinnen de beide grootste zorgverzekeraars in de regio - respectievelijk Zilveren Kruis en Menzis - vanuit hun marktaandeel maar ook vanuit hun historische zorgkantoorfunctie een dominante inkooprol vervullen. Figuur 1.1. geeft een overzicht van de regio en de subregio's.

Figuur 1.1



De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek telde begin 2013 bijna 705.000 inwoners, waarvan circa 310.000 in Oost-Veluwe en circa 395.000 in de Achterhoek. De bevolkingsdichtheid in de regio - en met name in de Achterhoek - is iets lager dan gemiddeld in Nederland. De grootste stedelijke kern is Apeldoorn, met 157.000 inwoners binnen de gemeente. Op de meeste sociaal-demografische kenmerken (leeftijd, aantal werkenden, sociaal-economische status) wijkt de regio weinig af van het landelijk gemiddelde. Wel is het aandeel allochtonen in de regio relatief laag (12 % tegenover 21 % landelijk). Verder doen zich (soms aanzienlijke) verschillen voor tussen gemeenten binnen de regio.

Extrapolaties van cijfers uit landelijk bevolkingsonderzoek komen uit op een geschatte jaarprevalentie van psychische aandoeningen onder de volwassen bevolking (18-64 jaar) in de regio van circa 70.000 (waarvan circa 30.000 in de regio Oost-Veluwe en circa 40.000 in de regio de Achterhoek). Ramingen van het aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) komen voor de regio uit op 11.000 à 12.000 personen (gelijkelijk verdeeld over de beide subregio's). Dat is inclusief mensen die 'in symptomatische of functionele remissie' zijn (dat wil zeggen: bij wie de beperkingen als gevolg van de aandoening op dat moment niet manifest zijn, maar weer kunnen terugkeren). Een deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen is in zorg bij de specialistische GGZ (zie hoofdstuk 3). Volgens landelijke ramingen ontvangt een ander deel ondersteuning vanuit andere sectoren of instellingen of geen ondersteuning.

Enkele tientallen aanbieders van GGZ zijn in de regio actief (naast zelfstandige hulpverleners). Veel daarvan hebben slechts een klein aandeel in het totale regionale GGZ-aanbod. De vijf GGZ-aanbieders die aan dit Visiedocument hebben bijgedragen - GGNet, Riwis Zorg en Welzijn, Tactus verslavingszorg, IrisZorg en Leger des Heils - verzorgen tezamen met de RIBW Arnhem en Veluwevallei circa 96 % van het totale intramurale GGZ-aanbod (inclusief beschermd wonen) en naar schatting 95 % van het huidige ambulante GGZ-aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio. Overigens zijn van deze vijf instellingen alleen de tweede grootste - GGNet en Riwis Zorg en Welzijn - vrijwel uitsluitend binnen de regio zelf actief. Het verzorgingsgebied van de andere drie aanbieders ligt voor een belangrijk deel (en soms voor het grootste deel) ook buiten de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek.

1.2 De doelgroep

Het Visiedocument is gericht op de zorg en ondersteuning van mensen met *ernstige psychische aandoeningen*. De organisatorische en zorginhoudelijke veranderingen die het ambulantiseringstraject met zich mee zullen gaan brengen, zullen immers vooral ingrijpen in de zorg voor deze groep. Mensen met ernstige psychische problemen hebben het grootste aandeel in het huidige intramurale GGZ-gebruik.

Dat neemt niet weg dat verreweg het grootste deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen zelfstandig woont. Op landelijke schaal woont niet meer dan 7% in een beschermende woonvorm of verblijfsafdeling van de GGZ. Van de overigen maakt een deel periodiek gebruik van de kortdurende opnamevoorzieningen van de GGZ. Nog weer een ander deel ontvangt uitsluitend ambulante zorg of geen GGZ-zorg.

Langdurige intramurale GGZ-gebruikers vormen een vlottende populatie. Gedurende een jaar stroomt circa een kwart van de mensen uit de voorzieningen voor langdurig verblijf en beschermd wonen. Iets dergelijks geldt ook voor de totale populatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Mensen met ernstige psychische aandoeningen kunnen verbeteren, ook zodanig dat zij niet meer aan de criteria van de doelgroep voldoen.

Leefsituatie, aard en ernst van psychische aandoeningen, het sociale functioneren, wensen en zorgbehoeften verschillen van persoon tot persoon, maar veranderen ook door de tijd. Toch zijn wel enkele algemene bevindingen te melden over de leefsituatie en achtergronden van de doelgroep als geheel. We zagen al dat circa 93 % zelfstandig woont. Naar schatting 10 % van de mensen met EPA is gehuwd; naar schatting 20 tot 30 % woont samen met een partner. De participatiegraad van mensen met EPA is gemiddeld laag. Naar schatting 25 tot 50 % van de mensen met EPA heeft een onbetaalde baan (doorgaans één of twee dagen per week). Circa 10 tot 20 % van de mensen met EPA heeft een betaalde baan. De financiële situatie maar ook lichamelijke gezondheidstoestand is gemiddeld aanzienlijk slechter dan die van de algemene bevolking en een deel heeft ook te kampen met verslavingsproblematiek². Verder kampt naar schatting twee derde van de mensen met EPA met eenzaamheid. Circa een kwart voelt zich meestal of vrijwel altijd eenzaam.

De cijfers duiden erop dat veel mensen met EPA in de samenleving verblijven zonder daar echt deel van uit te maken. Bij velen stuiten de persoonlijke en maatschappelijke ontwikkeling en levensloop op verschillende, soms hardnekkige barrières en 'processen van stagnatie'. Vaak terugkerende elementen daarin zijn traumatisering, gevoelens van onveiligheid en kwetsbaarheid, ervaringen van afwijzing, gebrek aan vertrouwen bij 'omstanders', stigmatisering, het ontbreken van de gelegenheid en kansen een eigen leven op te bouwen of te herpakken en het ontbreken van adequate steun om die problemen het hoofd te bieden en te boven te komen.

Deze 'processen van stagnatie' doen niets af aan de grote behoefte van betrokkenen aan een socialer en actiever leven. Zo zou twee derde meer contacten willen hebben met andere mensen; twee derde zou meer activiteiten willen ondernemen; en bijna twee derde van de niet-werkenden onder de betreffende doelgroep

2 De verslavingszorginstellingen in de regio signalen dat circa 40 % van de eigen cliënten te maken heeft met dubbele diagnose-problematiek. Bij eveneens 40 % van de verslavingszorgcliënten is sprake van een zeer ernstige verslaving.

wil werken. Mensen met EPA denken bij hun problemen dan ook niet zozeer aan pathologie, maar aan mislukte carrières, eenzaamheid en verlies van vrienden. Wensen van mensen met EPA hebben betrekking op universele thema's zoals geaccepteerd en erkend worden als volwaardig persoon, goede persoonlijke relaties met familie, vrienden en kennissen, actief zijn in vrijetijdsbesteding en andere sociale activiteiten, en het deelnemen aan werk of onderwijs. Mensen met EPA hebben, kort gezegd, dezelfde levenswensen als andere burgers; maar ze stuiten bij het realiseren daarvan op veel meer en grotere persoonlijke en maatschappelijke belemmeringen. Velen zouden daar dan ook graag meer steun bij krijgen.

Belangrijkste gemene deler van de ondersteuningsbehoeften van mensen met EPA is de wens om het sociaal isolement te doorbreken. Daarbij zijn de ondersteuningsbehoeften die volgens mensen met EPA zelf het vaakst onvervuld blijven, in de volgende vier hoofdclusters onder te brengen:

- steun bij het (leren) omgaan met de aandoeningen en de psychische gevolgen daarvan;
- hulp bij persoonlijke pogingen tot herstel: zaken op een rij krijgen, ontdekken wat men wil in het leven, zelfvertrouwen krijgen en voor zichzelf opkomen;
- steun bij het opbouwen en onderhouden van sociale contacten en relaties (inclusief intimiteit en seksualiteit); behoefte aan acceptatie en integratie, aan continuïteit in relaties, aan een gevoel erbij te horen;
- steun bij het vinden en behouden van werk, opleiding of andere dagbesteding.

In een recente peiling van het Panel Psychisch Gezien – een panel van bijna 800 mensen met langdurige psychische aandoeningen – geeft een overgrote meerderheid te kennen dat daarvoor meer en betere ambulante zorg nodig is op alle levensgebieden.

1.3 Uitgangspunten en doelstellingen

Doelstelling van dit Visiedocument is het expliciteren van hetgeen nodig is voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor en de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Dat impliceert dat het Visiedocument zich niet alleen richt op alternatieven voor de relatief kleine groep van mensen die nu gebruik maakt van de verblijfs- of woonvoorzieningen van de GGZ. Het gaat om kwaliteitsverbeteringen voor de gehele doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen, ook voor diegenen die op dit moment al zelfstandig wonen en in de samenleving verblijven.

Drie uitgangspunten staan daarbij centraal:

- het doorbreken van de 'processen van stagnatie' en het bevorderen van herstelprocessen;
- een transitie van instellingszorg naar netwerkzorg;
- waarborgen van samenhang en continuïteit in individuele ondersteuningstrajecten (integrale zorg).

Herstelondersteunende zorg

Met het centraal stellen van herstelondersteunende zorg sluit het regionale Visiedocument aan bij het adviesrapport 'Over de brug', het Landelijke Plan van Aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Centraal in dit rapport staat het inzetten op niet alleen symptomatisch, maar ook persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij duidt *persoonlijk herstel* op het hervinden van perspectief, hoop, een positief zelfgevoel, een betekenisvol bestaan en controle over het eigen leven. Bij *maatschappelijk herstel* gaat het om meedoen aan de samenleving, in brede en volwaardige zin, net als andere burgers, maar zonder de persoonlijke kwetsbaarheden te hoeven verstoppen (vrijwaring van stigmatisering). Uitgangspunt is daarbij dat 'een beetje meedoen' niet genoeg is: een huis, een baan, een opleiding en vrijetijdsbesteding in de gewone samenleving zijn de centrale doelen (waarbij niet wordt gewacht totdat de patiënt eenmaal in symptomatische zin voldoende is hersteld).

De regiopartners staan op het standpunt dat herstelondersteunende zorg voor mensen met psychische aandoeningen ten principale 'perspectievolle' zorg dient te zijn. Herstelondersteunende zorg is ook 'fasegevoelig': het houdt rekening met de vooruitgang en terugval, is niet tijd- en plaatsgebonden, maar wordt geboden waar en wanneer nodig, is toegankelijk, flexibel bereikbaar (makkelijk op en af te schalen) en voor kortere of langere tijd inzetbaar. Herstelondersteunende zorg is ook 'omgevingsgeoriënteerd'. Met name

positieve, steunende relaties – en in bredere zin een stimulerende sociale en maatschappelijke omgeving – spelen een doorslaggevende rol in het herstel van mensen met psychische aandoeningen. Herstelondersteunende zorg steunt en stimuleert die relaties. Verder is herstelondersteunende zorg vooral ook preventieve zorg. Tijdig signaleren en tijdige actie voorkómen chroniciteit en een toenemende zorgafhankelijkheid.

In het Landelijke Plan van Aanpak worden de kenmerken van goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in 12 punten samengevat (zie onderstaand kader). Voor de regiopartners vormen deze kenmerken van 'goede zorg' de maatstaven voor de kwaliteit van het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Van instellingszorg naar netwerkzorg

Het mogelijk maken van persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met psychische aandoeningen, is een gezamenlijke inspanning. Instellingszorg moet plaats maken voor preventie en ondersteuning vanuit bredere zorgnetwerken. Zo spelen, als het gaat om de *gezondheid* van mensen met ernstige psychische aandoeningen, naast de GGZ-instellingen, vooral de huisarts, de POH GGZ, maar ook naasten een belangrijke rol. Als het gaat om het '*sociale vangnet*' zijn doorgaans opnieuw naasten nauw betrokken maar kunnen ook wijkteams, buurtvoorzieningen, wijkagent, woningbouwvereniging en opnieuw de GGZ en de huisarts een belangrijke rol vervullen. En op het gebied van de *maatschappelijke participatie* zijn vooral gemeenten, het UWV, regionale arbeidsorganisaties en onderwijsinstellingen belangrijke partners. Elk van deze zorgaanbieders en maatschappelijke organisaties heeft mensen met ernstige psychische aandoeningen iets te bieden. En de GGZ heeft deze organisaties iets te bieden. De opstellers van dit Visiedocument willen daarom nadrukkelijker de samenwerking aangaan in de regio.

Kenmerken van goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen ('Over de brug', Phrenos, 2014).

Goede zorg:

- Ondersteunt herstel en bevordert empowerment
- Bevordert participatie en bestrijdt stigmatisering
- Streeft naar veiligheid (en het nemen van verantwoorde risico's)
- Stemt zorg individueel af ('personalized care')
- Investeert veel in goede werkrelaties
- Ondersteunt en werkt samen met familie en andere naastbetrokkenen
- Werkt aan effectieve relaties in de bredere omgeving
- Biedt zorg die rekening houdt met de dimensies en fasen van herstel
- Biedt zoveel mogelijk bewezen effectieve interventies aan
- Bevordert lichamelijke gezondheid en somatische zorg
- Biedt integrale zorg die op continuïteit gebaseerd is
- Maakt optimaal gebruik van nieuwe technologie

Samenhang en continuïteit: naar integrale zorg

Veel maatschappelijke organisaties kunnen een rol spelen in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Maar het leven en de ondersteuningsbehoeften van betrokkenen kunnen niet in afzonderlijke stukken worden opgeknipt. Persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand. Herstelondersteunende zorg is daarom per definitie samenhangende zorg; dat wil zeggen zorg waarbij de afzonderlijke activiteiten van de diverse professionele en informele ondersteuners door de cliënt worden ervaren als een betekenisvol onderdeel van het eigen leven. Goede afstemming en afspraken op voorzieningenniveau en een goede coördinatie en regie in individuele ondersteuningstrajecten zijn daarvoor essentieel maar niet altijd voldoende. De regiopartners willen ook inzetten op integrale zorg, waarbij de ondersteuning op de diverse levensgebieden wordt geboden c.q. georganiseerd vanuit integraal werkende, nauw met het netwerk van de cliënt en de lokale samenleving samenwerkende multidisciplinaire teams.

Ambitie

Kerdoelstelling van dit Visiedocument is om te komen tot een breed gedragen, effectief en zoveel als mogelijk ook preventief, herstelondersteunend regionaal zorg- en ondersteuningslandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in Oost-Veluwe en de Achterhoek.

Blauwdrukken voor een dergelijk zorglandschap bestaan niet, al was het maar omdat dat landschap er anders uitziet al naar gelang wordt ingezet op hetgeen minimaal *noodzakelijk* is, dan wel hetgeen met extra inzet mogelijk is, of hetgeen idealiter *wenselijk* is. De ontwikkeling van een dergelijk zorglandschap hoeft ook niet vanaf nul te beginnen; veel is al in gang gezet (zie de volgende hoofdstukken).

Toch willen de regiopartners nadrukkelijk de ambitie uitspreken om niet te gaan voor een minimum- of tussenvariant maar om vol in te zetten op een optimaliseringsscenario. Primair omwille van de kwaliteit van leven van mensen met psychische aandoeningen zelf, maar ook omdat investeringen in de gezondheid, de veiligheid en de participatie van mensen met psychische aandoeningen zich op tal van fronten terugverdienen binnen de zorg maar ook binnen de regionale samenleving in bredere zin. Het streven van de regiopartners is dan ook om in ieder geval die middelen die vrij komen uit de beddenafbouw zoveel als mogelijk voor de ontwikkeling en uitbouw van dit nieuwe zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in te zetten.

Per saldo moet het toekomstige zorglandschap vooral ook bijdragen aan een *tijdige* ondersteuning. Waar processen van stagnatie vroegtijdig gekeerd c.q. voorkomen kunnen worden, kan een groeiende zorgafhankelijkheid worden tegengegaan. De regiopartners zien mogelijkheden om, bij adequate maatregelen en investeringen op de korte termijn, deze zorgafhankelijkheid op de langere termijn (tien jaar) met een derde terug te dringen.

2 Intramurale zorg en beschermd wonen

2.1 Uitgangssituatie

Intramurale GGZ is grofweg te onderscheiden naar opnamevoorzieningen (hier gedefinieerd als opnamen tot 1 jaar, gefinancierd vanuit de ZVW) en verblijfsvoorzieningen (opnamen van langer dan een jaar, tot en met 2014 gefinancierd vanuit de ABWZ). Daarnaast kent de GGZ voorzieningen voor beschermd wonen (geïntegreerde woon-zorgarrangementen). Daarbij gaat het om een divers palet aan groepswoonruimten, geclusterde Hat-eenheden of individuele woningen in beheer van de GGZ-instellingen (tot 2014 gefinancierd vanuit de ABWZ, vanaf 2015 vanuit de WMO). Een groot deel, maar niet alle cliënten van deze opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen heeft te kampen met ernstige psychische aandoeningen.

Tussen 2000 en 2010 is het totaal aantal opname-, verblijfs- en woonvoorzieningen in de GGZ in Nederland met ruim een derde gegroeid. Met name het aantal plaatsen voor beschermd wonen nam in deze periode fors toe. Anno 2011 wordt circa 60 % van het GGZ-budget besteed aan intramurale zorg of beschermd wonen. Sinds 2012 is een kentering ingezet, met name in de capaciteitsontwikkeling van de opnamevoorzieningen. Dat aantal daalt sinds 2012 met circa 6 % per jaar. Een bescheidener daling is sinds 2013 te zien in de capaciteit van de verblijfsvoorzieningen. De laatste cijfers over het beschermd wonen duiden op een nulgroei.

De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek telt twaalf aanbieders van intramurale GGZ en beschermd wonen (inclusief verslavingszorg). In 2013 vond een uitgebreide inventarisatie plaats van de totale intramurale GGZ-capaciteit in de regio (zie bijlage 1). De inventarisatie had betrekking op het jaar 2012. Voorafgaand daaraan was al op onderdelen intramurale capaciteit afgebouwd; zo ook in de periode daarna. De cijfers geven niettemin een goede indruk van de verdeling van het aantal plaatsen over de verschillende typen voorzieningen en de regionale spreiding ervan.

Tabel 2.1 Regionale intramurale GGZ-capaciteit 2012 (in aantal AWBZ- of ZVW-gefinancierde plaatsen*; inclusief verslavingszorg, exclusief justitiële plaatsen)

	Totaal	Opnamevoorzieningen (ZVW)	Verblijfsvoorzieningen (AWBZ-B)	Beschermd wonen (AWBZ-C)	Overig**
Regiopartners	1.781	413 ***	346	973****	48
Overige aanbieders	86	28	2	57	0
Totaal	1.867	441	348	1.030	48

* Berekend op basis van aantal verblijfdagen in 2012 gedeeld door 366.

** AWBZ overig: kinderen & jeugd, sectorvreemde ZZP's en het Volledig Pakket Thuis (VPT).

*** Exclusief circa 88 opnameplaatsen van de verslavingszorginstellingen, die in gebruik zijn voor cliënten van buiten de regio (bij de overige instellingen zijn de 'bovenregionale' plaatsen wel meegeteld).

**** Inclusief RIBW Arnhem en Veluwevallei.

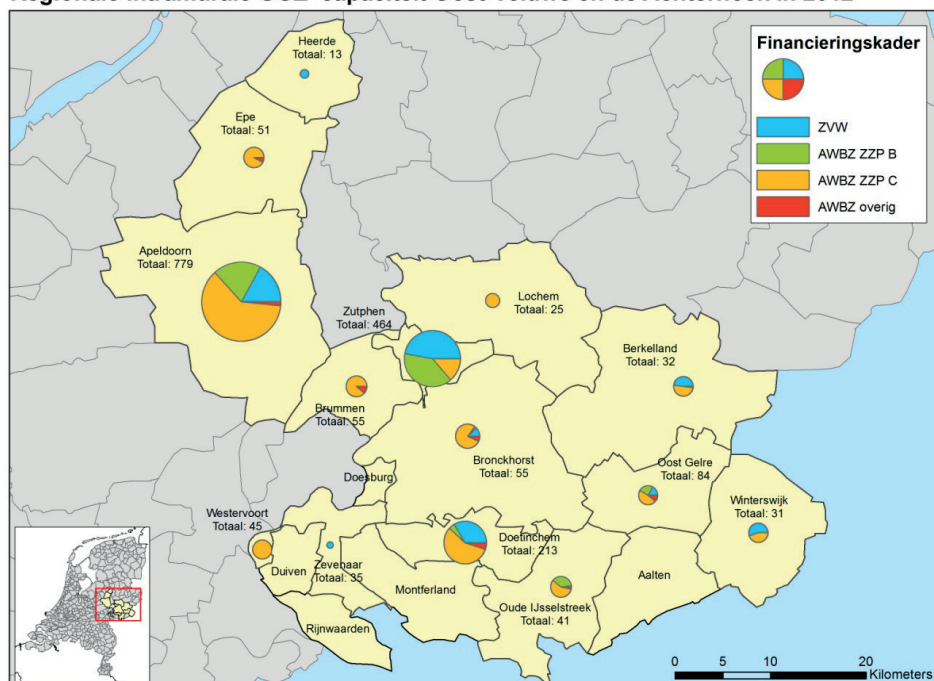
Tabel 2.1 laat zien dat de regio in 2012 in totaal over bijna 1.900 intramurale GGZ-plaatsen beschikte, waarvan bijna de helft opname- of verblijfsplaatsen en ruim de helft plaatsen voor beschermd wonen. De regiopartners (opstellers van dit Visiedocument) hebben tezamen met RIBW Arnhem en Veluwevallei een aandeel van circa 96 % in de regionale intramurale en BW-capaciteit. GGNet is de grootste aanbieder van opname- en verblijfsplaatsen en Riwis Zorg en Welzijn de grootste aanbieder van beschermd wonen in de regio. Daarnaast wordt een klein deel van het beschermd wonen in de regio geboden door de RIBW Arnhem en Veluwe-vallei (die verder vooral in de naburige regio actief is). Verder neemt de verslavingszorg – verzorgd door de drie andere regiopartners: Tactus, IrisZorg en Leger des Heils – met in totaal 324 plaatsen (waaronder

59 opnameplaatsen voor cliënten van binnen de regio en 252 BW-plaatsen) een relatief groot aandeel in van de regionale intramurale GGZ- en BW-capaciteit. Niet meegenomen in het overzicht zijn 107 door Justitie gefinancierde forensisch-psychiatrische plaatsen.

Kanttekening bij de regionale capaciteitscijfers is dat de instellingen voor een deel ook bovenregionaal werken. GGNet geeft aan dat 7,5 % van de intramurale productie van de voorzieningen binnen de regio in 2012 werd ingezet voor cliënten van buiten de regio. Het betreft met name een aantal specialistische voorzieningen, waaronder voorzieningen voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek, voor mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking of voor mensen met autisme. Bovenregionale capaciteit van GGNet is meegenomen in tabel 2.1. Verder geven vooral de instellingen voor verslavingszorg aan dat met name hun opnamevoorzieningen (ZVW) in de regio voor een belangrijk deel (circa 60 %) bovenregionaal werken (verzorgingsgebieden van betreffende instellingen liggen ook voor een belangrijk deel buiten de regio). In de regio gevestigde opnameplaatsen van de verslavingszorginstellingen die in gebruik zijn door cliënten van buiten de regio, zijn op verzoek van de betreffende instellingen niet meegeteld in tabel 2.1.

Figuur 2.1

Regionale intramurale GGZ-capaciteit Oost-Veluwe en de Achterhoek in 2012



In figuur 2.1 wordt een overzicht gegeven van de verdeling van de intramurale en BW-plaatsen over de regio. De figuur laat zien dat 70 % van de capaciteit in de regio Oost-Veluwe ligt en 42 % in één gemeente: de gemeente Apeldoorn. Met name een groot deel van de BW-plaatsen (AWBZ ZZP C) in de regio (46 %) is geconcentreerd in de gemeente Apeldoorn. Opname- en verblijfsvoorzieningen (ZVW en AWBZ ZZP B) zijn vooral geconcentreerd in de gemeente Zutphen (Warnsveld), en in iets mindere mate in Apeldoorn (opname en verblijf) en Doetinchem (opname).

Vergelijken we de regionale capaciteitscijfers met de landelijke capaciteitscijfers - bovenstaande kanttekeningen over bovenregionaliteit in het achterhoofd houdend - dan blijkt dat de capaciteit per 100.000 inwoners in de regio in 2012 hoger lag dan gemiddeld in Nederland: 265 plaatsen per 100.000 inwoners in de regio versus 221 plaatsen per 100.000 inwoners landelijk (zie tabel 2.2). Dit verschil is voor het grootste deel toe te schrijven aan de hoge capaciteit voor Beschermd Wonen in de regio. De BW-capaciteit per 100.000 inwoners in de regio is ongeveer anderhalf keer zo hoog als landelijk. De regionale opname-capaciteit ligt iets onder het landelijk gemiddelde en de verblijfs capaciteit in de regio komt nagenoeg overeen met de landelijke cijfers.

Tabel 2.2 Intramurale GGZ-capaciteit in 2012 regionaal en landelijk (aantallen plaatsen* per 100.000 inwoners)

	Totaal	Opnamevoorzieningen (ZWV)	Verblijfsvoorzieningen (AWBZ-B)	Beschermd wonen (AWBZ-C)	Overig**
Oost-Veluwe + Achterhoek	265	62 ***	49	146	7
Landelijk 2012 (LMIG)****	221	69	49	98	6

* Berekend op basis van aantal verblijfdagen in 2012 gedeeld door 366.

** AWBZ overig: kinderen & jeugd, sectorvreemde ZZP's en het Volledig Pakket Thuis (VPT).

*** Exclusief opnameplaatsen van de verslavingszorginstellingen, die in gebruik zijn voor cliënten van buiten de regio.

**** Trimbos-instituut (2013): Landelijke Monitor Intramurale GGZ.

2.2 Toekomstvisie

Behandeling sec is in de toekomst geen afdoende reden meer voor een opname of verblijf in een GGZ-instelling. Behandeling kan het beste thuis of in een andere 'gewone' setting plaats vinden. Zo kan de behandeling beter aansluiten bij de persoonlijke omstandigheden van de cliënt en worden de iatrogene effecten van een ziekenhuisverblijf voorkomen. Klinische opname en klinisch verblijf zijn dan feitelijk alleen geïndiceerd bij een korter of langer durende behoefte aan beveiliging, bescherming of respijt. De indicatie voor een opname of verblijf moet zich dan ook beperken tot het beschermings-, beveiligings- of respijtcriterium. De na te streven doelen moeten worden gerelateerd aan de criteria die de opname of het verblijf noodzakelijk hebben gemaakt. En waar behandeling bij een opname aan de orde is, wordt deze uitgevoerd conform het behandelplan dat door de ambulante behandelaar is opgesteld. Ambulante behandelaars werken dan ook bij voorkeur transmuraal.

Waar opname of verblijf toch nodig is, kan die zorg worden verbeterd door middel van het bieden van intensievere zorg (naast de transmuraal werkenden ook door specialisten in intensieve klinische zorg), met meer persoonlijke aandacht in een meer herstelbevorderende fysieke omgeving (geen ziekenhuissfeer). Kosten per opnamedag zullen bij deze intensieve zorg navenant hoger zijn. Daar staat tegenover dat de opnameduur kan worden bekort.

Daarnaast kan de zogeheten 'respijtzorg' op alternatieve wijze worden georganiseerd, met name in de vorm van laagdrempelige faciliteiten waar mensen op eigen verzoek tijdelijk kunnen verblijven wanneer men angstig of eenzaam is of zich niet veilig voelt. Andere opties voor respijtzorg zijn een consumer-run zorghotel, crisisplaatsing in een gezin of een logeerfaciliteit met een aanspreekpunt 's nachts.

Bovenstaande visie op de functies van de intramurale GGZ gaat goed samen met een streven naar een kwantitatieve capaciteitsreductie. Hoeveel intramurale capaciteit exact afgebouwd kan worden en hoeveel intramurale plaatsen er precies nodig zijn in het toekomstige zorglandschap, hangt mede af van de kwaliteitsimpulsen in de overblijvende intramurale voorzieningen, maar ook van de toekomstige capaciteit en kwaliteit van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Naarmate het, met de nodige investeringen in de ambulante zorg, beter lukt om ook in een ambulante setting de (sociale) veiligheid en bescherming en de daarvoor benodigde sociale verbanden en vangnetten rond de cliënt te organiseren, zal klinische capaciteit minder nodig zijn. Tegelijk is het zaak om de groep die hoogspecialistische zorg nodig heeft of die blijk geeft van een zeer grote en complexe zorgbehoefte, goed te bedienen.

Ook op het gebied van het beschermd wonen is een capaciteitsreductie mogelijk. Maar vooral is een nieuwe visie nodig. Geïntegreerde woonzorg-arrangementen worden in de toekomst meer toegespitst op specifieke functies, bijvoorbeeld helder in tijd begrensde trainingshuizen voor jongeren met psychische problematiek of ex-verblijfscliënten, of voorzieningen voor ouderen met een blijvende intensieve zorgbehoefte. Belangrijk is dat daarnaast een grote diversiteit aan (betaalbare) woonvormen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen beschikbaar komt. Voor een deel kunnen die woonvormen gerealiseerd worden door het (financieel) scheiden van wonen en zorg van bestaande BW-plaatsen. In paragraaf 2.1 werd er al op gewezen dat het Beschermd Wonen de facto al bestaat uit een divers palet aan groepswooningen, geclusterde

Hat-eenheden of individuele woningen. Daarbij is al langere tijd binnen het Beschermd Wonen een schaalverkleining gaande, waardoor een steeds groter aantal BW-cliënten in individuele of tweepersoonsvoorzieningen woont, die in fysieke zin in niets meer afwijken van een reguliere woning. Dat maakt het scheiden van wonen en zorg (de woning in beheer van de woningcorporatie, de zorg geboden vanuit de GGZ) steeds beter mogelijk. Maar daarnaast is het van belang dat ook nieuwe, betaalbare en bij de diverse woonwensen (gezamenlijk, geclusterd, individueel) van mensen met ernstige psychische aandoeningen aansluitende woonvormen beschikbaar komen. De facto geldt hetzelfde voor huidige woonvoorzieningen in de maatschappelijke opvang³.

Een landelijk expertpanel maakte enkele jaren terug op basis van het beschikbare onderzoek een raming van de benodigde opnamecapaciteit, verblijfs capaciteit en BW-capaciteit. Daarbij maakte het panel een onderscheid in een continueringscenario (ongewijzigd beleid) en een optimaliseringsscenario (maximaal investeren in goede ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning). Voor het optimaliseringsscenario kwam het panel voor een 'gemiddelde' regio van 700.000 inwoners (het inwoneraantal van Oost-Veluwe en de Achterhoek) tot een benodigde opnamecapaciteit van circa 300 - 375 plaatsen (inclusief jeugdzorg en verslavingszorg), een benodigde verblijfs capaciteit van circa 175 – 225 plaatsen en een benodigde BW-capaciteit (geïntegreerde woonzorg-arrangementen) van 325-375 plaatsen. Bij elkaar opgeteld komen deze cijfers grotendeels overeen met het in het *Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ* afgesproken streefcijfer voor totale intramurale GGZ-capaciteit in 2020.

2.3 Ontwikkelagenda

De regiopartners nemen bovenstaande ramingen c.q. de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord als leidraad voor de beddenafbouw in de regio. Daarbij wordt niet uitgesloten dat op de langere termijn ambities nog kunnen worden uitgebreid. Voor de eerstkomende jaren willen de regiopartners bij het afbouwtraject echter ook rekening houden met een aantal specifieke regionale omstandigheden. In de eerste plaats kent de regio een aantal specialistische, doelgroep-specifieke bovenregionale voorzieningen, waarvan de intramurale zorg als niet-substituëerbaar te beschouwen is. In de tweede plaats is in de regio een relatief groot aantal verslavingszorgvoorzieningen aanwezig, deels met een bovenregionale functie en voor wat betreft de totale actuele capaciteit door de regiopartners vooralsnog eveneens als 'niet-substituëerbaar' aangemerkt⁴. En in de derde plaats kent de regio een relatief hoge, historische gegroeide BW-capaciteit, waarvan een te snelle afbouw mogelijk risico's met zich mee zou brengen.

De regiopartners kiezen daarom voor een afbouwtraject tot 2018 conform de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord, om vanaf dat jaar te bezien wat de gevolgen en wat de vervolgstappen kunnen zijn. Tabel 2.3 geeft de ambities voor 2018 weer, afgezet tegen de uitgangssituatie in 2012 en benodigde capaciteit volgens bovenstaande ramingen voor het 'optimaliseringsscenario'.

3 Ook de verslavingszorginstellingen, nauw verbonden met de maatschappelijke opvang, benadrukken het belang van meer diversiteit in het woonaanbod voor verslaafde cliënten. Er is behoefte aan gedifferentieerde voorzieningen voor dry, wet, damp housing, al naar gelang de ernst van de verslavingsproblemen en de mogelijkheden om abstinentie na te streven, zo luidt het. Ook dient rekening gehouden te worden met de vraag naar geclusterd wonen om cliënten meer veiligheid te bieden en betaalbare woningen te kunnen aanbieden. Verder moet de vraag naar bovenregionale woonvoorzieningen voor forensische cliënten met verslavingsproblemen in ogenschouw worden genomen, aldus de verslavingszorginstellingen. Gepleit wordt voor een gedifferentieerd aanbod van woningen zoals BW-plaatsen, beschut wonen, wonen in de wijk met begeleidingsvormen in allerlei modaliteiten.

4 De verslavingszorginstellingen hanteren voor wat betreft de benodigde regionale opnamecapaciteit en in navolging landelijke Werkgroep Klinische Capaciteit Verslavingszorg de actuele gebruikscijfers als norm en komen op basis daarvan op een minimaal benodigd aantal opnameplaatsen voor verslavingszorg voor een regio van 700.000 inwoners van circa 85 bedden. Dat is meer dan het huidige aantal van 59 opnameplaatsen voor verslavingszorg dat in gebruik is voor cliënten van binnen de regio. Een actuele treatment-gap, wachtlijstproblematiek, mogelijk aanwas vanuit belendende sectoren en de noodzaak van het overeind houden van opgebouwde expertise, ondersteunen volgens de instellingen het belang van (tenminste) het behoud van de huidige capaciteit. Daarbij is de indruk van de instellingen dat met name het aantal detoxificatie-opnamen voorlopig nog zal stijgen. Wel wil men ondertussen inzetten op verkorting van de behandelduur. Ook de BW-voorzieningen van de verslavingszorg moeten volgens de betreffende instellingen vooralsnog behouden blijven. Dit om te voorkomen dat cliënten met ernstige en chronische verslavingsproblemen verloederen, onderbehandeld raken en kans lopen overlast te gaan geven, aldus de instellingen. Aangegeven wordt dat de BW-clientèle met name bestaat uit chronisch verslaafde mensen, die zijn gestabiliseerd door de geboden zorg. Het merendeel van deze cliënten heeft permanent behoefte aan zorg, zo luidt het. De instellingen wijzen er daarnaast op dat er weinig ambulante alternatieven voorhanden zijn. Zo wordt gesignaleerd dat de capaciteit voor begeleid zelfstandig wonen zeer beperkt is voor mensen met verslavingsproblemen.

Tabel 2.3 Intramurale GGZ-capaciteit Oost-Veluwe en de Achterhoek: uitgangssituatie 2012, ambities 2018 en landelijke raming optimaliseringsscenario (in plaatsen*)

	Totaal	Opname-voorzieningen	Verblijfs-voorzieningen	Beschermd wonen	Overig**
2012					
Regio totaal	1.867	441	348	1.030	48
Regiopartners totaal***	1.781	413	346	973	48
Waarvan GGZ algemeen	1.457	355	340	721	42
Waarvan verslavingszorg	324	59 ****	7	252	6
2018					
Regiopartners totaal	1.140 - 1.260	340 - 360	170 - 180	630 - 720	-
Waarvan GGZ algemeen	830 - 900	260 - 270	170 - 180	400 - 450	-
Waarvan verslavingszorg	310 - 360	80 - 90	-	230 - 270	-
Landelijke raming*****	800 - 975	300 - 375	175 - 225	325 - 375	-

* Berekend op basis van aantal verblijfdagen gedeeld door 365.

** AWBZ overig: kinderen & jeugd, sectorvreemde ZZP's en het Volledig Pakket Thuis (VPT).

*** Inclusief RIBW Arnhem en Veluwevallei.

**** Exclusief circa 88 opnameplaatsen van de verslavingszorginstellingen, die in gebruik zijn voor cliënten van buiten de regio (bij de overige instellingen zijn de 'bovenregionale' plaatsen wel meegeteld).

***** Benodigde capaciteit volgens het 'optimaliseringsscenario' (maximale investering in ambulante zorg) voor een gemiddelde regio van 700.000 inwoners. Trimbos-instituut (2009): Toekomstverkenning Intramurale GGZ.

Belangrijk om op te merken is dat deze afbouwambities - anders dan in de beeldvorming rond de beddenafbouw soms wordt gesuggereerd - niet zullen leiden tot een 'hausse' aan extramuraliserende cliënten. Ten eerste omdat verreweg het grootste deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen al in de samenleving woont. Langdurige verblijfscliënten en BW-cliënten vormen in dat opzicht maar een kleine groep. Ten tweede omdat de afbouw van verblijfs- en woonvoorzieningen meer dan volledig kan worden opgevangen door de reguliere, jaarlijkse uitstroom uit deze voorzieningen (circa een kwart van de verblijfs- en BW-cliënten stroomt jaarlijks uit). De opgave ligt dan ook niet zozeer in het 'verhuizen' van mensen van instelling naar samenleving, maar in het voorkomen dat nieuwe mensen vanuit de samenleving - al dan niet tijdelijk - moeten 'verhuizen' naar de instellingen.

Beschikbaarheid van betaalbare en passende woningen is wel een voorwaarde. De gemeente Apeldoorn heeft met de woningcorporaties afgesproken om jaarlijks 100 van de vrijkomende sociale huurwoningen te reserveren voor 'mensen uit de GGZ', inclusief de mensen die uitstromen uit de BW- en verblijfsvoorzieningen, één en ander ter beoordeling door een Toetsingscommissie van de sociale wijkteams (zie ook hoofdstuk 3).

Belangrijkste agendapunten, voortvloeiend uit bovenstaande toekomstvisie over de intramurale en BW-voorzieningen in de regio, zijn verder:

- kwaliteitsverbetering van de acute intramurale zorg in de vorm van voorzieningen voor High Intensive Care;
- kwaliteitsverbetering van de intensieve intramurale vervolgbehandeling;
- ontwikkeling van respijtvoorzieningen;
- verkenning van de mogelijkheden van impairment (omzetten van huidige BW-woonvoorzieningen naar reguliere woningen voor de doelgroep);
- onderzoek naar de inkomenspositie van cliënten bij het scheiden van wonen en zorg.

3 Ambulante zorg, behandeling en maatschappelijke ondersteuning

3.1 Uitgangssituatie

Mensen met ernstige psychische aandoeningen hebben behoefte aan ondersteuning bij het omgaan met psychische problemen maar ook bij hun zelfredzaamheid, bij het opbouwen en onderhouden van hun sociale leven en sociale netwerk en bij hun maatschappelijke participatie. Landelijke onderzoeksgegevens laten zien dat betrokkenen op dit moment voor de ondersteuning op al deze levensgebieden nagenoeg volledig zijn aangewezen op familie (voor zover aanwezig) en de GGZ. Andere maatschappelijke voorzieningen en instanties zijn nog nauwelijks in beeld.

Het ambulante GGZ-aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek weerspiegelt grosso modo de landelijke situatie. Gespecialiseerde ondersteuning aan deze doelgroep wordt voor een belangrijk deel geboden vanuit één van de tien FACT-teams of het ACT-team van GGNet⁵. (F)ACT staat voor (Flexible) Assertive Community Treatment. (F)ACT-teams zijn multidisciplinaire, regiogebonden teams die zo mogelijk integrale zorg bieden, specifiek aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een ander deel van de cliënten is in ambulante zorg bij één van de teams voor ambulante begeleiding van de RIBW's, bij de verslavingszorg (waaronder één FACT-verslavingszorgteam) of bij kleinere, specialistische GGZ-aanbieders in de regio. Verder beschikt de regio over diverse categorale inloop- en dagbestedingsvoorzieningen, enkele leer-/werkprojecten en een aanbod voor individuele trajectbegeleiding naar opleiding of werk voor de doelgroep. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de belangrijkste ambulante GGZ-voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio, in termen van zorgvorm, geschatte beschikbare capaciteit en geschatte aantallen cliënten.

Tabel 3.1 Ambulante GGZ-voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek: capaciteit en gebruik (2012; op basis van schattingen van de instellingen).*

Zorgvorm / aanbieder	FTE	Cliënten op jaarbasis
FACT / ACT GGNet	102	2.500
Ambulante begeleiding RIBW's	45	600
Ambulante verslavingszorg EPA	93	800
Specialistische regionale aanbieders	60	550
Dagbesteding en inloop	111	2.900
Individuele trajectbegeleiding	34	?

* Aantallen FTE en aantallen cliënten bevatten dubbeltellingen.

Veel cliënten zijn gebaat bij het ondersteuningsaanbod vanuit de GGZ. Maar er is ook nog veel ruimte voor verbetering. Zo heeft de introductie van de FACT-teams de zorgintensiteit voor een deel van de cliënten vergroot. Maar landelijk onderzoek laat zien dat nog lang niet alle mensen met ernstige psychische aandoeningen deze intensievere zorg ontvangen. Bovendien blijkt de zorgintensiteit vanuit de FACT-teams gemiddeld nogal altijd aanzienlijk lager dan volgens een modelgetrouwe implementatie zou moeten en dat opschaling van de zorgintensiteit zich veelal beperkt tot crisissituaties. Gevolg daarvan is dat teams nogal eens van de ene crisissituatie naar de andere werken en te weinig toekomen aan ondersteuning bij bijvoorbeeld participatie. Geconstateerd wordt ook dat samenwerking vanuit de teams met anderen vaak nog beter kan. Ook daardoor blijft ondersteuning bij met name participatie soms achter.

5 Naast de elf (F)ACT-teams beschikt GGNet over twee FIT-teams (Functie Intensieve Thuisbehandeling), twee VIP-teams (Vroege Interventie Psychose) en twee IHT-teams (Intensive Home Treatment).

Ook bij de dagbestedingsvoorzieningen worden kanttekeningen geplaatst. Veel gebruikers / deelnemers waarderen deze voorzieningen. Voor sommigen vervullen ze een heel belangrijke rol, omdat het de enige plek is waar men anderen ontmoet. Maar de dagactiviteitencentra worden ook nog voor een belangrijk deel gekenmerkt door een collectief aanbod. Voor een deel van de populatie voldoet dat. Maar voor een groot deel van de populatie sluit dat aanbod niet aan bij individuele wensen en behoeften van mensen. Het aanbod is te eenvormig en te eenzijdig en maakt te weinig onderscheid naar individuele wensen en capaciteiten.

Onderzoek onder mensen met ernstige psychische aandoeningen laat dan ook nog veel onvervulde zorgbehoeften zien, enerzijds op het gebied van de steun bij het verwerken van en omgaan met de eigen psychische problemen en aandoeningen, anderzijds bij pogingen tot persoonlijk herstel (zaken op een rij krijgen, ontdekken wat men wil in het leven, zelfvertrouwen krijgen en voor zichzelf opkomen) en sociaal en maatschappelijk herstel (opbouwen en onderhouden van sociale contacten en relaties, vinden en behouden van werk, opleiding of andere dagbesteding).

Op veel fronten zijn verbetertrajecten gaande, maar over de volle breedte is het huidige GGZ-aanbod nog onvoldoende om iedereen adequaat te bedienen, om de 'processen van stagnatie' waar velen tegenaan lopen, te keren en om mensen optimaal te ondersteunen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. De GGZ-instellingen kunnen dat ook niet alleen.

3.2 Toekomstvisie

Drie speerpunten staan voor de regiopartners centraal in de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio:

- a. Veel meer en veel gericht investeren van de beschikbare GGZ-middelen in de psychologische behandeling van ernstige psychische aandoeningen.
- b. Ondersteuning op andere levensgebieden veel nadrukkelijker organiseren en aanbieden in samenwerking met c.q. vanuit andere maatschappelijke organisaties, met ondersteuning vanuit de GGZ.
- c. Maximaal inzetten op samenhang en continuïteit door middel van *integrale zorg*.

Cruciaal bij elk van deze drie speerpunten is verder vooral een *tijdige* c.q. *preventieve* ondersteuning. Waar processen van stagnatie vroegtijdig gekeerd c.q. voorkomen kunnen worden, kunnen chroniciteit en een groeiende zorgafhankelijkheid worden tegengegaan. Als gezegd zien de regiopartners mogelijkheden om, bij adequate maatregelen en investeringen op de korte termijn, deze zorgafhankelijkheid op de langere termijn (tien jaar) met een derde terug te dringen.

a. Psychische behandeling

Een groot deel van de mensen met ernstige psychische aandoeningen is getraumatiseerd. Prevalentieschattingen van seksueel misbruik op jonge leeftijd schommelen bij langdurige GGZ-gebruikers rond de 50 %. Daaroverheen hebben velen te kampen gehad met een reeks van ervaringen van mislukking en afwijzing. Veel mensen hebben echter nooit adequate behandeling ontvangen voor de psychische schade ten gevolge van deze ervaringen. Velen zijn voortijdig en ten onrechte als 'uitbehandeld' aangemerkt.

De GGZ-instellingen in de regio willen zich daarom veel nadrukkelijker gaan toeleggen op het aanreiken van adequate behandelingen en op actief herstel van de psychische gezondheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Centraal daarin staat een combinatie van systematische versterking van positieve ervaringen en vertrouwen in eigen mogelijkheden van cliënten, het bieden van state of the art psychologische interventies en de zelfwerkzaamheid van cliënten zelf en hun omgeving. Ingezet wordt op actief herstel van psychische gezondheid, maar ook op herstel van persoonlijk en maatschappelijk functioneren en regie in eigen leven. Inbedding van de zorg voor patiënt en naasten in de eigen leefomgeving is daarvoor een randvoorwaarde. Daarbij is de behandeling doelgericht, planmatig en meer geconcentreerd in de tijd. Behandeling mag niet meer geruisloos overgaan in langdurige zorg. Bij niet succesvolle behandeling vindt een kritische her-diagnostiek of second opinion plaats. Extra aandacht wordt besteed aan intelligentie-ontwikkeling, emotionele ontwikkeling, onbehandelde trauma's en aanwijzingen voor mogelijk autisme.

Betere diagnostiek heeft potentiële winst van behandelbaarheid, meer passende zorg en gezondheidswinst als gevolg.

De ambitie van de GGZ-instellingen is om zo de bestaande grenzen van behandeling ingrijpend te verleggen en chronische zorg tot het uiterste terug te dringen. Daartoe wordt maximaal geïnvesteerd in meer behandelexpertise in de GGZ-teams.

b. Ondersteuningsnetwerken

Ondersteuning op andere levensgebieden kan het beste georganiseerd en aangeboden worden door de maatschappelijk organisaties die thuis zijn in deze respectievelijke domeinen. De GGZ-instellingen willen zich daarbij dienstbaar opstellen, in samenwerkingsverbanden participeren en ondersteuning bieden waar nodig. Mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn zo niet meer uitsluitend aangewezen op de GGZ, maar ontvangen ondersteuning vanuit bredere, maatschappelijk ingebedde ondersteuningsnetwerken.

Vier opgaven staan daarbij centraal:

- het organiseren van een goede (somatische) gezondheidszorg;
- het organiseren van basisopvang en veiligheid;
- het organiseren van een sociale steunstructuur (inclusief ondersteuning mantelzorgers);
- het organiseren van ondersteuning bij maatschappelijke participatie.

Het organiseren van een goede (somatische) gezondheidszorg

De levensverwachting van mensen met ernstige psychische aandoeningen is gemiddeld 15 jaar lager dan die van de algemene bevolking. Een deel van de doelgroep heeft ook te kampen met verslavingsproblematiek. Zorg voor een goede psychische én lichamelijke gezondheid verdient daarom hoge prioriteit. De huisarts speelt hierin, naast andere eerstelijnsvoorzieningen, een belangrijke rol. De GGZ-instellingen willen daarom nog veel nadrukkelijker een consultatieve taak op zich nemen en de eerstelijnsgezondheidszorg waar nodig en mogelijk ondersteunen bij de zorg voor hun patiënten met ernstige psychische aandoeningen, zowel bij het bevorderen van de lichamelijke als de psychische gezondheid (onder andere door de POH GGZ). Ook de verslavingszorginstellingen willen in de nabije toekomst expliciet een ondersteunende, consultatieve rol gaan vervullen in het organiseren van een goede lichamelijke gezondheidszorg voor hun cliënten.

Het organiseren van basisopvang en veiligheid

Met name vanuit de verslavingszorginstellingen wordt gewezen op de noodzaak van samenwerking en ondersteuningsnetwerken op het grensvlak van verslavingszorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijke opvang en forensische zorg. Goede opvangvoorzieningen zijn en blijven cruciaal. Daar behoren onder andere ook gebruiksruidten en heroïneverstrekking toe, aldus de verslavingszorginstellingen. Daarnaast is samenwerking met politie en woningbouwverenigingen aangewezen. Overigens laat onderzoek zien dat veel van de bestaande samenwerkingsverbanden rond mensen met EPA, juist betrekking hebben op dit domein en in het bijzonder op het voorkomen van overlastproblematiek. Belangrijk is echter ook het organiseren van veiligheid vanuit het perspectief van mensen met EPA zelf.

Het organiseren van een sociale steunstructuur

Een veilige woonomgeving en leefsituatie is belangrijk voor een ieder en cruciaal voor het persoonlijke en maatschappelijke herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Tegengaan van eenzaamheid, periodieke (angst voor) terugval of algemene gevoelens van onveiligheid (mede als resultaat van eerdere ervaringen) vragen om een sociale steunstructuur en een adequaat en laagdrempelig ondersteuningsnetwerk en vangnet. Naastbetrokkenen spelen daarin een belangrijke rol, maar mogen er niet alleen voor staan. Een programma voor mantelzorgondersteuning verdient hoge prioriteit, met als onderdelen daarvan de inrichting van een expertise-netwerk, projecten die de draagkracht kunnen versterken, respijtoorzieningen en 24-uursinformatievoorziening. Verder is in de ontwikkeling van een sociale steunstructuur een rol weggelegd voor de GGZ en voor sociale wijkteams, maar ook cliëntenorganisaties, wijkagent, woningbouwvereniging kunnen een belangrijke bijdrage leveren, één en ander mede afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden en wensen van cliënten. Fysieke en psychologische nabijheid en toegankelijkheid van informele en professionele ondersteuners is van belang. 24-uursbereikbaarheid is daarvoor cruciaal, voor cliënten zelf en voor hun naasten. De GGZ-instellingen willen daarin voorzien in nauwe afstemming met onder andere

de sociale wijkteams. Inzet is verder het verbreden en verstevigen van het sociale netwerk van cliënten, in wederzijdse afstemming tussen cliënten, naasten en professionele ondersteuners. Daarnaast wil de GGZ met anderen inzetten op het corrigeren van negatieve beeldvorming. Het (onjuiste) doembeeld van cliënten die massaal 'de wijk intrekken' en daar mogelijk voor overlast gaan zorgen, heeft repercussies op de veiligheidsgevoelens van mensen met psychische aandoeningen zelf (het gevoel ongewenst te zijn). Het organiseren van (informele) ontmoetingen tussen mensen met ernstige psychische aandoeningen en andere burgers / buurtbewoners maar bijvoorbeeld ook cliëntgestuurde (werk)projecten (zie verderop) kunnen daar een belangrijke rol in vervullen.

Het organiseren van ondersteuning bij maatschappelijke participatie

In behoeftenonderzoek onder mensen met ernstige psychische aandoeningen staat ondersteuning bij leren en werken steevast bovenaan de prioriteitenlijst. Ook voor de regionale klankbordgroep van cliënten- en familieorganisaties heeft dit topprioriteit. Tegelijk laat landelijk onderzoek zien dat ondersteuningsnetwerken voor mensen met ernstige psychische aandoeningen juist op het vlak van de *maatschappelijke participatie* nog het minst ontwikkeld zijn. Reden waarom in het landelijke *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen* het tot stand brengen van een adequate regionale infrastructuur voor maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen tot topprioriteit voor de komende jaren is uitgeroepen. De regiopartners onderschrijven deze visie en signaleren dat enerzijds het huidige GGZ-aanbod op het gebied van dagbesteding veel te eenvormig is en dat anderzijds het potentieel voor 'echte' re-integratie op het gebied van leren en werken veel groter is dan doorgaans wordt verondersteld. Ook wordt gesignaleerd dat op dit vlak de grootste winst te behalen is, niet alleen voor individuele cliënten, maar ook voor de samenleving als geheel: participatiewinst leidt immers ook tot winst op tal van andere terreinen (zorgconsumptie, uitkeringen, veiligheid).

De GGZ-instellingen in de regio willen daarom met cliëntenorganisaties, de gemeenten, het UWV en regionale arbeidsorganisaties en onderwijsinstellingen werken aan de opbouw van een stevige regionale infrastructuur voor de maatschappelijke ondersteuning en participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. De regiopartners bepleiten een drie-sporen aanpak:

1. Systematische aandacht voor participatie binnen de GGZ-behandeling.
2. Het organiseren van een veel ruimer aanbod van *individuele ondersteuning op maat* bij het vinden en behouden van een reguliere opleiding of baan. Daarbij moet niet gewacht worden op volledig symptomatisch herstel van cliënten. Ingezet moet worden op snelle plaatsing in de door de cliënt gewenste leer- of werksetting en op het bieden van ondersteuning op die leer-/werkplek.
3. De ontwikkeling van een breed, gedifferentieerd, laagdrempelig en goed bereikbaar aanbod van activiteiten dat veel meer rekening houdt met de diversiteit aan wensen en mogelijkheden van cliënten; dat gebruikers van deze voorzieningen c.q. ervaringsdeskundigen veel meer in een leidende rol plaatst; en waarin activiteiten veel nadrukkelijker in samenwerking met andere maatschappelijke organisaties ontwikkeld kunnen worden. Het concept van de herstelacademies biedt veel aanknopingspunten (inclusief een breed aanbod van herstelcursussen / -werkgroepen). De regio kent al een (beperkt) aantal cliëntgestuurde voorzieningen. Financiering blijft echter achter. De projecten hebben ondertussen een belangrijke meerwaarde voor het persoonlijk herstel van de deelnemers maar spelen ook een belangrijke rol in de (beeldvorming in de) samenleving: het gaat niet meer over psychiatrische patiënten die dagbesteding nodig hebben maar over *burgers* die hun leven en de lokale samenleving (mee) vorm geven. Op een praktisch niveau kan, vooral in de landelijker gebieden, een vervoersregeling de toegankelijkheid van voorzieningen verbeteren.

c. Integrale zorg

Waar meer partijen een rol spelen in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, vragen samenhang en continuïteit van zorg om extra aandacht. Heldere en tegelijk vloeiende verbindingen tussen sectoren, teams, hulpverleners, etc. zijn nodig. Ook de klankbordgroep van regionale cliënten- en familieorganisaties vraagt nadrukkelijk aandacht voor afstemmingsvraagstukken, ook in individuele ondersteuningstrajecten. De cliëntenorganisaties pleiten in dit verband onder andere voor onafhankelijke cliëntenondersteuners.

Ook de RIBW ziet hierin een schakelfunctie voor zichzelf weggelegd, in de vorm van de ambulante begeleiding die zij biedt bij het zelfstandig wonen en maatschappelijk functioneren van mensen met ernstige psychische aandoeningen. In het toekomstige zorglandschap zal de ambulante begeleiding, mede vanuit een preventieve rol, nog veel nadrukkelijker de rol op zich nemen van signalering, verwijzing en vraagverheldering, enerzijds richting voorzieningen in het sociale domein, anderzijds richting de gespecialiseerde GGZ. De mogelijkheden van integratie van de ambulante begeleiding in de sociale wijkteams worden verkend.

De intentie is dat ook de sociale wijkteams als zodanig een coördinerende en samenbindende rol gaan vervullen in het toekomstige zorglandschap. Vanuit de wijkteams worden casemanagers aangesteld. Een toetsingscommissie van de wijkteams neemt besluiten over de toewijzing van woningen en gespecialiseerde ambulante begeleiding en stemt af over de benodigde GGZ vanuit de ZVW.

Ondertussen signaleren de regiopartners dat de ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen vaak meer levensterreinen bestrijken. Daarbij wisselen die ondersteuningsbehoeften enerzijds door de tijd, maar zijn ze anderzijds nauw met elkaar verweven en niet goed in losse 'werkgebieden' of 'sectoren' op te knippen. Bij een toenemend aantal betrokken instanties en voorzieningen (en bijbehorende 'casemanagers' en 'coördinatoren') neemt het risico van versnippering en discontinuïteit navenant toe. Samenhang en continuïteit vragen dan nadrukkelijker om integrale zorg. Het toewerken naar een zorglandschap waarin deze integrale zorg nog veel nadrukkelijker centraal staat, is dan ook een topprioriteit voor de regiopartners.

Het eerdergenoemde FACT-model is met name vanuit bovenstaande overwegingen ontstaan. Kenmerkend voor het model is dat zorg wordt geboden door een multidisciplinair team, met een integrale teamverantwoordelijkheid voor de zorg aan cliënten (ook transmuraal), goede verbindingen met de lokale samenleving en een expliciete eindverantwoordelijkheid voor het tot stand komen van een goed en samenhangend ondersteuningstraject; een team dat intensive zorg kan bieden waar nodig maar die zorgintensiteit ook flexibel op en af kan schalen, met een accent op 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'. FACT wordt inmiddels internationaal gezien als voorbeeldmodel. Ook in het landelijke *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen* krijgt FACT een centrale rol toebedeeld: "FACT is het historische antwoord op het gebrek aan samenhang in EPA zorg. Er is een integratiepunt nodig waar lijnen ... samenkomen op patiëtniveau. FACT voorziet in dat integratiepunt."⁶

Maar FACT is nog lang niet uitontwikkeld (zo wordt ook gesignaleerd in het landelijke *Plan van Aanpak*). In de praktijk is er zowel kwalitatief als kwantitatief nog veel winst te boeken. Zorginhoudelijk moet er vanuit de FACT-teams nog veel meer aandacht komen voor de ondersteuning bij persoonlijk én maatschappelijk herstel. Er is meer ruimte nodig voor ervaringsdeskundigheid binnen de teams. FACT-teams moeten ook nog veel meer deel gaan uitmaken (en mede-initiator zijn) van regionale netwerken rond zorg, participatie en veiligheid. De GGZ-instellingen in de regio willen in deze kwaliteitsslagen investeren. Maar de instellingen willen ook investeren in de totale FACT-capaciteit in de regio. Die capaciteit moet nog aanzienlijk omhoog, enerzijds om daadwerkelijk de zorgintensiteit te kunnen bieden die nodig is om mensen adequaat bij hun herstel te ondersteunen, anderzijds om ook die mensen met ernstige psychische aandoeningen te bereiken die nu nog niet goed in beeld zijn. Volgens sommige landelijke ramingen vraagt een model-getrouwe implementatie van FACT en ACT in een regio van 700.000 inwoners om circa 25 (F)ACT-teams. De regiopartners kiezen ervoor om fasegewijs te bezien welke capaciteit het beste bij de regio past. Daarbij koerst GGNet voor 2018 op een voorlopige capaciteitsverhoging van de huidige 11 naar straks 14 teams⁷. Daarnaast worden mogelijkheden verkend van gezamenlijke ACT-teams van de verslavingszorginstellingen en GGNet.

Voor de langere termijn willen de regiopartners de mogelijkheden verkennen van een verdere kwantitatieve en kwalitatieve uitrol van een integraal zorgmodel in de vorm van een nog decentraler georganiseerde,

6 De verslavingszorginstellingen wijzen erop dat de verslavingszorg een lange traditie heeft op het gebied van ambulante (bemoei)zorg aan verslaafden, onder andere in de vorm van casemanagement- en methadonbehandelteams. De oorsprong van deze zorgvormen ligt in de bemoeizorg en het straathoekwerk. Ze zijn destijds ontstaan vanuit het besef dat een groep mensen met verslavings- en andere complexe problematiek door de traditionele zorg onvoldoende bereikt werd. Binnen de verslavingszorg is voor de doelgroep van mensen met ernstige aandoeningen al langere tijd sprake van ambulantisering en is mede daardoor het aantal opnamen beperkt, zo signaleren de verslavingszorginstellingen. Ze wijzen erop dat de term (F)ACT in de verslavingszorg minder wordt gehanteerd, maar dat casemanagement wordt aangeboden in combinatie met opvang, woonondersteuning, gebruiksruidten, medicatieverstrekking (inclusief heroïneverstrekking).

7 Eén en ander in aanvulling op de reeds bestaande teams voor FIT, VIP, IHT.

zo mogelijk instellingsoverstijgende en nog meer op wijkniveau en het niveau van kleinere gemeenten opererende en ingebedde zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (GGZ wijkcentra), waar mogelijk geïntegreerd met andere voorzieningen (welzijn, gezondheidszorg). Daarbij zou vanuit deze geïntegreerde GGZ-wijkcentra intensievere zorg aan een bredere EPA-populatie kunnen worden geboden en zouden op uitvoerend niveau op laagdrempeliger wijze de benodigde zorg- en ondersteuningsnetwerken op alle terreinen doorontwikkeld kunnen worden. De wijkcentra kunnen zich ontwikkelen tot een eenduidig herkenbaar en voor alle betrokkenen goed bereikbaar en laagdrempelig aanspreek- en coördinatiepunt voor de EPA-zorg in de wijk. Risico's van versnippering en discontinuïteit worden zo voorkomen. De wijkcentra komen daarmee ook tegemoet aan de behoefte van de regionale cliëntenorganisaties aan een eenduidige toewijzing van de zorgcoördinatiefunctie ('casemanager') per cliënt(systeem).

Elders worden momenteel, met zorgverzekeraars, pilots ontwikkeld voor dergelijke GGZ-wijkcentra (met een gemiddeld verzorgingsgebied van 20.000 - 25.000 inwoners; uitgaand van herinvestering van de nu beschikbare middelen). De regiopartners verkennen de optie van participatie in deze pilots.

3.3 Ontwikkelagenda

Op basis van bovenstaande toekomstvisie komen de regiopartners tot de volgende ontwikkelagenda voor de komende jaren:

Verbetering psychologische hulp

- GGZ-instellingen investeren de komende jaren fors in de uitbouw en kwaliteitsverbetering van de psychologische hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder traumabehandeling.
- In personeels- en opleidingsbeleid van de GGZ-instellingen krijgen kennis en vaardigheden met betrekking tot psychologische hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen een centrale plaats.
- Geïnvesteed wordt in verbetering van de psychodiagnostiek (en herdiagnostiek) bij ernstige psychische aandoeningen.
- Met financiers worden afspraken gemaakt over de benodigde (her)investeringen voor deze capaciteits- en kennisontwikkeling.

Uitbreiding en kwaliteitsverbetering (FACT)

- Het aantal FACT-teams van GGNet wordt in de komende jaren gefaseerd uitgebreid van de huidige 11 naar 14 teams in 2018.
- Mogelijkheden worden verkend van de ontwikkeling van gezamenlijke ACT-teams van de verslavingszorginstellingen en GGNet.
- GGZ-instellingen investeren in de komende jaren fors in de kwaliteitsverbetering van de FACT-teams; kwaliteitsverbetering is gericht op intensievere zorg (niet alleen bij crises), ervaringsdeskundigheid, meer en betere psychologische behandeling, meer aandacht voor participatie en betere samenwerking met en inbedding in de sociale omgeving (zie verder).
- Met financiers worden afspraken gemaakt over de benodigde (her)investeringen voor deze capaciteits- en kennisontwikkeling.

Netwerkontwikkeling gezondheidszorg

- Afspraken worden gemaakt met eerstelijnsvoorzieningen – in het bijzonder huisartsenpraktijken – over de gezondheidszorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen en ernstige verslavingsproblematiek en over een consultatieve rol van de GGZ- en de verslavingszorginstellingen daarbij.

Netwerkontwikkeling basisopvang en veiligheid

- Voor de opvang van en zorg aan de in sociaal en maatschappelijk opzicht meest gemarginaliseerde cliënten, wordt de samenwerking tussen de verslavingszorg, reguliere en openbare GGZ, maatschappelijke opvang en forensische zorg geïntensiveerd.

Netwerkontwikkeling sociale steunstructuren

- Afspraken worden gemaakt met sociale wijkteams, andere wijkvoorzieningen en vertegenwoordigers van cliënten en familie over de ontwikkeling van sociale steunstructuren voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- In nauwe samenspraak met regionale cliënten- en familieorganisatie wordt een programma voor mantelzorgondersteuning ontwikkeld.
- Naast de FACT-teams gaat ambulante begeleiding vanuit de RIBW zich nadrukkelijker toeleggen op een (preventieve) spilfunctie binnen de wijkgerichte sociale steunstructuren voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Mogelijkheden van integratie van de ambulante begeleiding in de sociale wijkteams dan wel in de FACT-teams worden verkend.
- Tussen partijen en met cliënten- en familie-organisaties worden concrete afspraken gemaakt over 24-uurs bereikbaarheid. Uitgangspunt daarbij is dat de organisatie van de 24-uursbereikbaarheid zoveel als mogelijk wordt afgestemd op de persoonlijke omstandigheden en wensen van cliënten en hun naasten.

Netwerkontwikkeling participatieondersteuning

- Met gemeenten, UWV, arbeidsorganisaties en opleidingsinstituten worden afspraken gemaakt over een (veel) ruimer aanbod van individuele ondersteuning op maat bij het vinden en behouden van een reguliere opleiding of baan. Vanuit gemeenten wordt de re-integratieondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen – en in het bijzonder de methodiek van IPS – geagendeerd in de overlegstructuren van de arbeidsmarktregio's.
- Daarnaast wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van een breed, gedifferentieerd, bereikbaar (en deels laagdrempelig) programma van activiteiten dat rekening houdt met de diversiteit aan wensen en mogelijkheden van cliënten, dat gebruikers van deze voorzieningen c.q. ervaringsdeskundigen in een leidende rol plaatst en waarin activiteiten veel nadrukkelijker in samenwerking met andere maatschappelijke organisaties ontwikkeld kunnen worden. Onder andere het concept van de herstelacademies kan daarbij als voorbeeld dienen (inclusief een breed aanbod van herstelcursussen / -werkgroepen). Afspraken met financiers worden gemaakt over de wijze waarop cliënten c.q. regionale cliëntenorganisaties kunnen worden gefaciliteerd in het op zich nemen van een actieve rol in deze programma-ontwikkeling en -uitvoering.

Verkenning ontwikkeling geïntegreerde GGZ-wijkcentra

- Voor de langere termijn willen de regiopartners de mogelijkheden verkennen van een verdere kwantitatieve en kwalitatieve uitrol van een integraal zorgmodel. Centraal in die verkenning staan de mogelijkheden van een nog decentraler georganiseerde, zo mogelijk instellingsoverstijgende en nog meer op wijkniveau en het niveau van kleinere gemeenten opererende en ingebedde zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (GGZ-wijkcentra), waar mogelijk geïntegreerd met andere voorzieningen (welzijn, gezondheidszorg).

4 Randvoorwaarden

4.1 Kansen en belemmeringen

Het nieuwe zorgstelsel biedt veel kansen voor de ontwikkeling van een regionaal zorgondersteuningslandschap dat mensen met ernstige psychische aandoeningen meer en beter ondersteunt bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Doelstellingen van de nieuwe WMO, maar ook van de nieuwe participatiewet sluiten nauw op de ambities aan. Een nieuwe dynamiek is merkbaar. Ook binnen de GGZ is een verschuiving gaande van afgeschermd, ziektegerichte instellingszorg naar herstelondersteunde zorg, waarbinnen de eigen regie en de ondersteuningsbehoeften van cliënten en hun naasten veel meer centraal komen te staan. De beddenafbouw blijkt een katalysator van deze ontwikkeling.

Toch zijn er ook nog de nodige barrières en belemmeringen. In hoofdlijnen gaat het dan om een aantal bredere, maatschappelijke belemmeringen en om een aantal 'systeembelemmeringen'.

Een maatschappelijke belemmering vormt bijvoorbeeld de toegang tot c.q. beschikbaarheid van goede en betaalbare woningen. Ook de toegang tot reguliere re-integratietrajecten is tot dusverre zeer beperkt. Mensen met ernstige psychische aandoeningen komen veelal (ten onrechte) achteraan de rij. Teruglopende budgetten voor werkprojecten, cliëntgestuurde initiatieven, ondersteuningsmogelijkheden in het reguliere onderwijs (de zogenoemde 'rugzakjes') vormen een extra barrière, evenals financiële drempels in de vorm van eigen bijdragen voor cliënten. In bredere zin speelt negatieve beeldvorming (stigmatisering) een grote, belemmerende rol in de toegang van mensen met ernstige psychische aandoeningen tot reguliere maatschappelijke voorzieningen. Ook mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf en hun familie ervaren dat zo en wel in die mate dat stigmatisering wel de tweede handicap wordt genoemd (naast die van de psychische aandoening zelf).

Systeembelemmeringen komen voort uit het feit dat enerzijds de ondersteuningsbehoeften van mensen met ernstige psychische aandoeningen zich over diverse levensgebieden uitstrekken en anderzijds dat rond elk van die levensgebieden verschillende maatschappelijke instanties en sectoren bestaan, elk met eigen wettelijke kaders, bekostigingssystemen, verantwoordingsystemen, toegangscriteria, etc. Systeemschotten tussen deelsectoren (en tussen financiers) maken samenwerking ingewikkeld. Ze maken dat ook deelbelangen niet altijd congruent zijn met het algemene belang (zelfs als het algemene, maatschappelijke én economische belang van goede zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen door alle betrokkenen wordt onderkend). Vooral naarmate meer partijen betrokken zijn, neemt het risico van diffusie van verantwoordelijkheden en terugtrekking op eigen deelbelangen toe. Maar ook binnen de diverse sectoren en bekostigingssystemen ontbreekt het nog vaak aan de ruimte, de flexibiliteit en de juiste prikkels voor zorg op individuele maat en voor de vernieuwingen en de samenwerking die daarvoor nodig zijn.

De regiopartners willen actief inzetten op het wegnemen van deze barrières en belemmeringen en op het realiseren van de randvoorwaarden voor een samenhangend, herstelondersteunend regionaal zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.

4.2 Ontwikkelagenda

Toegankelijkheid reguliere maatschappelijke voorzieningen

De GGZ-instellingen willen tot afspraken komen met andere maatschappelijke organisaties in de regio over de toegankelijkheid voor mensen met ernstige psychische aandoeningen van de betreffende voorzieningen. In het vorige hoofdstuk is al gesproken over de beschikbaarheid van betaalbare woningen op 'courante locaties', mogelijkheden voor geclusterd 'regulier' wonen, nadere afspraken met UWV en gemeenten over de toegang tot de reguliere re-integratiemiddelen (ook voor de bekostiging van de methodiek van

Individual Placement and Support), toegang tot onderwijs, etc. In het algemeen streven de regiopartners ernaar de aanspraken van mensen met ernstige psychische aandoeningen daarbij zo expliciet mogelijk te maken; niet alleen de aanspraken op zorg en ondersteuning, maar ook op huisvesting en (toeleiding naar en ondersteuning bij) opleiding en werk.

De regiopartners willen ook actief stigmatisering tegengaan. Een regionale invulling van het landelijke programma '*Samen sterk zonder stigma*' wordt voorgesteld. Kennismaking van scholen, politie, gemeente, arbeidsorganisaties, etc. met ervaringsdeskundigen staat daarbij centraal. Regionale cliënten- en familieorganisaties kunnen daarin een leidende rol spelen, mits ze daarin door anderen (GGZ, gemeenten, zorgverzekeraars) worden gefaciliteerd, ook financieel.

Systemverbeteringen

Daarnaast zetten de GGZ-instellingen in op het zoveel mogelijk wegnemen van de systeembelemmingen. Met financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) wordt gesproken over het creëren van meer bewegingsruimte binnen individuele ondersteuningstrajecten en over het vervangen van gedetailleerde afrekening en verantwoording op individueel cliëntniveau door meer generieke afspraken en verantwoordingssystemen (zowel binnen als tussen de diverse stelsels). Ook wordt met financiers verkend welke incentives voor vernieuwing en samenwerking in de regelsystemen kunnen worden ingebouwd.

De regiopartners verkennen daarnaast de mogelijkheid van het instellen van een regionaal stimuleringsprogramma, met name voor de benodigde initiatieven en vernieuwingen op het (brede) grensvlak van zorg, welzijn en arbeid. Middelen daarvoor kunnen bijeengebracht worden vanuit verschillende bronnen (ZVW, WLZ, WMO, Participatiewet). Vanuit een dergelijk programma kunnen proeftuinen worden bekostigd, de ontwikkeling van lokale cliënteninitiatieven, cliëntgestuurde voorzieningen en sociale ondernemingen worden gestimuleerd, specifieke programma's zoals een anti-stigmaticampagne worden bekostigd, experimenten worden geëntameerd rond geïntegreerde trajecten voor zorg en arbeidsre-integratie (IPS), geëxperimenteerd worden met zorg- en welzijnsbrede persoonlijke budgetten of 'vouchers', etc. Samen met de regionale cliëntenorganisaties kan het stimuleringsprogramma nader worden ingevuld.

Het stimuleringsprogramma zou ook een aanzet kunnen geven voor een pilot rond de geïntegreerde en maatschappelijk ingebedde GGZ-wijkcentra als beschreven in paragraaf 3.2. Voor de langere termijn en bij goede resultaten zou één en ander de opmaat kunnen zijn voor de ontwikkeling van een regionaal, populatiegebonden bekostigingssysteem over de grenzen van de verschillende deelsectoren heen. Budgettenafspraken zouden dan kunnen worden gemaakt op wijk-, gemeente- of centrumgemeenteniveau.

Coördinatie en regie

Het toekomstige zorglandschap vraagt om een stevige coördinatie en regie, niet alleen in individuele ondersteuningstrajecten (zie de vorige paragraaf) maar ook op wijk-, lokaal en regionaal niveau. Daarbij wordt niet zozeer gedacht aan los van de uitvoerings- en beleidspraktijk staande regie-organen, maar aan in die praktijk ingebedde samenwerkingsverbanden, gekoppeld aan eenduidige afspraken over (eind)verantwoordelijkheden.

Het primaat ligt daarbij bij het stimuleren en faciliteren van die coördinatie en regie op uitvoeringsniveau c.q. 'in de wijk'. Medewerkers van de respectievelijke instellingen en instanties moeten gestimuleerd worden maar vooral ook gelegenheid krijgen tot samenwerking, afstemming en het vinden van creatieve oplossingen voor individuele situaties. Eén en ander vanuit heldere gezamenlijke en individuele verantwoordelijkheden.

Instellingen en financiers moeten daar de kaders voor bieden en de ruimte voor creëren. Dat vraagt om afstemming op een geaggregeerder, lokaal (gemeente- of centrumgemeente-)niveau. Ook het actief toegankelijker maken van maatschappelijke voorzieningen (bijvoorbeeld rond wonen en werken) en het actief tegengaan van belemmingen als gevolg van negatieve beeldvorming, kan het beste op (centrum) gemeenteniveau worden georganiseerd. De regiopartners zien daarbij voor gemeenten een coördinatorrol weggelegd (in afstemming met alle betrokken partijen en cliëntenvertegenwoordigers in de regio). Ook proeftuinen en vernieuwingsexperimenten kunnen het best op lokale schaal en in een lokale context worden opgezet en aangestuurd.

Op een nog geaggregeerder, regionaal niveau is met name coördinatie en regie nodig op de regionale voorzieningenplanning (in het bijzonder GGZ-beddenafbouw en ambulante opbouw), de herinvestering van de middelen die beschikbaar komen uit de beddenafbouw, verkenning van de mogelijkheden en vormgeving van het voorgestelde regionale stimuleringsprogramma en het maken van afspraken over aanpassingen en zo mogelijk hervormingen van de bekostigings- en verantwoordingssystemen. De GGZ-instellingen willen met de financiers een afspraak maken over een passende schaal voor deze regionale regiefunctie. De huidige regio is daarvoor overigens te groot. Voor het vervolgtraject kiezen de regiopartners ervoor om deze regionale regie te organiseren op het niveau van de twee subregio's Oost- Veluwe en de Achterhoek.

Communicatie en informatie

Heldere, open communicatie tussen alle betrokkenen en een maximale transparantie vormen het voorwaardelijke sluitstuk voor een succesvolle transitie naar een geambulantiseerd en meer in de regionale samenleving ingebed zorglandschap. Open communicatie is een voorwaarde én een stimulans voor wederzijds vertrouwen. Dat vertrouwen is essentieel voor een succesvolle invulling van de ingrijpende transitie waar alle partijen voor staan.

Goede informatie en monitoring zijn daarbij belangrijk. De nulmeting (bijlage 1) van het regionale GGZ-landschap is daar een aanzet toe. Inmiddels wordt bij de regionale GGZ-instellingen een zogeheten 'vignettenstudie' uitgevoerd, die meer zicht gaat bieden op de actuele zorggebruikspatronen (en daaraan verbonden kosten) van met name mensen met ernstige psychische aandoeningen. De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek is ook één van de vijf 'verdiepingsregio's' van de landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Als onderdeel daarvan worden mensen met langdurige psychische aandoeningen in de regio actief uitgenodigd deel te nemen aan het landelijke cliëntenpanel van de monitor (Panel psychisch gezien; landelijk 1.500 deelnemers).

In aanvulling op deze activiteiten stellen de regiopartners een regionaal monitorprogramma voor. Een programma dat insteekt op uitvoeringsniveau is vooralsnog te bewerkelijk maar de monitor moet wel de horizontale, wederzijdse verantwoording faciliteren door periodiek zicht te bieden op voortgang die volgens alle betrokkenen wordt geboekt in het realiseren van de geformuleerde ambities, eventuele knelpunten daarbij en mogelijke oplossingen daarvoor. Het monitorprogramma zou de vorm kunnen aannemen van een jaarlijkse quickscan, gevolgd door een uitgebreidere evaluatie in 2018.

Verder zullen in het verdere ontwikkeltraject actief de ruimte en mogelijkheden worden gecreëerd voor een prominente rol van cliënten en naasten in de vormgeving, ontwikkeling en implementatie van het toekomstige regionale zorglandschap (in de vorm van participatie in de diverse overlegorganen, periodieke focusgroepen, visitatiecommissies, meldpunten, etc. maar ook in het gezamenlijk met professionals vormgeven van de zorg zelf). Een uitgewerkt plan daarvoor zal worden opgesteld in nauwe samenspraak met de klankbordgroep van cliënten- en familievertegenwoordigers in de regio.

5 Samenvatting - Agenda 2015 – 2018

Bij wijze van samenvatting en ter afsluiting van dit Visiedocument presenteren we een agenda voor de komende drie jaar. Puntsgewijs zetten we ambities zoals die in de voorgaande hoofdstukken zijn geformuleerd nog eens kort op een rij en geven we aan welke acties de regiopartners willen ondernemen om die ambities te realiseren. Doelstelling van deze agenda 2015-2018 is om concrete stappen te zetten in de richting van een zorglandschap dat mensen met ernstige psychische aandoeningen veel meer kansen biedt op een zelfstandig, gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven en dat het aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio op termijn met een derde terugdringt.

De agenda 2015-2018 ziet er op hoofdlijnen als volgt uit (de verschillende actiepunten zullen in samenspraak met de betrokken partijen verder worden geconcretiseerd).

Afbouw en kwaliteitsverbetering opname- en verblijfsvoorzieningen

- De totale intramurale opname- en verblijfs capaciteit van de regiopartners wordt gefaseerd afgebouwd van de in totaal 759 plaatsen in 2012 tot 510-540 plaatsen in 2018 (deze afbouw is al gaande).
- Daarbij blijft de intramurale opnamecapaciteit voor bovenregionale specialistische GGZ en voor verslavingszorg vooralsnog in stand.
- De kwaliteit van de acute opnamevoorzieningen wordt verbeterd door middel van de oprichting van High Intensive Care (HIC) voorzieningen.
- Een deel van de opnamecapaciteit wordt omgezet in verspreid over de regio te ontwikkelen respijtvorzieningen.
- In 2018 vindt een evaluatie plaats van de capaciteit en kwaliteit van de opname- en verblijfsvoorzieningen in de regio.

Afbouw en differentiatie woonvoorzieningen

- Het aantal plaatsen in beschermende woonvoorzieningen van de regiopartners wordt in de komende jaren gefaseerd afgebouwd van 973 in 2012 tot 630-720 plaatsen in 2018 (deze afbouw is al gaande).
- Daarbij blijft de capaciteit voor beschermd wonen van de verslavingszorginstellingen in de regio vooralsnog in stand.
- Geïntegreerde woonzorg-arrangementen worden in komende jaren meer toegespitst op specifieke functies/doelgroepen.
- Met gemeenten en woningbouwverenigingen worden afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van een diversiteit aan (betaalbare) woonvormen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (bijvoorbeeld door middel van impairment). De gemeente Apeldoorn en de woningcorporaties reserveren vooralsnog jaarlijks 100 van de vrijkomende sociale huurwoningen voor 'mensen uit de GGZ'.
- Onderzoek wordt gedaan naar de inkomenspositie van cliënten bij het scheiden van wonen en zorg (loopt al).
- In 2018 vindt een evaluatie plaats van de woonsituatie en de capaciteit van de woonvoorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio.

Verbetering psychologische hulp

- GGZ-instellingen investeren de komende jaren fors in de uitbouw en kwaliteitsverbetering van de psychologische hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, waaronder traumabehandeling.
- In personeels- en opleidingsbeleid van de GGZ-instellingen krijgen kennis en vaardigheden met betrekking tot psychologische hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen een centrale plaats.
- Geïnvesteed wordt in verbetering van de psychodiagnostiek (en heridiagnostiek) bij ernstige psychische aandoeningen.
- Met financiers worden afspraken gemaakt over de benodigde (her)investeringen voor deze capaciteits- en kennisontwikkeling.

Uitbreiding en kwaliteitsverbetering (F)ACT

- Het aantal FACT-teams van GGNet wordt in de komende jaren gefaseerd uitgebreid van de huidige 11 naar 14 teams in 2018.
- Mogelijkheden worden verkend voor de ontwikkeling van gezamenlijke ACT-teams van de verslavingszorginstellingen en GGNet.
- GGZ-instellingen investeren in de komende jaren fors in de kwaliteitsverbetering van de bestaande FACT-, ACT, FIT- en VIP-teams; kwaliteitsverbetering is gericht op intensievere zorg (niet alleen bij crises), ervaringsdeskundigheid, meer en betere psychologische behandeling, meer aandacht voor participatie en betere samenwerking met en inbedding in de sociale omgeving.
- Met financiers worden afspraken gemaakt over de benodigde (her)investeringen voor deze capaciteits- en kennisontwikkeling.

Netwerkontwikkeling gezondheidszorg

- Afspraken worden gemaakt met eerstelijnsvoorzieningen – in het bijzonder huisartsenpraktijken – over de gezondheidszorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen en ernstige verslavingsproblematiek en over een consultatieve rol van de GGZ- en de verslavingszorginstellingen daarbij.

Netwerkontwikkeling basisopvang en veiligheid

- Voor de opvang van en zorg aan de in sociaal en maatschappelijk opzicht meest gemarginaliseerde cliënten, wordt de samenwerking tussen de verslavingszorginstellingen, reguliere en openbare GGZ, maatschappelijke opvang en forensische zorg geïntensiveerd.

Netwerkontwikkeling sociale steunstructuren

- Afspraken worden gemaakt met sociale wijkteams, andere wijkvoorzieningen en vertegenwoordigers van cliënten en familie over de ontwikkeling van sociale steunstructuren voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- In nauwe samenspraak met regionale cliënten- en familieorganisatie wordt een programma voor mantelzorgondersteuning ontwikkeld.
- Naast de FACT-teams gaat ambulante begeleiding vanuit de RIBW zich nadrukkelijker toeleggen op een (preventieve) spilfunctie binnen de wijkgerichte sociale steunstructuren voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Mogelijkheden van integratie van de ambulante begeleiding in de sociale wijkteams worden verkend.
- Tussen partijen worden concrete afspraken gemaakt over (wederzijdse) 24-uursbereikbaarheid. Uitgangspunt daarbij is dat de organisatie van de 24-uursbereikbaarheid zoveel als mogelijk wordt afgestemd op de persoonlijke omstandigheden en wensen van cliënten en hun naasten.

Netwerkontwikkeling participatieondersteuning

- Met gemeenten, UWV, arbeidsorganisaties en opleidingsinstituten worden afspraken gemaakt over een (veel) ruimer aanbod van individuele ondersteuning op maat bij het vinden en behouden van een reguliere opleiding of baan. Vanuit gemeenten wordt de re-integratieondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen – en in het bijzonder de methodiek van IPS – geagendeerd in de overlegstructuren van de arbeidsmarktregio's.
- Geïnvesteed wordt in de ontwikkeling van een breed, gedifferentieerd, bereikbaar (en deels laagdrempelig) programma van activiteiten dat rekening houdt met de diversiteit aan wensen en mogelijkheden van cliënten, dat gebruikers van deze voorzieningen c.q. ervaringsdeskundigen in een leidende rol plaatst en waarin activiteiten veel nadrukkelijker in samenwerking met andere maatschappelijke organisaties ontwikkeld kunnen worden. Onder andere het concept van de herstelacademies kan daarbij als voorbeeld dienen (inclusief een breed aanbod van herstelcursussen / -werkgroepen). Afspraken met financiers worden gemaakt over de wijze waarop cliënten c.q. regionale cliëntenorganisaties kunnen worden gefaciliteerd in het op zich nemen van een actieve rol in deze programma-ontwikkeling en -uitvoering.

Bijstellen beeldvorming / tegengaan stigmatisering

- Met regionale cliënten- en familieorganisaties en gemeenten wordt een campagne opgezet die negatieve beeldvorming en stigmatisering van mensen met ernstige psychische aandoeningen tegengaat. Kennismaking van scholen, politie, gemeente, arbeidsorganisaties, etc. met ervaringsdeskundigen staat daarbij centraal. Het landelijke programma Samen sterk zonder stigma dient daarbij als voorbeeld.

Ontwikkeling systeemvoorwaarden

- Nadere afspraken met zorgverzekeraars en gemeenten worden gemaakt over herinvestering van vrijkomende middelen vanuit de beddenafbouw in de ontwikkeling van een ambulant zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. De inzet is daarbij om niet voor een minimum- of tussenvariant te gaan maar om in te zetten op een maximaliseringsscenario.
- Met verzekeraars en gemeenten wordt bekeken of de vrijkomende middelen kunnen worden doorgerekend en toegewezen aan activiteiten in het kader van (de ontwikkeling van) het nieuwe zorglandschap (intensivering en kwaliteitsverbetering ambulante zorg, kwaliteitsverbetering overblijvende intramurale zorg, opsporen en verlenen van hulp aan 'verborgen' cliënten, netwerkontwikkeling, ondersteuning cliënteninitiatieven, etc.)
- Mogelijkheden worden verkend om een deel van de vrijkomende middelen te bestemmen voor een stimuleringsprogramma voor regionale vernieuwingsprojecten.
- Met financiers worden de mogelijkheden verkend en afspraken gemaakt over meer regelvrije ruimte in individuele ondersteuningstrajecten en over de invoering van incentives voor de benodigde vernieuwing en samenwerking.
- De mogelijkheden van sector-overstijgende populatiegebonden bekostiging worden in de komende jaren nader verkend.

Faciliteren en organiseren van afstemming en regie

- Op wijkniveau investeren de regiopartners in goede afstemming en samenwerking met de andere wijkvoorzieningen (in het bijzonder sociale wijkteams; zie hierboven) en wederzijdse helderheid over gezamenlijke en individuele verantwoordelijkheden.
- Op (centrum)gemeenteniveau worden afspraken gemaakt over de wijze waarop de samenwerking en regie op uitvoeringsniveau maximaal kunnen worden gefaciliteerd (maximale uitvoeringsruimte binnen heldere verantwoordelijkheidskaders) en over de wijze waarop de lokale maatschappelijke voorzieningen toegankelijker gemaakt kunnen worden voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- Op subregionaal niveau wordt de regionale (GGZ-)voorzieningenplanning afgestemd en worden afspraken gemaakt over de realisering van de systeemvoorwaarden voor de ontwikkeling van het toekomstige zorglandschap (zie hierboven).

Monitoring, voortgangsanalyses en horizontale verantwoording

- Op korte termijn gaat een (lopende) 'vignettenstudie' meer zicht bieden op de actuele zorggebruikspatronen van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio.
- Voor de komende jaren wordt een regionaal monitorprogramma opgezet, waarin periodiek wordt geïnventariseerd welke voortgang volgens alle betrokkenen wordt geboekt in het realiseren van de geformuleerde ambities, welke eventuele knelpunten zich daarbij voordoen en wat mogelijke oplossingen daarvoor zijn (wederzijdse, horizontale verantwoording en voortgangsanalyse). Geopteerd wordt voor een jaarlijkse quickscan, gevolgd door een uitgebreidere evaluatie in 2018.
- Mensen met langdurige psychische aandoeningen in de regio worden actief uitgenodigd deel te nemen aan het cliëntenpanel van de landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (*Panel Psychisch Gezien*; landelijk 1.500 deelnemers).
- Met de klankbordgroep van cliënten- en familievertegenwoordigers wordt een plan opgesteld voor een prominente rol van cliënten en naasten in de verdere vormgeving, ontwikkeling en implementatie van het toekomstige regionale zorglandschap (in de vorm van participatie in de diverse overlegorganen, periodieke focusgroepen, visitatiecommissies, meldpunten, etc. maar ook in het gezamenlijk met professionals vormgeven van de zorg zelf).

Verkenning ontwikkeling geïntegreerde GGZ-wijkcentra

- Voor de langere termijn worden de mogelijkheden verkend van een verdere organisatorische uitrol van een integraal zorgmodel. Centraal in die verkenning staan de mogelijkheden van een nog decentraler georganiseerde, zo mogelijk instellingsoverstijgende en nog meer op wijkniveau en het niveau van kleinere gemeenten opererende en ingebedde zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (GGZ-wijkcentra), waar mogelijk geïntegreerd met andere voorzieningen (welzijn, gezondheidszorg).

Accounthouders

Uitvoering van de ontwikkelagenda vraagt op alle onderdelen inzet van alle betrokken partijen. Het aanwijzen van accounthouders voor de verschillende agenda-onderdelen kan die uitvoering helpen waarborgen en structureren. De accounthouder voert de betreffende agendapunten niet volledig zelf uit, maar neemt wel die initiatieven die voor de uitvoering nodig zijn en is daar ook op aanspreekbaar; de accounthouder heeft daarbij ook een coördinerende rol.

Vooralsnog denken de regiopartners aan de volgende toedeling van het accounthouderschap op hoofdlijnen:

GGZ-instellingen

Accounthouder ontwikkelagenda:

- afbouw en kwaliteitsverbetering voorzieningen voor intramurale zorg en beschermd wonen;
- verbetering psychologische hulp;
- uitbreiding en kwaliteitsverbetering (F)ACT;
- netwerkontwikkeling gezondheidszorg;
- verkenning ontwikkeling geïntegreerde GGZ-wijkcentra.

Gemeenten

Accounthouder ontwikkelagenda:

- beschikbaarheid woningen en differentiatie woonvoorzieningen (met GGZ-instellingen);
- netwerkontwikkeling sociale steunstructuren (met GGZ-instellingen en cliëntenorganisaties);
- netwerkontwikkeling participatieondersteuning (met cliëntenorganisaties en GGZ-instellingen);
- faciliteren en organiseren van afstemming en regie op gemeentelijk niveau.

Zorgverzekeraars

Accounthouder ontwikkelagenda:

- ontwikkeling systeemvoorwaarden (met gemeenten en GGZ-instellingen);
- faciliteren en organiseren van afstemming en regie op subregionaal niveau (met gemeenten).

Cliënten- en familieorganisaties

Accounthouder ontwikkelagenda:

- bijstellen beeldvorming / tegengaan stigmatisering (met gemeenten);
- inbreng cliënten en familie in ontwikkeling en uitvoering toekomstig zorglandschap.

Trimbos-instituut

Accounthouder ontwikkelagenda:

- monitoring, voortgangsanalyses en faciliteren horizontale verantwoording (met regiopartners, andere betrokken onderzoeksinstituten, cliëntenorganisaties).

In de komende periode zal op het niveau van de twee subregio's - Oost-Veluwe en de Achterhoek - een meer gedetailleerde toewijzing plaatsvinden van het accounthouderschap rond afzonderlijke agendapunten aan de afzonderlijke partijen.

Bijlage I

Nulmeting regionale GGZ-voorzieningen Oost-Veluwe en de Achterhoek

Lex Hulsbosch, Frank van Hoof
Trimbos-instituut
Utrecht, maart 2014

Inhoud

1 Inleiding	41
2 De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek	43
2.1 Afbakening van de regio	43
2.2 Geografische regiokenmerken	44
2.3 Sociaal-demografische opbouw van de regio	45
2.4 Regionale epidemiologie	46
3 Intramurale GGZ-voorzieningen in de regio	49
3.1 Dataverzameling en respons	49
3.2 Intramurale aanbieders en capaciteit	50
3.3 Intramuraal GGZ-gebruik	55
3.4 Opbrengsten intramurale voorzieningen	59
4 Ambulante GGZ-voorzieningen in de regio	61
4.1 Dataverzameling en respons	61
4.2 Aanbieders van ambulante GGZ	62
4.3 Ambulant GGZ-gebruik	63
4.4 Ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen	64
4.5 Overige voorzieningen	67
Bijlage A	
Inwoneraantallen gemeenten Oost-Veluwe en de Achterhoek	69
Bijlage B	
Sociaaldemografische kenmerken gemeenten Oost-Veluwe en de Achterhoek	71

1 Inleiding

Medio 2013 vroegen de regiopartners het Trimbos-instituut om, bij wijze van kick-off, een gedetailleerde, kwantitatieve nulmeting uit te voeren naar intramurale GGZ-aanbod en het ambulante aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio. In deze bijlage wordt verslag gedaan van deze regionale nulmeting.

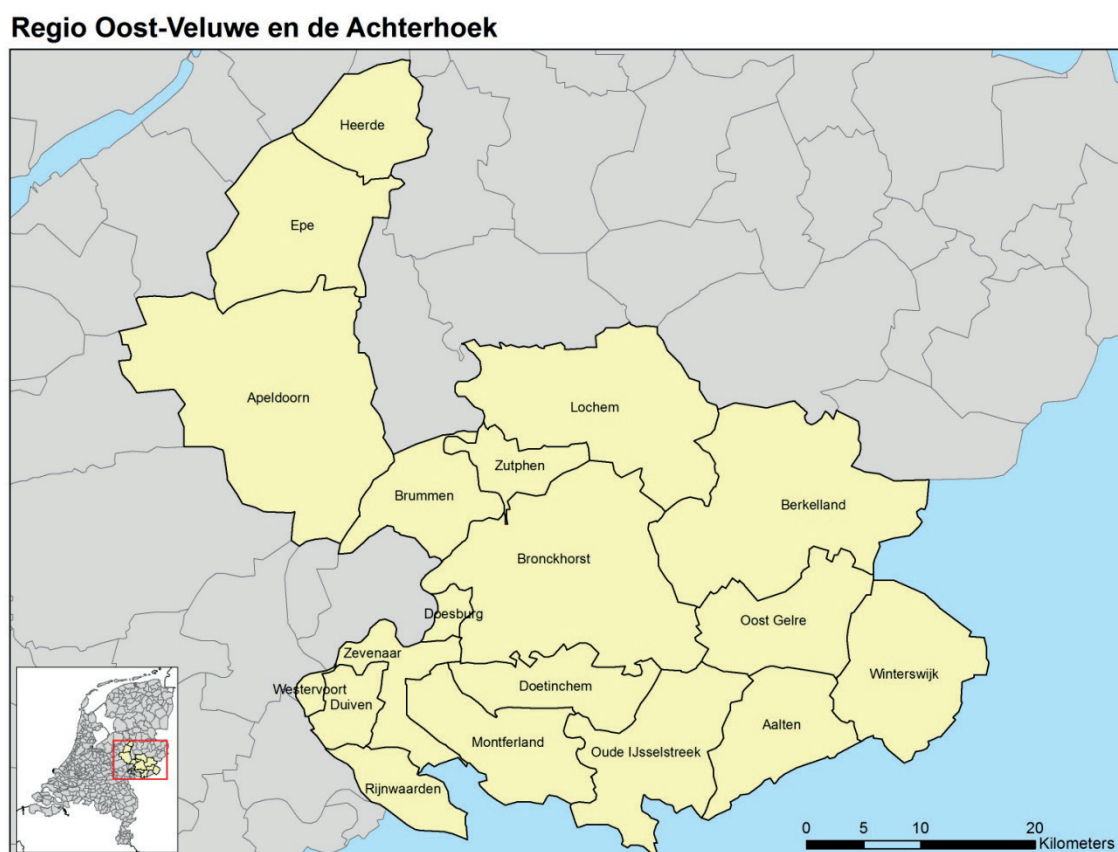
De bijlage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van een aantal geografische, sociaaldemografische en epidemiologische kerngegevens over de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de aanbieders, de capaciteit en het gebruik van intramurale GGZ-voorzieningen in de regio in 2012 (inclusief het beschermd wonen). Capaciteitsgegevens worden waar mogelijk afgezet tegen landelijke cijfers. Ook wordt een indicatie gegeven van de kosten die met deze voorzieningen gemoeid zijn. In hoofdstuk 4 komen kort de ambulante voorzieningen in de regio aan bod, waaronder de (categorale) voorzieningen voor dagbesteding en maatschappelijke ondersteuning in de regio. In het afsluitende hoofdstuk 5 wordt kort stil gestaan bij een aantal andere voorzieningen en organisaties die betrokken zijn bij de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen in regio. Ook de toenmalige bemoeienissen van enkele gemeenten in de regio met de doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen komen daarbij aan bod.

2 De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek

2.1 Afbakening van de regio

De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek valt in het regiotraject samen met het verzorgingsgebied van GGNet, voor zover dat binnen de grenzen van de zorgkantorregio Apeldoorn- Zutphen en de zorgkantorregio Arnhem ligt (daarmee omvat de regio de volledige zorgkantorregio Apeldoorn- Zutphen en het ten oosten van de IJssel gelegen deel van zorgkantorregio Arnhem). Figuur 2.1. geeft een overzicht van de regio.

Figuur 2.1

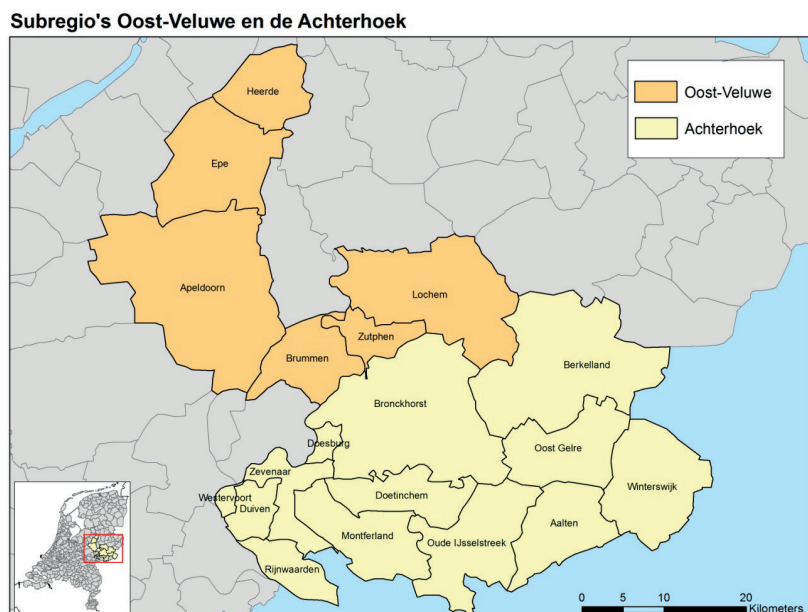


Binnen de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek kunnen diverse subregio's worden onderscheiden. Daarbij zijn in principe diverse indelingen denkbaar, bijvoorbeeld naar adherentiegebied van de instellingen en voorzieningen, naar centrumgemeenten of anderszins. In dit rapport wordt standaard en mede op verzoek van de beide zorgverzekeraars een onderscheid gemaakt naar de regio Oost-Veluwe en de regio de Achterhoek, waarbij de grens tussen de beide regio's parallel loopt met die van de twee zorgkantorregio's waarover het gebied verdeeld is. Dat is tevens de grens tussen de regio's waarover de beide zorgverzekeraars vanuit hun marktaandeel maar ook vanuit hun historische zorgkantorfunctie een dominante inkooprol vervullen. Een belangrijke attendering vooraf is dat Warnsveld, dat met zijn intramurale voorzieningen in termen van adherentiegebied vooral op de Achterhoek is georiënteerd, bij deze indeling tot de regio Oost-Veluwe wordt gerekend.⁸

⁸ De databestanden die ten behoeve van de nulmeting zijn aangelegd, maken het mogelijk om desgewenst ook overzichten te genereren voor andere regio-indelingen.

Figuur 2.2. geeft een overzicht van de subregio's. Tabel 2.1 geeft aan welke gemeenten tot de beide subregio's behoren.

Figuur 2.2



Tabel 2.1 Gemeenten regio Oost-Veluwe en de Achterhoek

Oost-Veluwe	De Achterhoek
Apeldoorn	Aalten
Brummen	Berkelland
Epe	Bronckhorst
Heerde	Doesburg
Lochem	Doetinchem
Zutphen	Duiven
	Montferland
	Oost-Gelre
	Oude IJsselstreek
	Rijnwaarden
	Westervoort
	Winterswijk
	Zevenaar

2.2 Geografische regiokenmerken

De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek telde begin 2013 bijna 705.000 inwoners, waarvan circa 310.000 in Oost-Veluwe en circa 395.000 in de Achterhoek. Tabel 2.2 laat zien dat de bevolkingsdichtheid in de regio - en met name in de Achterhoek - lager is dan gemiddeld in Nederland (zij het niet extreem veel lager). De grootste stedelijke kern in de regio is Apeldoorn, met 157.000 inwoners binnen de gemeente. Apeldoorn is ook de enige gemeente in de regio die in de CBS-databanken wordt getypeerd als 'sterk stedelijk'. Qua inwoneraantallen volgen, op relatief grote afstand, Doetinchem met 56.000 inwoners en Zutphen met 47.000 inwoners. (Bijlage A geeft een overzicht van inwoneraantallen en bevolkingsdichtheid per gemeente.)

Tabel 2.2 Geografische kenmerken regio Oost-Veluwe en de Achterhoek

	Inwonertal ¹	Aantal woonkernen ¹	Land-oppervlakte ²	Bevolkingsdichtheid
	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>km²</i>	<i>inwoners/km²</i>
Totaal regio	704.491	131	2.268	311
Oost-veluwe	309.892	38	913	339
De Achterhoek	394.599	93	1.355	291
Nederland	16.779.575	2503	33.883	495

1. Bron: Statline (CBS). Peildatum: 1 januari 2013.

2. Bron: Statline (CBS). Peiljaar: 2010.

2.3 Sociaaldemografische opbouw van de regio

Tabel 2.3 laat zien dat de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek qua leeftijdsopbouw van de bevolking weinig afwijkt van het gemiddelde in Nederland. Het aandeel kinderen en jeugdigen (tot 20 jaar) is exact gelijk aan het landelijk gemiddelde. Wel ligt het aantal 65+ers een fractie hoger in de regio (19 % regionaal en ook voor de beide subregio's, versus 17 % landelijk). Op het niveau van de afzonderlijke gemeenten loopt de leeftijdsopbouw van de bevolking overigens wel wat meer uiteen (waarbij met name Duiven en Westervoort - beide randgemeenten van Arnhem - als relatief 'jonge' gemeenten uit de bus komen; zie bijlage B voor de sociaaldemografische kenmerken van de bevolking per gemeente).

Wel enigszins afwijkend van het landelijk beeld is het aandeel allochtonen in de bevolking, zo laat tabel 2.3 zien. De regio Oost-Veluwe en de Achterhoek komen uit op een percentage allochtonen van 12 % versus een aandeel van 21 % landelijk. Daarbij is met name in de Achterhoek het aandeel allochtonen (met 11 %) relatief laag. Waarbij zij opgemerkt dat zich ook op dit punt weer relatief grote verschillen tussen gemeenten onderling voordoen. Met name in Apeldoorn, Zutphen, Doesburg en Westervoort komen de cijfers dichter in de buurt van het landelijk gemiddelde (zie bijlage B).

Qua aantallen werkenden in de beroepsbevolking wijken de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek niet af van het landelijke beeld. Wel blijkt de sociaal economische status (op basis van gegevens over inkomen, opleiding en werk) in de regio Oost-Veluwe iets boven het landelijk gemiddelde te liggen, zo laat tabel 2.3 zien. Met name de gemeenten Apeldoorn, Brummen en Heerde zijn daarvoor verantwoordelijk. Gemeenten met relatief lage SES-scores in de regio zijn Doesbrug, Zutphen en Winterswijk (zie bijlage B).

Tabel 2.3 Sociaal-demografische kenmerken regio Oost-Veluwe en de Achterhoek

	Leeftijd ¹			Etnische herkomst ¹	Aandeel werkenden ²	Sociale status ³
	% <20	% 20 - 64	% >64	% allochtoon	% van beroepsbevolking	Statusscore
Totaal regio	23	58	19	12	95	0,21
Oost-Veluwe	23	58	19	14	96	0,30
Achterhoek	23	58	19	11	95	0,14
Nederland	23	60	17	21	95	0,17

1. Bron: Statline (CBS). Peildatum: 1 januari 2013.

2. Bron: Statline (CBS). Peilperiode: 2010 - 2012.

3. Bron: SCP. Peiljaar: 2010. De statusscore is samengesteld uit vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Hoe hoger de score, hoe hoger de sociale status.

2.4 Regionale epidemiologie

Regionale data over het vóórkomen van (ernstige) psychische aandoeningen onder de bevolking van alle Oost-Veluwse en Achterhoekse gemeenten ontbreken. Wel kunnen op basis van landelijke cijfers enkele ramingen voor de regio worden gemaakt.

Zo bedraagt volgens het Nemesis-onderzoek (een landelijke bevolkingsonderzoek naar psychische aandoeningen) de jaarprevalentie van psychische aandoeningen onder de volwassenen bevolking (18-64 jaar) in Nederland 17,5 % (De Graaf e.a., 2010). Daarbij is het vóórkomen van psychische aandoeningen mede gerelateerd aan factoren als opleidingsniveau, etniciteit en - vooral - de werk- en inkomenssituatie. Afgaand op de Nemesis-rapportages over het relatieve gewicht van deze determinanten en afgezet tegen de bevolkingssamenstelling van de regio's Oost-Veluwe en de Achterhoek zou één en ander voor de beide subregio's een lichte bijstelling van het prevalentiecijfer impliceren naar circa 16,5 tot 17,0 %. Tabel 2.4 laat zien dat het totaal aantal volwassenen dat in een jaar met psychische aandoeningen te kampen heeft in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek daarmee zou uitkomen op circa 70.000 personen (waarvan circa 30.000 volwassenen in de regio Oost-Veluwe en circa 40.000 in de regio de Achterhoek)⁹.

Tabel 2.4 Psychiatrische epidemiologie regio Oost-Veluwe en de Achterhoek (schattingen op basis van landelijke data)

	Jaarprevalentie psychische aandoeningen ¹ (18-64 jaar)		Prevalentie ernstige psychische aandoeningen ² (alle leeftijden)	
	% van bevolking	N (*1.000)	% van bevolking	N
Totaal regio	16,5 - 17,0	70.000 - 72.000	1,6 - 1,7	11.000 - 12.000
Oost-Veluwe	16,5 - 17,0	31.000 – 32.000	1,8 - 1,9	5.500 - 6.000
De Achterhoek	16,5 - 17,0	39.000 – 40.000	1,4 - 1,5	5.500 - 6.000
Nederland	17,5	1.897.000	1,7	280.000

1. Op basis van Nemesis (De Graaf e.a., 2010).

2. Op basis van Consensusdocument EPA (Delespaul e.a., 2012).

9 In de VAAM-monitor van het Nivel worden prevalentiecijfers gegeven tot op postcodeniveau. Ook deze cijfers zijn niet gebaseerd op primaire dataverzameling maar op extrapolaties van landelijke cijfers. Daarbij gaat het met name om extrapolaties van de resultaten van de eerste ronde van Nemesis-onderzoek in periode 1996-1999. Vanwege andere definities kwamen de prevalentiecijfers destijds iets hoger uit dan in de recente tweede ronde van Nemesis-onderzoek. <http://www.nivel.nl/vraag-aanbod-analyse-monitor-eerste-lijn>

Bevolkingsonderzoek specifiek naar het vóórkomen van ernstige psychische aandoeningen (EPA) is er voornamelijk niet¹⁰ Wel zijn er recent door de Consensusgroep EPA berekende schattingen gemaakt op basis van verschillende regionale en internationale bronnen en een reeks van expertadviezen (Delespaul e.a., 2012). De Consensusgroep komt op een landelijk prevalentiecijfer van 1,7 % van de bevolking (zie tabel 2.4). Dat is inclusief mensen met EPA die niet in zorg zijn bij de GGZ en inclusief mensen die 'in symptomatische of functionele remissie' zijn maar bij wie nog wel het risico op terugval bestaat¹¹. Voor de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek zou dat neerkomen op circa 12.000 personen.

Ook de Consensusgroep EPA wijst echter op een aantal factoren die samenhangen met het vóórkomen van ernstige psychische aandoeningen in een regio. In hoofdlijnen zijn dat dezelfde als die in het Nemesis-onderzoek (elementen van sociaaleconomische status, etniciteit). In aanvulling daarop noemt Delespaul in een achtergrondnotitie met name urbanisatiegraad als een belangrijke factor, enerzijds vanwege de samenhang met de eerdergenoemde determinanten, maar ook als zelfstandige determinant (onder andere in relatie tot sociale cohesie en aanwezige voorzieningen)¹². Op basis van verschillende bronnen komt hij op een samengestelde correctiefactor voor urbanisatiegraad¹³.

Passen we deze correctiefactor toe op de gemeenten in de regio's Oost-Veluwe en de Achterhoek (daarbij gebruik makende van de CBS-indeling van gemeenten naar urbanisatiegraad) en hanteren we een onzekerheidsmarge van circa 10 %, dan komt het totale aantal mensen met EPA in de regio uit op circa 11.000 tot 12.000 personen. Dat aantal wijkt niet veel af van het ongecorrigeerde cijfer. Wel verschilt het aandeel van mensen met EPA in de beide subregio's. Per saldo komt het geschatte aantal mensen met EPA zowel in Oost-Veluwe als in de (qua bevolkingsomvang iets grotere) subregio de Achterhoek uit op 5.500 à 6.000 personen (zie tabel 2.4).

Trekken we ook enkele landelijke ramingen naar de regio door over de samenstelling en het zorggebruik van de EPA-populatie, dan zouden van die circa 11.000 tot 12.000 mensen met EPA in de regio er naar schatting 8.500 in zorg zijn bij de GGZ (inclusief verslavingszorg en forensisch psychiatrische zorg). En daarvan zou het om 6.500 à 7.000 volwassen GGZ-cliënten met EPA gaan (18-64 jaar).

10 De prevalentie van ernstige psychische aandoeningen wordt in het Nemesis-onderzoek maar voor een deel meegenomen; daarbij is de steekproef voor deze aandoeningen te klein voor betrouwbare extrapolaties naar de landelijke of regionale bevolking.

11 Volgens Consensusgroep EPA is er sprake van EPA in geval van:

- een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt;
 - die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
 - waarbij de beperking oorzaak en gevolg is en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
 - en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.
- Mensen met EPA kunnen in symptomatische en functionele remissie komen wanneer zij 6 maanden lang geen symptomen hebben en functioneel hersteld zijn, aldus de auteurs. Patiënten in remissie blijven patiënten met EPA zolang het risico voor terugval blijft bestaan (en monitoring vanuit de zorg geïndiceerd is). Er zijn dus symptoomvrije patiënten met EPA die weinig tot geen zorgbehoeften hebben. Na 5 jaar symptomatische en functionele remissie worden mensen niet meer tot de populatie met EPA gerekend (Delespaul en de consensusgroep EPA, 2012).

12 Ook in eerdere ramingen wordt urbanisatiegraad als een belangrijke determinant gezien van het vóórkomen van EPA; zie o.a. Kroon, 1996.

13 Delespaul komt uit op een correctiefactor van de EPA-prevalentie van 1,29 voor sterk urbane gebieden, 0,91 voor matig urbane gebieden en 0,52 voor sterk rurale gebieden.

3 Intramurale GGZ-voorzieningen in de regio

3.1 Dataverzameling en respons

Het intramurale GGZ-aanbod in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek is in kaart gebracht aan de hand van een uitvraag bij alle instellingen die blijkens de registraties van Zilveren Kruis en Menzis intramurale GGZ bieden in de regio. In totaal gaat het om 12 instellingen. Daarbij betreft het grotendeels GGZ-instellingen maar het gaat ook om een aantal instellingen die primair in andere zorgsectoren actief zijn en daarnaast ook over een (doorgaans beperkte) capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen beschikken (de Passerel, Talma Borgh en Urtica de Vijfsprong). Alle aangeschreven aanbieders van intramurale GGZ hebben op de uitvraag gerespondeerd. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de betreffende instellingen.

Tabel 3.1 Aanbieders van intramurale GGZ in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek

Instelling	Type instelling ¹	Werkgebied	
		Oost-Veluwe	Achterhoek
GGNet	GGZ	X	X
RIWIS ²	GGZ	X	X
Leger des Heils Gelderland	GGZ	X	X
IrisZorg ²	GGZ	X	X
Tactus ²	GGZ	X	X
Autimaat B.V.	GGZ	X	
De Passerel	Anders	X	
Gelre Ziekenhuizen (Apeldoorn)	GGZ	X	
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	GGZ		X
Talma Borgh	Anders	X	
Urtica de Vijfsprong	Anders		X
Woonzorgnet	GGZ		X

1. Anders: Instellingen die hoofdzakelijk niet-GGZ bieden (VGZ, jeugdzorg, welzijnszorg), maar daarnaast voor een beperkt deel psychiatrische zorg.

2. Riwis, IrisZorg en Tactus zijn – samen met de gemeenten Apeldoorn – initiatiefnemer in Omnizorg, een voorziening voor mensen met een verslaving of psychiatrische problematiek die dak- en/of thuisloos zijn geraakt en een combinatie van problemen hebben. Omnizorg is daarom niet als aparte instelling in de nulmeting opgenomen; de cijfers voor Omnizorg zijn verdisconteerd in de gegevens van Riwis, IrisZorg en Tactus.

De gegevens voor het intramurale GGZ-aanbod zijn uitgevraagd op locatieniveau, waarbij een locatie is gedefinieerd als een (groep) voorziening(en) met één eigen adres. De uitvraag had betrekking op alle ZVW- en AWBZ-gefinancierde intramurale GGZ (inclusief beschermd wonen) en betrof:

- de productie van intramurale GGZ in 2012;
- het gebruik van intramurale GGZ in 2012;
- opbrengsten van intramurale GGZ in 2012.

In het vervolg van deze rapportage zijn de productiecijfers voor de leesbaarheid omgerekend naar capaciteitscijfers door het aantal verpleegdagen in 2012 te delen door 366 (het aantal dagen in 2012; een en ander conform de rapportages van de Landelijke Monitor Intramurale GGZ). Verder zij vermeld dat de gegevens in dit hoofdstuk op een geaggregeerd (sub)regionaal, instellingsniveau en soms gemeenteniveau worden gepresenteerd. Gegevens op locatieniveau zijn opgenomen in het separaat bij de rapportage aan de opdrachtgevers aangeleverde databestand.

het algemeen is het aantal aanbieders dat BW biedt aanzienlijk groter dan het aantal aanbieders van andere intramurale zorg in de regio. Kijken we apart naar de drie gespecialiseerde verslavingszorginstellingen in de regio (Tactus, Leger des Heils en IrisZorg) dan zien we dat deze tezamen over een capaciteit beschikken van 411 plaatsen, ofwel 21 % van de totale regionale capaciteit¹⁶. Belangrijke aanvulling daarbij is dat een deel van deze capaciteit voor intramurale verslavingszorg wordt ingezet voor de zorg aan cliënten van buiten de regio (zie ook p. 22).

Tabel 3.3 Intramurale GGZ-capaciteit 2012 per aanbieder en per financieringskader (in plaatsen)

Instelling	Totaal N	%	ZVW n	AWBZ-B N	AWBZ-C n	AWBZ overig ¹ N
GGNet	942	48	355	340	240	7
Riwis	472	24	0	0	437	35
IrisZorg	146	7	0	2	139	6
Tactus	143	7	101	5	37	0
Leger des Heils	122	6	46	0	76	0
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	45	2	0	0	45	0
Gelre ziekenhuizen Apeldoorn	23	1	23	0	0	0
Urtica de Vijfspromg	22	1	5	2	16	0
Talma Borgh	15	1	0	0	15	0
Woonzorgnet	15	1	0	0	15	0
Autimaat B.V.	8	0	0	0	8	0
De Passerel	3	0	0	0	3	0
Totaal	1.955	100	529	348	1.030	48

1. AWBZ overig: kinderen & jeugd, sectorvreemde ZZP's en het Volledig Pakket Thuis (VPT).

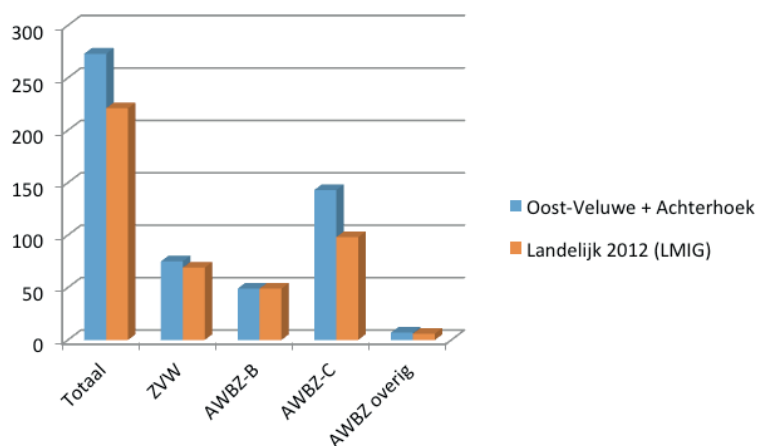
Tabel 3.4 en figuur 3.1 laten zien hoe de totale regionale capaciteit zich verhoudt tot de landelijke cijfers. Daarbij blijkt dat de capaciteit per 100.000 inwoners in de regio hoger ligt dan gemiddeld in Nederland: 278 plaatsen per 100.000 inwoners in de regio versus 221 plaatsen per 100.000 inwoners landelijk. Dit verschil is voor het grootste deel toe te schrijven aan de hoge capaciteit voor Beschermd Wonen (AWBZ-C) in de regio. De BW-capaciteit per 100.000 inwoners is in de regio ongeveer anderhalf keer zo hoog als landelijk. De regionale ZVW-capaciteit ligt iets boven het landelijk gemiddelde en de AWBZ-B capaciteit in de regio komt nagenoeg overeen met de landelijke cijfers.

Tabel 3.4 Intramurale GGZ-capaciteit in 2012 per financieringskader, regionaal en landelijk (in aantal plaatsen per 100.000 inwoners)

Regio	Totaal	ZVW	AWBZ-B	AWBZ-C	AWBZ overig
<i>Plaatsen per 100.000 inwoners</i>					
Oost-Veluwe + Achterhoek	278	75	49	146	7
Landelijk 2012 (LMIG)	221	69	49	98	6

¹⁶ Landelijk nemen de verslavingszorginstellingen naar schatting 7 à 8 % van de totale intramurale GGZ-capaciteit voor hun rekening (raming op basis van Knispel e.a., 2013).

Figuur 3.1 Intramurale GGZ-capaciteit in 2012 per financieringskader en per 100.000 inwoners, regionaal en landelijk



De regio beschikt dus over een relatief hoge intramurale en met name BW-capaciteit. Tabel 3.5 en figuur 3.2 laten zien hoe deze capaciteit over de regio is verdeeld. Daarbij blijkt dat 70 % van de capaciteit in de regio Oost-Veluwe ligt. Verder blijkt dat 42 % van de capaciteit in één gemeente ligt: de gemeente Apeldoorn. Bij de Apeldoornse voorzieningen gaat het voor een groot deel om BW-plaatsen (58%). Dat betekent dat bijna de helft (46 %) van alle BW-plaatsen in de regio is gevestigd in de gemeente Apeldoorn. De BW-capaciteit in de regio is dus niet alleen relatief groot ook maar ook in geografische zin relatief sterk geconcentreerd.

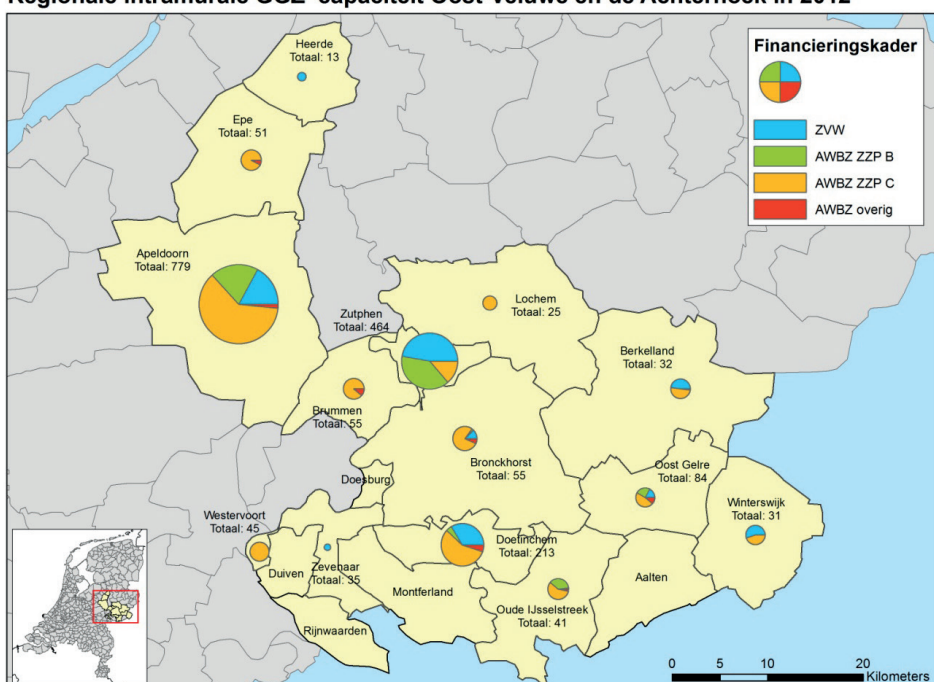
Tabel 3.5 en figuur 3.2 laten verder zien dat de intramurale voorzieningen, behalve in Apeldoorn, vooral geconcentreerd zijn in de gemeenten Zutphen en Doetinchem.

Tabel 3.5 Intramurale GGZ-capaciteit in 2012 per financieringskader, per gemeente (in plaatsen)

Regio & Gemeente	Totaal	ZVW	AWBZ-B	AWBZ-C	AWBZ overig
<i>Plaatsen</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>
Achterhoek	578	153	43	356	26
Doetinchem	231	80	10	129	12
Bronckhorst	73	9	2	57	5
Oude IJsselstreek	54	1	20	31	2
Berkelland	48	23	0	24	1
Winterswijk	48	27	0	21	0
Oost Gelre	46	8	11	22	5
Westervoort	45	0	0	45	0
Montferland	28	0	0	27	1
Zevenaar	5	5	0	0	0
Oost-Veluwe	1.376	375	304	675	22
Apeldoorn	824	181	152	479	12
Brummen	412	185	152	75	0
Epe	54	0	0	48	6
Heerde	52	0	0	48	4
Lochem	25	0	0	25	0
Zutphen	9	9	0	0	0
Regiototaal	1.954	528	347	1.031	48

Figuur 3.2

Regionale intramurale GGZ-capaciteit Oost-Veluwe en de Achterhoek in 2012



Belangrijke kanttekening bij de regionale en lokale capaciteitscijfers is dat de betreffende voorzieningen voor een deel ook bovenregionaal worden ingezet. Aan de zes kernpartners in het regiotraject is om aanvullende gegevens gevraagd over het percentage van de intramurale productie binnen de regio dat in 2012 is ingezet ten behoeve van de zorg voor cliënten van buiten de regio. De intramurale ZVW-voorzieningen van Tactus blijken het meest 'bovenregionaal' te werken: volgens opgave van de instelling werd 50,5 % van de klinische ZVW-productie van de voorzieningen binnen de regio in 2012 ingezet voor cliënten die woonachtig zijn buiten de regio. Ofwel: 49 (van de 101) bedden in de klinieken van Tactus worden volgens opgave van de instelling bezet door mensen die woonachtig zijn in of afkomstig zijn uit de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Vergelijkbare gegevens over de AWBZ-productie heeft Tactus niet voorhanden, maar de indruk bij de instelling zelf is dat het aandeel 'bovenregionale' AWBZ- cliënten aanzienlijk lager is en dat "voor het grootste gedeelte kan worden aangenomen dat deze cliënten oorspronkelijk vanuit deze regio komen".

Ook GGNet werkt deels bovenregionaal, zij het in veel mindere mate dan Tactus. GGNet geeft aan dat 7,5 % van de intramurale productie van de voorzieningen binnen de regio in 2012 werd ingezet voor cliënten van buiten de regio. Met name een aantal voorzieningen voor jeugd-GGZ heeft een bovenregionale functie¹⁷. De overige kernpartners kunnen geen exacte gegevens aanleveren, maar wel indicaties. Riwis geeft aan de indruk te hebben niet of nauwelijks cliënten van buiten de regio in de eigen voorzieningen te hebben. Ook RIBW Arnhem en Veluwevallei schat in dat het grootste deel van de bewoners in voorzieningen in Westervoort uit de nabije omgeving afkomstig is. Het Leger des Heils geeft aan dat indicaties moeilijk te geven zijn, omdat veel van de cliënten uit een situatie van (dreigende) dak- en thuisloosheid afkomstig zijn. Wel geeft het Leger des Heils aan dat de meeste cliënten van de voorzieningen in Wehl en Almen (BW) uit de directe omgeving afkomstig zijn¹⁸.

DBC-gegevens van de zorgverzekeraars bevestigen dat er ten dele sprake is van instroom van cliënten van buiten de regio. Volgens opgave van Zilveren Kruis en Menzis komt 19 % van de intramurale ZVW-clieënten van de regionale instellingen, uit gemeenten buiten de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Daarbij wijken de cijfers van de beide zorgverzekeraars onderling niet veel van elkaar af. Overigens zou omgekeerd, wederom volgens opgave van de beide zorgverzekeraars, niet minder dan 40 % van de cliënten die in de

17 Concreet gaat het om Amarum (78 % van de intramurale productie is ingezet voor cliënten van buiten de regio), Scelta (68%), Urtica (67 %), de afdelingen ZIB/FPA (27 %) en VGGNet (21%).

18 IrisZorg heeft geen verdere indicaties of schattingen van de bovenregionale productie gegeven.

regio wonen en gebruik van maken van intramurale, ZVW-gefinancierde GGZ, dat doen in voorzieningen buiten de regio¹⁹. Belangrijke kanttekening bij dat cijfer is wel dat het voorzieningengebruik in de data van de zorgverzekeraars wordt toegerekend aan de gemeente waar de hoofdlocatie van de betreffende instelling gevestigd is. Bij twee van de drie kernpartners die intramurale ZVW-voorzieningen bieden - Tactus en het Leger des Heils - ligt die hoofdlocatie buiten de regio. Gegeven het feit dat deze beide instellingen samen goed voor circa 28 % van de totale intramurale ZVW-productie in de regio, lijkt één en ander erop te wijzen dat de bovenregionale cliëntenstromen in werkelijkheid meer in evenwicht zijn dan de cijfers van de zorgverzekeraars in eerste instantie suggereren.

Voor een nadere inhoudelijke specificering van het intramurale GGZ-aanbod in de regio is de instellingen gevraagd om per locatie en daarbinnen – indien van toepassing – per afdeling of cluster van voorzieningen – aan te geven wat de specifieke doelgroepen, werkwijze en setting (in de wijk versus op instellingsterrein, groep versus individueel) van deze afdelingen zijn. Dat leverde een omvangrijke lijst van meer generieke en meer specialistische voorzieningen en afdelingen op. Voorbeelden van de meer specialistische afdelingen/locaties zijn de voorzieningen van GGNet specifiek voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek (Apeldoorn), voor jongeren met psychotische stoornissen (Doetinchem), voor mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking (Doetinchem) of voor mensen met autisme (Groenlo). Andere voorbeelden zijn de forensische opnameafdeling van GGNet in Warnsveld en de voorzieningen voor klinische GGZ en gehandicaptenzorg van Urtica de Vijfsprong in Bronckhorst. Voor een compleet overzicht van de antwoorden op de (voor een deel open) vragen over de doelgroepen en werkwijzen op afdelingsniveau verwijzen we naar het separaat bij de rapportage aangeleverde databestand.

19 Cijfers over het grensverkeer in het gebruik van AWBZ-voorzieningen waren niet beschikbaar.

3.3 Intramuraal GGZ-gebruik

Tabel 3.6 laat zien dat in 2012 3.976 cliënten instroomden in de intramurale voorzieningen in de regio, waarvan het grootste deel (88%) in de ZVW-gefinancierde voorzieningen. GGNet neemt het grootste deel van de instroom voor zijn rekening (69%). Tactus en het Leger des Heils volgen met respectievelijk 17% en 5%. In totaal was de instroom in Oost-Veluwe voor 2012 ongeveer twee keer zo hoog als in de Achterhoek.

Tabel 3.6 Jaarinstroom intramurale GGZ 2012 per instelling en naar financieringskader^{1, 2, 3}

Regio & Instelling	Totaal	ZVW	AWBZ-B	AWBZ-C	AWBZ overig
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
Achterhoek	1.341	1.196	28	112	5
GGNet	1.169	1.115	27	22	5
Tactus	81	81			
Riwis	34			34	
Leger des Heils	16			16	
IrisZorg	12			12	
Autimaat B.V.	8			8	
Woonzorgnet	8			8	
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	7			7	
Urtica de Vijfsprong	6		1	5	
Oost-Veluwe	2.638	2.306	105	221	6
GGNet	1.573	1.474	88	8	3
Tactus	586	548	16	22	
Leger des Heils	188	141	1	46	
Gelre ziekenhuizen Apeldoorn	143	143			
Riwis	132			132	
IrisZorg	13			10	3
Talma Borgh	3			3	
Regiototaal	3.979	3.502	133	333	11

1. ZVW: *n*=nieuw geopende DBC's met verblijf.

2. AWBZ: *n*=nieuw ingestroomde cliënten.

3. De Passerel heeft geen instroomgegevens aangeleverd.

De resultaten van de nulmeting laten zien dat 1 % van de totale intramurale productie besteed wordt aan cliënten tot 18 jaar en 20 % aan cliënten van 65 jaar en ouder. Het grootste deel van de zorg (54%) betreft AWBZ-zorg aan volwassenen tot 65 jaar.

Instellingen is ook gevraagd intramurale ZVW-productiecijfers aan te leveren per DBC-productgroep. Tabel 3.7 geeft een overzicht.

Tabel 3.7 Jaarproductie intramurale ZVW 2012 naar DBC-productgroep (in procenten van de totale intramurale ZVW-productie)

DBC-productgroep	Regiototaal	Oost-Veluwe	Achterhoek
	%	%	%
Geen behandeling bij 24 uren verblijf	0,0	0,0	0,0
Indirect	0,0	0,0	0,0
Diagnostiek	0,1	0,2	0,0
Crisis	0,1	0,1	0,0
Behandeling kort	1,4	1,8	0,4
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	0,3	0,2	0,3
Pervasieve stoornissen	2,0	0,9	4,7
Overige stoornissen in de kindertijd	2,8	3,9	0,1
Delirium, dementie en overige amnestische stoornissen	3,6	2,8	5,7
Aan alcohol gebonden stoornissen	15,3	17,7	9,2
Aan overige middelen gebonden stoornissen	13,1	15,3	7,3
Schizofrenie en overige psychotische stoornissen	20,7	19,9	22,5
Depressieve stoornissen	15,5	11,8	24,9
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	4,7	4,0	6,5
Angststoornissen	4,3	2,8	8,1
Aanpassingsstoornissen	0,5	0,4	0,8
Andere aandoeningen of problemen	1,6	1,7	1,5
Restgroep diagnoses	3,0	3,8	0,9
Persoonlijkheidsstoornissen	9,6	11,1	5,6
Somatoforme stoornissen	0,2	0,2	0,4
Eetstoornissen	1,2	1,3	0,9
Totaal	100	100	100

Uit de gegevens in tabel 3.7 blijkt dat bijna drie kwart (74 %) van de intramurale capaciteit besteed wordt aan vijf DBC-productgroepen, te weten aan schizofrenie en overige psychotische stoornissen (21 %), aan alcohol gebonden stoornissen (15%), depressieve stoornissen (15%), aan overige middelen gebonden stoornissen (13%) en persoonlijkheidsstoornissen (10%). Daarbij doen zich relatief grote verschillen voor tussen de voorzieningen in de beide subregio's. Met name de aan alcohol gebonden stoornissen, de aan overige middelen gebonden stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen leggen in Oost-Veluwe een aanzienlijk groter beslag op de capaciteit van de voorzieningen dan in de Achterhoek. Omgekeerd is juist het aandeel depressieve stoornissen en angststoornissen in Achterhoek aanzienlijk groter dan in de voorzieningen in Oost-Veluwe. Regioverschillen doen zich ook voor met betrekking tot de DBC-productgroepen van de pervasieve stoornissen en overige stoornissen in de kindertijd.

Overigens doet zich ook een aantal verschillen voor tussen het regionale beeld van de intramurale productie per DBC-productgroep en het landelijke beeld op basis van de Monitor Intramurale GGZ (Knispel e.a., 2013). Met name de aan alcohol gebonden stoornissen en de aan overige middelen gebonden stoornissen nemen een aanzienlijk groter aandeel in in de regionale intramurale ZVW-productie dan in totale landelijke intramurale ZVW-productie ('bovenregionaliteit' van de voorzieningen in de regio kan hier wederom een rol spelen). Waar deze beide productgroepen samen 28 % van de regionale productie uitmaken (en 33 % van de productie in de voorzieningen in Oost-Veluwe), zijn ze landelijk goed voor 16 % van de totale intramurale ZVW-productie. Het aandeel van de productgroep schizofrenie is in de regionale productiecijfers iets lager dan landelijk (21 % regionaal versus 25% landelijk).

Diagnosespecifieke informatie is niet voorhanden over de intramurale AWBZ-productie. Wel is de instellingen gevraagd om aan te geven hoe de intramurale AWBZ productie verdeeld is over cliëntencategorieën op basis van ZP-indicaties. Tabel 3.8 laat de resultaten zien.

Tabel 3.8 Jaarproductie intramurale AWBZ 2012 naar ZP-categorie (in procenten van de totale intramurale AWBZ-productie)

ZP-categorie	Regiototaal	Oost-Veluwe	Achterhoek
	%	%	%
ZP 1B	0,0	0,0	0,0
ZP 2B	0,5	0,6	0,0
ZP 3B	12,2	13,9	0,3
ZP 4B	9,1	9,1	9,0
ZP 5B	41,1	42,5	31,3
ZP 6B	17,6	15,6	31,1
ZP 7B	19,6	18,4	28,4
Totaal ZP-B	100	100	100
ZP 1C	1,2	1,4	0,9
ZP 2C	11,1	11,9	9,7
ZP 3C	45,5	41,3	53,4
ZP 4C	22,1	23,5	19,6
ZP 5C	15,1	15,5	14,4
ZP 6C	4,9	6,5	1,9
Totaal ZP-C	100	100	100

Kijken we naar de B pakketten (het verblijf) dan blijkt het grootste deel van productie bestemd te zijn voor cliënten met ZP 5B (41 %). De drie zwaarste ZP-en samen leggen een beslag van 79 % op de verblijfs capaciteit. Daarbij is de verblijfszorg in de Achterhoekse voorzieningen in termen van ZP-indicaties iets zwaarder dan in de Oost-Veluwse voorzieningen – met daarbij de kanttekening dat slechts 14 % van verblijfs capaciteit in de Achterhoek is gevestigd.

Binnen de C-pakketten (beschermd wonen) neemt de zorg aan cliënten met een ZP 3C indicatie het grootste aandeel in de productie (46 %). De drie zwaarste ZP-en nemen binnen het beschermd wonen tezamen 42 % van de capaciteit voor hun rekening. Daarbij blijkt dat bij het beschermd wonen de Achterhoekse voorzieningen in termen van ZP-indicaties juist iets minder zware zorg bieden, al zijn de verschillen met de Oost-Veluwse voorzieningen niet heel groot.

Vergelijken we de AWBZ-'zorgzwaarte' van de regionale voorzieningen met die in de Landelijke Monitor Intramurale GGZ, dan blijkt zowel in de B-pakketten als in de C-pakketten het aandeel van de zwaardere ZP-en in de regionale AWBZ-productie iets hoger dan in de landelijke cijfers (regionaal 79 % versus landelijk 72% voor de drie zwaarste B-pakketten; en regionaal 42 % versus landelijk 37 % de voor drie zwaarste C-pakketten.)

Instellingen is ten slotte gevraagd naar de verblijfsduur van de intramurale cliënten. Tabel 3.9 laat zien dat bijna een derde van de uitstromende intramurale ZWV-clieñten maximaal een week is opgenomen geweest en bijna twee derde maximaal een maand. In totaal is 16 % langer dan 3 maanden opgenomen geweest. Daarbij blijkt met name in de Achterhoekse voorzieningen de verblijfsduur relatief vaak maar tot een week beperkt te blijven. In de Oost-Veluwse voorzieningen neigt de opnameduur vaker naar enkele weken. Vergelijken we deze cijfers met die uit de Landelijke Monitor Intramurale GGZ dan wordt de regio gekenmerkt door een relatief korte verblijfsduur in de opnamevoorzieningen. Met name het aandeel zeer korte opnamen (tot een week) is in de regio aanzienlijk groter dan landelijk (30 % versus 20 %). Het aandeel opnamen van meer dan 3 maanden is iets lager dan in de landelijke cijfers (16 % versus 21 %).

Tabel 3.9 Jaaruitstroom 2012 ZVW naar verblijfsduur (in procenten van de totale uitstroom)

Subregio	1-7 Dagen	8-30 Dagen	31-90 dagen	91-168 Dagen	169-252 dagen	253-365 Dagen	Totaal
	%	%	%	%	%	%	%
Achterhoek	43	28	18	7	4	1	100
Oost-Veluwe	23	35	23	12	5	3	100
Regiototaal	30	33	21	10	4	2	100

In tabel 3.10 wordt de verblijfsduur van de op de peildatum aanwezige AWBZ-cliënten getoond. De tabel laat zien dat zowel in het verblijf als in het beschermd wonen bijna twee derde van de cliënten tenminste twee jaar in de betreffende voorziening verblijft. Daarbij is de verblijfsduur van de cliënten in de Achterhoekse AWBZ-voorzieningen in het algemeen iets korter dan van de cliënten in de Oost-Veluwse voorzieningen. De cijfers over de verblijfsduur in de regionale AWBZ-voorzieningen wijken niet af van de landelijke cijfers.

Tabel 3.10 Verblijfsduur AWBZ-cliënten op 30-11-2012 (in procenten)

ZZP B	< 1 jaar	1– 2 jaar	> 2 jaar	Totaal
	<i>N (% van totaal)</i>	<i>n (% van totaal)</i>	<i>n (% van totaal)</i>	
Achterhoek	21	46	32	100
Oost-Veluwe	11	17	71	100
Regiototaal	13	22	64	100

ZZP C	< 1 jaar	1– 2 jaar	> 2 jaar	Totaal
	%	%	%	%
Achterhoek	26	28	46	100
Oost-Veluwe	15	20	65	100
Regiototaal	18	22	60	100

3.4 Opbrengsten intramurale voorzieningen

Instellingen is ten slotte gevraagd naar de inkomsten die zij genereren uit hun intramurale voorzieningen. Tabel 3.11 laat zien dat de totale instellingsopbrengsten van de intramurale GGZ in de regio uitkomen op € 144.742.577,-. Hiervan is 58 % afkomstig uit de AWBZ en in totaal 73 % van de voorzieningen in de subregio Oost-Veluwe. De zes kernpartners in het regiotraject samen zijn goed voor 96 % van de totale opbrengsten uit de intramurale productie in de regio. GGNet heeft met 51 % het grootste aandeel in de totale intramurale opbrengsten.

Tabel 3.11 Jaaropbrengsten intramurale productie 2012 per instelling, naar regio en naar financieringskader*

Instelling	Achterhoek			Oost-Veluwe		
	ZVW	AWBZ	Totaal	ZVW	AWBZ	Totaal
GGNet	12.494.533	13.722.192	26.216.725	20.483.444	26.527.253	47.010.697
RIWIS		3.193.485	3.193.485		19.055.793	19.055.793
IrisZorg		1.529.918	1.529.918		6.817.300	6.817.300
Tactus	1.511.547		1.511.547	7.239.116	2.009.999	9.249.115
Leger des Heils		899.809	899.809	8.698.896	4.189.370	12.888.266
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei		2.333.860	2.333.860			
Urtica de Vijfprong	352.420	996.924	1.349.344			
Gelre ziekenhuizen Apeldoorn				1.748.000		1.748.000
Omnizorg						
Talma Borgh					930.000	930.000
Woonzorgnet		769.000	769.000			
Autimaat B.V.		192.000	192.000			
De Passerel					120.271	120.271
Totaal	14.358.500	23.637.188	37.995.688	38.169.456	59.649.986	97.819.442

* Alle bedragen hebben betrekking op de opbrengsten uit de totale productie in de voorzieningen in de regio. Uitgezonderd bij Tactus: bij deze instelling gaat het uitsluitend om die opbrengsten uit de productie in de voorzieningen in de regio die gerelateerd zijn aan de zorg ten behoeve van cliënten die ook woonachtig zijn of afkomstig zijn uit deze regio.

4 Ambulante GGZ-voorzieningen

4.1 Dataverzameling en respons

Het ambulante GGZ-aanbod in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek is in kaart gebracht aan de hand van een uitvraag bij alle instellingen die blijkens de registraties van Zilveren Kruis en Menzis intramurale én ambulante GGZ bieden in de regio en bij de belangrijkste aanbieders van uitsluitend ambulante GGZ. Daarvan hebben alle instellingen die intramurale én ambulante GGZ bieden gerepondeerd. De verwachting is dat deze instellingen ook het grootste deel van de ambulante zorg voor mensen met ernstiger psychische aandoeningen in de regio voor hun rekening nemen. Onder de aanbieders die uitsluitend ambulante GGZ bieden was de respons relatief laag. Het aandeel van de niet-responderende instellingen in de EPA-zorg in de regio is vermoedelijk eveneens laag.

In totaal gaat het om 11 responderende instellingen. Daarbij betreft het grotendeels GGZ-instellingen maar ook een aantal instellingen die primair in andere zorgsectoren actief zijn en daarnaast over enkele ambulante GGZ-voorzieningen beschikken (De Hoenderloogroep, Ixta Noa). Tabel 4.1 geeft een overzicht van de betreffende instellingen.

Tabel 4.1 Responderende aanbieders ambulante GGZ in de regio

Instelling	Type aanbieder ¹	Werkgebied	
		Oost-Veluwe	Achterhoek
GGNet	GGZ	X	X
RIWIS	GGZ	X	X
Leger des Heils Gelderland	GGZ	X	X
IrisZorg	GGZ	X	X
Tactus	GGZ	X	X
Autimaat B.V.	GGZ	X	
De Hoenderloogroep	Anders	X	
Dimence	GGZ	X	
Ixta Noa	Anders	X	X
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	GGZ		X
Zorgplus	GGZ		X

1. Anders: Instellingen die hoofdzakelijk niet-GGZ bieden (VGZ, jeugdzorg, welzijnszorg), maar ook over een klein deel ambulante psychiatrische zorg beschikken.

De gegevens voor het ambulante GGZ-aanbod zijn per instelling uitgevraagd op subregionaal niveau. De uitvraag had betrekking op alle ZVW- en AWBZ-gefinancierde ambulante GGZ in de subregio's en betrof:

- Het aantal cliënten dat in 2012 ambulante GGZ genoot en het aandeel ernstige psychische aandoeningen daarin.
- Capaciteit, gebruik en organisatie van:
 - outreachende ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen
 - categorale voorzieningen voor inloop en dagbesteding
 - voorzieningen voor individuele maatschappelijke ondersteuning.

De respons op de afzonderlijke items van de ambulante uitvraag was minder compleet dan bij de intramurale uitvraag. We presenteren hier alleen de resultaten over die items waarbij wel een relatief compleet geaggregeerd beeld van de situatie in de regio is te geven. Voor een compleet overzicht over de resultaten per instelling verwijzen we naar het separaat bij de rapportage aan de opdrachtgevers aangeleverde databestand.

4.2 Aanbieders van ambulante GGZ

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de geografische spreiding van de ambulante zorg in de regio, meer specifiek: een overzicht van de *locaties van waaruit* ambulante zorg in de regio wordt geboden. Dit betekent overigens niet dat de ambulante zorg beperkt is tot (potentiële) cliënten in de betreffende gemeenten. Doorgaans is de locatie de standplaats voor teams met een breder verzorgingsgebied.

Tabel 4.2 Responderende aanbieders van ambulante zorg in de regio en het aantal locaties per gemeente

		GGNet	RIWIS	Leger des Heils Gelderland	IrisZorg	Tactus	De Hoenderloogroep.	RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	Dimence ¹	Ixtra Noa	Zorgplus ²
Oost-Veluwe	Apeldoorn	1	11	3	3	2	1				
	Brummen		2			1					
	Epe		1								
	Heerde										
	Lochum										
	Zutphen	1				2			1	1	
Achterhoek	Aalten										
	Berkelland					1					
	Bronckhorst										
	Doesburg										
	Doetinchem	1	2		1						
	Duiven										
	Montferland										
	Oost-Gelre										
	Oude IJsselstreek										
	Rijnwaarden										
	Westervoort							1			
	Winterswijk	1		1	1						
	Zevenaar	1			1						

1. Zorgplus levert ambulante AWBZ zorg in de regio, maar doet dit niet vanuit vaste locaties. Het (hoofd)kantoor ligt bovendien niet in de regio. Het is hierdoor niet mogelijk de zorg aan een locatie te koppelen.

* Niet opgegeven vanuit hoeveel locaties de zorg wordt geleverd.

** Dimence heeft geen locatie in Zutphen, maar het aanbod wordt vanuit Deventer geleverd.

4.3 Ambulant GGZ-gebruik

Tabel 4.3 laat zien dat in 2012 in totaal bijna 34.000 cliënten ambulante ZVW- of AWBZ-gefinancierde GGZ ontvingen in de regio Oost-Veluwe en Achterhoek. Bij 91 % gaat het om ZVW-gefinancierde zorg. Bij 10 % van alle cliënten - ofwel bijna 3.400 personen - gaat het om relatief intensieve zorg (DBC's van > 3.000 minuten). Het merendeel van de cliënten (54% van het totaal aantal cliënten) ontvangt ambulante zorg vanuit locaties in de Achterhoek; het verschil tussen beide subregio's is echter relatief klein.

Tabel 4.3 Ambulante cliënten per instelling in 2012 (ZVW en AWBZ)

Regio	Instelling	Totaal aantal cliënten	ZVW-clieuten	Beëindigde DBC's > 3000 minuten
		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>
Oost-Veluwe	GGNet	10.154	9.966	1.263
	Tactus	1.727	1.333	257
	Dimence	1.459	1.459	141
	Leger des Heils	562	159	1
	Ixta Noa	540		
	RIWIS	414		
	Autimaat B.V.	105	105	63
	De Hoenderloogroep	303		
	IrisZorg*	141	141	4
Totaal		15.405	13.163	1.729
Achterhoek	GGNet	16.452	16.294	1.557
	IrisZorg*	1.105	1.105	63
	Ixta Noa	350		
	Tactus	154	106	31
	Leger des Heils	101		
	RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	79		
	RIWIS	45		
	Zorgplus	35		
Totaal		18.321	17.505	1.651
Totaal		33.726	30.668	3.380

* Gegevens IrisZorg exclusief AWBZ.

4.4 Ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Tabel 4.4 geeft een overzicht van de capaciteit (in fte) die volgens opgave van de instellingen beschikbaar is voor specifieke voorzieningen voor ambulante (outreaching) zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In totaal gaat het om 300 fte, waarbij GGNet het grootste deel van die capaciteit voor zijn rekening neemt. Overigens geven enkele instellingen daarbij aan dat de grenzen tussen specifieke ambulante EPA-zorg en bredere ambulante voorzieningen niet altijd scherp te maken zijn.

Tabel 4.4 Ambulante (outreaching) EPA-zorg: beschikbare capaciteit naar regio en instelling in FTE.

Instelling	FTE		
	Oost-Veluwe	Achterhoek	Totaal
GGNet	41	61	102
Tactus	50	3	53
Leger des Heils*	25	10	35
RIWIS	30		30
RIBW Arnhem en Veluwevallei		15	15
IrisZorg	5		5
De Hoenderloogroep	24		24
Autimaat B.V.	8	17	24
Ixta Noa	11		11
Totaal	194	106	300

* Verdeling capaciteit Leger des Heils over de regio's op basis van schatting onderzoekers.

De meeste instellingen waren in staat cliëntenaantallen te noemen van de betreffende voorzieningen, zij het veelal op basis van schattingen. Tabel 4.5 laat zien dat het in totaal gaat om bijna 4.000 cliënten. GGNet neemt daarbij opnieuw het grootste aandeel voor zijn rekening met circa 2.500 cliënten. Ook bij deze cijfers maken enkele instellingen de kanttekening dat de betreffende clientèle niet altijd scherp is af te bakenen.

Tabel 4.5 Aantal cliënten van voorzieningen ambulante (outreaching) EPA-zorg op jaarbasis*

Instelling	FTE		
	Oost-Veluwe	Achterhoek	Totaal
GGNet	1.100	1.400	2.500
Tactus	162	13	175
Leger des Heils	400	101	501
RIBW Arnhem en Veluwevallei		79	79
De Hoenderloogroep	303		303
Autimaat B.V.	69	95	164
Ixta Noa	90		90
Totaal	2.124	1.688	3.812

* Voor een deel op basis van schattingen; geen gegevens van RIWIS en Iriszorg.

We beschrijven kort het ambulante aanbod voor mensen met ernstige psychische aandoeningen per instelling.

GGNet

GGNet heeft de outreachende ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen georganiseerd in 7 FACT-teams en 1 ACT teams. De teams zijn gevestigd in Apeldoorn (2 FACT-teams en 1 ACT-team), Doetinchem (2 FACT-teams), Zutphen, Zevenaar en Winterswijk (elk 1 FACT-team). De totale capaciteit van de teams bedraagt 102 fte (waarvan 61 fte bij de teams in de Achterhoek). Daarvan gaat het

voor 64 fte om verpleegkundigen (waarvan 6 fte verpleegkundig specialisten), 16 fte sph's of mw-en en 8 fte psychiaters. Verder is per FACT-team voor 0,5 fte een trajectbegeleider aangesteld; in totaal circa 4 fte. De acht teams hadden in 2012 in totaal circa 2.500 cliënten in zorg, waarvan 1.400 in de Achterhoek en 1100 in Oost-Veluwe.

Leger des Heils

De capaciteit van de outreachende ambulante EPA-zorg van het Leger des Heils in de regio bedraagt 35 fte. Het Leger des Heils werkt met multidisciplinaire ambulante teams waarmee verschillende cliëntengroepen worden begeleid en behandeld. Voor de Achterhoek is één team operationeel, voor Oost-Veluwe zijn er drie teams. De teams werken sterk wijkgericht. In de wijken wordt samengewerkt met andere organisaties en wordt gebruik gemaakt van de methode van casemanagement. De professionals worden vooral als coördinatoren van zorg ingezet. Het Leger des Heils geeft aan ook pilots te doen met "het verbinden van formele en informele zorg" en het "inzetten van collectieve arrangementen".

RIWIS

De capaciteit van de outreachende ambulante EPA-zorg van RIWIS bedraagt 30 fte (grotendeels SPH-GGZ en MWD-GGZ). De ambulante zorg wordt geboden vanuit de beschermde woonvormen. Voor de regio Oost-Veluwe telt Riwis acht multi-disciplinaire ambulante teams, elk met een eigen werkgebied (zes in stadsdelen van Apeldoorn en twee in Brummen respectievelijk Epe/Vaassen). Daarnaast zijn er twee specialistische teams: gezinsbegeleiding en laatste kansbeleid. De teams zijn niet diagnose-gebonden. Binnen het netwerk participeren de ambulante teams in de sociale wijkteams van de gemeente en binnen het programma CJG4kracht (jeugd/gezinsbegeleiding). Ook werken ze nauw samen met de FACT-teams van GGNet en met de ondersteuners in de diverse ontmoetingsplekken in de regio. Specifieke expertise van RIWIS betreft autisme en jeugd (jong volwassenen).

RIBW Arnhem & Veluwevallei

De capaciteit van de ambulante EPA-zorg van RIBW- Arnhem en Veluwevallei in de regio bedraagt volgens eigen opgave 15 fte. Binnen de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek bestrijkt de instelling slechts een klein gebied ten oosten van Arnhem. Het ambulante team voor deze regio werkt vanuit het regiokantoor in Westervoort.

IrisZorg

De capaciteit van de ambulante EPA-zorg van IrisZorg in de regio bedraagt volgens eigen opgave 5 fte. IrisZorg werkt volgens het FACT-model en doet dit in samenwerking met GGNet. Naast zorg voor volwassenen is er ook FACT-jeugd.

Tactus

Tactus geeft aan over 53 fte te beschikken (ruim de helft SPH-GGZ en MWD-GGZ, bijna een kwart verpleegkundigen) voor ambulante, outreachende zorg aan mensen met EPA. Die capaciteit is vrijwel volledig geconcentreerd in de regio Oost-Veluwe. Daarbij gaat het om diverse ambulante voorzieningen voor individuele- en groepsbegeleiding en -behandeling.

Drie andere instellingen die melden over voorzieningen voor ambulante, outreachende zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio te beschikken, zijn Autimaat, de Hoenderloogroep en Ixta Noa. Bij Autimaat gaat het om voorzieningen voor mensen met autisme. De Hoenderloogroep biedt ambulante zorg aan jeugdigen met ernstige psychische aandoeningen (en aan hun familie). En Ixta Noa meldt met circa 11 ervaringsdeskundigen ambulante zorg te bieden aan mensen met psychische aandoeningen, waaronder mensen met EPA.

Categorale voorzieningen voor inloop, dagbesteding en maatschappelijke ondersteuning

Instellingen is ook gevraagd naar de capaciteit, het gebruik en de locaties van collectieve categorale voorzieningen voor inloop en dagbesteding die zij onder hun beheer hebben in de regio. Dat heeft niet geresulteerd in een compleet overzicht van de diverse voorzieningen in de regio, maar wel van de beschikbare capaciteit van deze voorzieningen en de aantallen cliënten die er gebruik van maken. De tabellen 4.6 en 4.7 geven een overzicht.

Tabel 4.6 Categoriële, collectieve (AWBZ-)voorzieningen voor ontmoeting en dagbesteding: beschikbare capaciteit naar regio en instelling in FTE

Instelling	FTE		
	Oost-Veluwe	Achterhoek	Totaal
GGNet	21	19	40
RIWIS	18	18	36
IrisZorg	24	7	31
Ixta Noa	7	5	12
Tactus	2		2
Leger des Heils	1		1
Totaal	72	49	111

Tabel 4.7 Categoriële, collectieve voorzieningen voor ontmoeting en dagbesteding: aantal unieke (AWBZ-)cliënten van voorzieningen naar regio en instelling

Instelling	Aantal cliënten		
	Oost-Veluwe	Achterhoek	Totaal
GGNet	750	666	1.416
RIWIS	450	40	490
Leger des Heils	400		400
Ixta Noa	237	118	355
IrisZorg	210	50	260
Tactus	72	4	76
RIBW Arnhem & Veluwe Vallei		8	8
Totaal	2.119	810	2.929

De tabellen laten zien dat in totaal 111 fte beschikbaar is aan ondersteuning van inloop- en dagbestedingsvoorzieningen in de regio en dat in totaal op jaarbasis in 2012 circa 2.900 cliënten van deze voorzieningen gebruik maakten. Het grootste deel van de capaciteit bevindt zich in de regio Oost-Veluwe.

Een aantal instellingen geeft ook een summier beschrijving van de betreffende instellingen. Zo maakt RIWIS melding van een aantal zogeheten "Ontmoet & Co"-voorzieningen, ontmoetingsplekken met een lichte GGZ begeleiding maar toegankelijk voor eenieder. Daarnaast beheert RIWIS een aantal leerwerkcentra, in Apeldoorn en Doetinchem. Daarbij wordt ook samengewerkt met de gemeente, bedrijven en het onderwijs. IrisZorg heeft in Doetinchem een opvangvoorziening met daaraan gekoppeld De Werkplaats, een plek voor dagbesteding en toeleidingstrajecten naar werk. In Beekbergen beheert IrisZorg op het landgoed het Hoogeland, naast vormen van begeleid en beschermd wonen, ook voorzieningen voor dagactiviteiten, arbeidstraining en arbeidstoeleiding. Het Leger des Heils beheert het buurtsteunpunt Zevenhuizen in Apeldoorn (maar geeft aan wegens beëindiging van de gemeentelijke gelden op het gebied van ontmoeting een groot deel van de eerdere activiteiten binnen de buurtsteunpunten noodgedwongen te hebben moeten stoppen). Voor een uitgebreider overzicht van de diverse dagbestedingsvoorzieningen in de regio (voor zover opgegeven door de instellingen) verwijzen we naar het separaat bij de rapportage aan de opdrachtgevers aangeleverde databestand.

In het bovenstaande gaat het om de *collectieve* voorzieningen voor inloop en dagbesteding. In aanvulling daarop is instellingen gevraagd in hoeverre zijn ook gespecialiseerde individuele maatschappelijke ondersteuning bieden, specifiek gericht op maatschappelijke participatie op het gebied van werk en opleiding (individuele trajectbegeleiding). Een vijftal instellingen heeft hier positief op gerepondeerd, waarvan Ixta Noa en Dimence met 11 respectievelijk 9 fte over de grootste capaciteit op dit terrein beschikken. Maar ook IrisZorg, het Leger des Heils en Zorgplus geven aan (soms op bescheiden schaal) individuele maatschappelijke

ondersteuning c.q. trajectbegeleiding te bieden. De totale opgegeven capaciteit voor de regio komt op 30 fte, maar gegeven het ontbreken van gegevens van de grootste GGZ-aanbieder in de regio is de werkelijke capaciteit vermoedelijk groter. Een compleet en betrouwbaar overzicht van de aantallen cliënten die gebruik maken van deze voorzieningen kan op basis van de resultaten van de nulmeting niet worden gegeven. Daarbij geven een aantal instellingen aan dat individuele maatschappelijke ondersteuning ook wordt geboden vanuit de eerdergenoemde collectieve voorzieningen en de outreachende ambulante zorgteams.

4.5 Overige voorzieningen

De nulmeting 2012 was primair gericht op een (hoofdzakelijk kwantitatieve) inventarisatie van het GGZ-aanbod in de regio, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Ook andere voorzieningen spelen in 2012 echter al een belangrijke rol in de ondersteuning aan mensen met EPA.

Belangrijk om te noemen zijn met name de diverse cliëntgestuurde voorzieningen. Onder ander de voorzieningen van Ixta Noa in Zutphen behoren daartoe, maar bijvoorbeeld ook het Questi informatiepunt GGZ in Apeldoorn, de Stichting Jutte van der Voorst in Zevenaar, de Stichting Cliënteninitiatieven Achterhoek en de Stichting Eigen Bedrijvigheid, beide in Doetinchem. Verder speelden gemeentelijke voorzieningen ook in 2012 al een belangrijke rol, met name voorzieningen op het gebied van de OGGZ, de zorgtoeleiding en de maatschappelijke opvang.

Bijlage A Inwoners en bevolkingsdichtheid gemeenten Oost-Veluwe en de Achterhoek

Regio	Gemeente	Inwonertal ¹	Aantal woonkernen ¹	Land-oppervlakte ²	Bevolkingsdichtheid
		<i>N</i>	<i>n</i>	<i>km²</i>	<i>inwoners/km²</i>
Oost-Veluwe	Apeldoorn	157.315	12	340	462
	Brummen	21.245	6	84	254
	Epe	32.385	4	156	208
	Heerde	18.399	4	79	232
	Lochem	33.308	10	213	156
	Zutphen	47.240	2	41	1150
Totaal		309.892	38	913	339
Achterhoek	Aalten	27.082	4	97	283
	Berkelland	44.769	10	259	174
	Bronckhorst	37.216	17	284	132
	Doesburg	11.539	1	12	1002
	Doetinchem	56.414	3	79	711
	Duiven	25.554	3	34	752
	Montferland	34.834	12	106	332
	Oost-Gelre	29.873	7	110	274
	Oude IJsselstreek	39.779	14	136	292
	Rijnwaarden	10.968	6	40	276
	Westervoort	15.199	1	7	2168
	Winterswijk	28.967	10	138	210
	Zevenaar	32.405	5	53	609
Totaal		394.599	93	1.355	291
Oost-Veluwe en de Achterhoek		704.491	131	2.268	311
Nederland		16.779.575	2503	33.883	495

1. Bron: Statline (CBS). Peildatum: 1 januari 2013.

2. Bron: Statline (CBS). Peiljaar: 2010.

Bijlage B Sociaal-demografische kenmerken gemeenten Oost-Veluwe en de Achterhoek

Regio	Gemeente	Leeftijd ¹			Etnische herkomst ¹	Aandeel werkenden ²	Sociale status ³
		% <20	% 20 - 64	% >64	% allochtoon	% van beroeps- bevolking	Statusscore
Oost-Veluwe	Apeldoorn	23	59	18	16	95	0,52
	Brummen	22	56	21	11	94	0,52
	Epe	22	56	22	11	96	0,16
	Heerde	23	57	20	5	97	0,45
	Lochem	22	54	24	10	97	0,21
	Zutphen	24	59	17	16	94	-0,41
Totaal		23	58	19	14	96	0,30
Achterhoek	Aalten	24	57	19	11	96	-0,18
	Berkelland	23	56	20	7	95	-0,12
	Bronckhorst	23	55	22	5	96	0,48
	Doesburg	23	58	20	20		-0,53
	Doetinchem	23	59	18	13	94	0,11
	Duiven	26	60	15	13	93	0,61
	Montferland	22	58	20	11	95	0,31
	Oost-Gelre	24	58	18	8	94	0,24
	Oude IJsselstreek	23	57	20	13	95	0,06
	Rijnwaarden	23	60	17	11		0,25
	Westervoort	23	63	14	17	94	0,21
	Winterswijk	23	57	20	14	96	-0,36
Zevenaar	21	58	20	15	95	0,49	
Totaal		23	58	19	11	95	0,14
Totaal regio		23	58	19	12	95	0,21
Nederland		23	60	17	21	95	0,17

1. Bron: Statline (CBS). Peildatum: 1 januari 2013.

2. Bron: Statline (CBS). Peilperiode: 2010 - 2012.

3. Bron: SCP. Peiljaar: 2010. De statusscore is samengesteld uit vier gegevens: het gemiddelde inkomen in een wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. Hoe hoger de score, hoe hoger de sociale status.

Bijlage II

Bouwstenen toekomstig zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Frank van Hoof, Sonja van Rooijen
Trimbos-instituut
Utrecht, maart 2014

Inhoud

Inleiding	77
1. Doelgroep ambulantisering – leefsituatie en ondersteuningsbehoeften	79
2. ‘Goede zorg’ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen	81
3. Organisatie van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen	83
4. Kernvoorzieningen	86
4.1 Opnamevoorzieningen	86
4.2 Voorzieningen voor wonen en verblijf	87
4.3 Voorzieningen voor ambulante zorg	88
4.4 Voorzieningen voor ondersteuning bij maatschappelijke participatie	90
5. Voorwaarden en borging	93

Inleiding

Er zijn geen blauwdrukken voor het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Al was het maar omdat dat landschap er anders uitziet al naar gelang wordt ingezet op hetgeen minimaal *noodzakelijk* is, dan wel hetgeen met extra inzet *mogelijk* is, of hetgeen idealiter *wenselijk* is. Visies van betrokkenen op het nodige, het mogelijke en het wenselijke zullen ook voor een deel verschillen. Zo ook de inhoudelijke criteria waar men één en ander aan afmeet.

Dat neemt niet weg dat internationale, landelijke en regionale praktijkervaringen en onderzoeksbevindingen in de loop der jaren hebben geleid tot een zekere convergentie van inzichten in de leefsituatie en ondersteuningsbehoeften van mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA), de vraag wat *goede zorg* aan deze groep inhoudt en hoe deze zorg en deze ondersteuning het beste georganiseerd kunnen worden. Die inzichten zijn niet statisch, maar voortschrijdend. Ze kunnen als bouwstenen dienen voor het ontwerp van het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met EPA in de regio.

In deze bouwstenennotitie staan we stil bij de huidige stand van die inzichten. Vertrekpunt is daarbij de overweging dat goede zorg aansluit bij de omstandigheden en hulpvragen van cliënten.

In paragraaf 1 kijken we daarom eerst naar hetgeen uit (landelijk) onderzoek bekend is over de leefsituatie, de wensen en de zorgbehoeften van mensen met EPA. In paragraaf 2 en 3 gaan we in op praktijkervaringen met en onderzoeksbevindingen over de kenmerken van 'goede zorg' respectievelijk een goede organisatie van de zorg voor mensen met EPA. In paragraaf 4 staan we uitgebreider stil bij een aantal kernfuncties en kernvoorzieningen in het regionale ondersteuningsnetwerk voor mensen met EPA, te weten: klinische opnamevoorzieningen, woon- en verblijfsvoorzieningen, voorzieningen voor ambulante zorg en voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning. Waar mogelijk extrapoleren we landelijke toekomstverkenningen en ramingen over de benodigde capaciteit en de gewenste organisatie van deze kernvoorzieningen naar de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Ten slotte staan we in paragraaf 5 stil bij een aantal zaken die in de landelijke en internationale onderzoeksliteratuur worden beschouwd als kernvoorwaarden voor een goed functionerend zorglandschap voor mensen met EPA. Daarbij gaat het niet alleen meer om de vraag wat goede zorg is, maar ook om de vraag hoe die zorg geborgd kan worden.

Bij dit overzicht baseren we ons op bestaande documentatie, overzichtsrapportages en beschikbare expertise, maar ook op de eerste contouren van het Landelijke Plan van Aanpak EPA dat momenteel in opdracht van partijen van het Bestuurlijk Akkoord wordt opgesteld (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014). Ook maken we gebruik van de eerste producten van de Werkplaats Ambulantisering, waarbinnen momenteel - in afstemming met de projectgroep Plan van Aanpak EPA - gewerkt wordt aan een Regionaal Transitiekader Ambulantisering en Vermaatschappelijking. (Naar verluidt werkt overigens ook Zorgverzekeraars Nederland momenteel aan een normatief kader c.q. een referentiekader voor het regionale GGZ-landschap. Dat kader was bij het schrijven van deze notitie nog niet beschikbaar.)

1 Doelgroep ambulantisering - leefsituatie en ondersteuningsbehoeften

Regionale prevalentiecijfers van het aantal mensen met psychische aandoeningen en het aandeel daarin van mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn niet voorhanden. Wel kunnen op basis van landelijk onderzoek schattingen voor de regio worden gemaakt. Zo kan op basis van landelijk bevolkingsonderzoek worden vastgesteld dat in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek (700.000 inwoners) naar schatting 70.000 volwassenen (18-14 jaar) op jaarbasis te kampen hebben met psychische aandoeningen (Ten Have e.a., 2013).

Landelijke ramingen van het aantal mensen met ernstige *psychische aandoeningen* (EPA) voor een 'gemiddelde regio' van 700.000 personen komen uit op ongeveer 12.000 personen (alle leeftijden) (Delespaul e.a., 2012)²⁰. Na correcties voor specifieke regiokenmerken zou dat aantal voor de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek een fractie lager uitkomen, te weten op circa 11.500 personen. Het consensusdocument EPA raamt het aandeel volwassen mensen met EPA dat in zorg is bij de GGZ (inclusief verslavingszorg en forensische psychiatrische zorg) op bijna 60 % van het totaal. Voor de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek zou dat neerkomen op circa 6.500 personen.

Landelijke ramingen laten ook zien dat mensen met ernstige psychische problemen het grootste aandeel hebben in het intramurale GGZ-gebruik - wat niet wegneemt dat een deel van het intramurale GGZ-gebruik voor rekening komt van niet-EPA-cliënten en dat het grootste deel van de mensen met EPA alleen gebruik maakt van de ambulante GGZ. Landelijke cijfers tonen eveneens aan dat de populatie van langdurige intramurale GGZ-gebruikers een vlottende populatie is. Gedurende een jaar stroomt circa een kwart van de mensen uit de voorzieningen voor langdurig verblijf en beschermd wonen. Iets dergelijks geldt ook voor de populatie van mensen met EPA. Ook dat is geen statische maar een dynamische populatie. Mensen met EPA kunnen verbeteren, ook zodanig dat zij niet meer aan de criteria van de doelgroep voldoen. Anderen, die nog niet tot de doelgroep behoren, kunnen verslechteren en daardoor wel tot de doelgroep gaan behoren. Verder doet zich binnen de populatie van mensen met EPA een grote diversiteit voor. Leefsituatie, aard en ernst van de psychische aandoeningen, het sociale functioneren, wensen en zorgbehoeften verschillen van persoon tot persoon, maar veranderen ook door de tijd. Bij de inrichting van een zorglandschap voor mensen met EPA is het belangrijk met die diversiteit en dynamiek rekening te houden (zie paragraaf 1).

Toch zijn op basis van verschillende onderzoeken wel enkele algemene bevindingen te melden over de leefsituatie en achtergronden van de doelgroep als geheel. Zo woont verreweg het grootste deel van de mensen met EPA zelfstandig; op landelijke schaal woont 7% in een beschermende woonvorm of verblijfsafdeling van de GGZ. Naar schatting 10 % van de mensen met EPA is gehuwd; naar schatting 20 tot 30 % woont samen met een partner. De participatiegraad van mensen met EPA is gemiddeld laag. Naar schatting 25 tot 50 % van de mensen met EPA heeft een onbetaalde baan (doorgaans één of twee dagen per week). Circa 10 tot 20 % van de mensen met EPA heeft een betaalde baan. Verder kampt naar schatting twee derde van de mensen met EPA met eenzaamheid. Circa een kwart voelt zich meestal of vrijwel altijd eenzaam (Trimbos-instituut, 2013).

20 Volgens Delespaul en de consensusgroep EPA is er sprake van EPA in geval van:

- een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt;
 - die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
 - waarbij de beperking oorzaak en gevolg is en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
 - en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.
- Mensen met EPA kunnen in symptomatische en functionele remissie komen wanneer zij 6 maanden lang geen symptomen hebben en functioneel hersteld zijn, aldus de auteurs. Patiënten in remissie blijven patiënten met EPA zolang het risico voor terugval blijft bestaan (en monitoring vanuit de zorg geïndiceerd is). Er zijn dus symptomovrije patiënten met EPA die weinig tot geen zorgbehoeften hebben. Na 5 jaar symptomatische en functionele remissie worden mensen niet meer tot de populatie met EPA gerekend (Delespaul en de consensusgroep EPA, 2012).

De cijfers duiden erop dat veel mensen met EPA in de samenleving verblijven zonder daar echt deel van uit te maken. Zowel individuele factoren als barrières in de samenleving dragen bij aan dit sociale isolement, aldus de projectgroep Plan van Aanpak EPA. Op individueel vlak hebben veel mensen met EPA wegens uiteenlopende factoren en tegenslagen geen gelegenheid gehad hun leven op te bouwen (of te herpakken). Velen zijn ook vanwege ernstige verwaarlozing, misbruik of mishandeling al vanaf hun jeugd getraumatiseerd geraakt. Sommigen voelen zich mede daardoor in de omgang met anderen vaak onzeker en onveilig. Specifieke symptomatologie (stemmen, achterdocht) of een achterblijvende ontwikkeling van sociaal-cognitieve vaardigheden, maar ook schaamte kunnen deelname aan het sociale verkeer vervolgens extra in de weg staan. Daar komt bij dat de algemene gezondheidstoestand van mensen met EPA aanzienlijk slechter is dan die van andere burgers.

Maar er zijn ook barrières in de samenleving zelf. Veel mensen met EPA ervaren dat in reguliere bedrijven, opleidingen, instanties, etc. weinig rekening gehouden wordt met hun problemen. Ook worden stigmatisering en discriminatie in de omgang met andere burgers ervaren (Van Weeghel, 2010). Onderzoek laat ook zien dat mensen met EPA vaker slachtoffer zijn van geweld en andere misdrijven dan andere Nederlanders (Kamperman e.a., 2013). "Anticiperend op ofwel (herhaalde) stigmatisering dan wel (herhaald) slachtofferschap trekken velen zich grotendeels terug uit het sociale verkeer", aldus de projectgroep Plan van Aanpak EPA. Dat sociale isolement resulteert er vervolgens ook in dat mensen met EPA structureel een lager inkomen hebben dan andere burgers en daarmee ook tegen financiële belemmeringen voor deelname aan de samenleving aanlopen.

Veel factoren dragen dus, elkaar versterkend, bij aan het sociale isolement van (veel) mensen met EPA. Die factoren blijken echter niets af te doen aan de grote behoefte van betrokkenen aan een socialer en actiever leven. Zo zou twee derde meer contacten willen hebben met andere mensen; twee derde zou meer activiteiten willen ondernemen; en bijna twee derde van de niet-werkenden onder de betreffende doelgroep wil werken. Mensen met EPA denken bij hun problemen dan ook niet zozeer aan pathologie, maar aan mislukte carrières, eenzaamheid en verlies van vrienden (Tielens, 2013). Wensen van mensen met EPA hebben betrekking op universele thema's zoals geaccepteerd en erkend worden als volwaardig persoon, goede persoonlijke relaties met familie, vrienden en kennissen, actief zijn in vrijetijdsbesteding en andere sociale activiteiten, en het deelnemen aan werk of onderwijs (Hall, 2009). Mensen met EPA hebben, kort gezegd, dezelfde levenswensen als andere burgers; maar ze stuiten bij het realiseren daarvan op veel meer en grotere persoonlijke en maatschappelijke belemmeringen. Velen zouden daar dan ook graag meer steun bij krijgen.

Bovenstaande impliceert ook dat ondersteuningsbehoeften van mensen met EPA op vele terreinen betrekking kunnen hebben, met als belangrijke gemene deler de wens om het sociaal isolement te doorbreken. Daarbij zijn de ondersteuningsbehoeften die volgens mensen met EPA zelf het vaakst onvervuld blijven, in de volgende vier hoofdclusters onder te brengen (Kroon, 2003; Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2013b):

- steun bij het (leren) omgaan met de aandoeningen en de psychische gevolgen daarvan;
- hulp bij persoonlijke pogingen tot herstel: zaken op een rij krijgen, ontdekken wat men wil in het leven, zelfvertrouwen krijgen en voor zichzelf opkomen;
- steun bij het opbouwen en onderhouden van sociale contacten en relaties (inclusief intimiteit en seksualiteit); behoefte aan acceptatie en integratie, aan continuïteit in relaties, aan een gevoel erbij te horen;
- steun bij het vinden en behouden van werk, opleiding of andere dagbesteding.

2 'Goede zorg' voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen ondersteunt betrokkenen bij hun *persoonlijk en maatschappelijk herstel*. Over dat uitgangspunt bestaat inmiddels een grote en nog steeds groeiende consensus, zowel bij cliëntenorganisaties als vertegenwoordigende organisaties van de zorgaanbieders als onderzoekers; en zowel binnen Nederland als daarbuiten (Van Hoof, e.a., 2014; projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014).

Onder *persoonlijk herstel* wordt daarbij vooral de ontwikkeling van een positieve, zelfbewuste identiteit verstaan. Het gaat om de ontwikkeling van persoonlijke talenten en capaciteiten en de erkenning van de uniciteit daarvan. Steeds nadrukkelijker wordt er daarbij op gewezen dat dit niet impliceert dat de psychische aandoeningen en kwetsbaarheden ontkend worden. Wel impliceert het in veel gevallen dat psychische kwetsbaarheden een andere plaats krijgen in het leven van betrokkenen; het gaat niet meer om pathologische veroorzakers van symptomatologie maar om pijnlijke maar ook betekenisvolle onderdelen van een persoonlijk levensverhaal. In persoonlijke getuigenissen van mensen met psychische aandoeningen wordt aangegeven hoe de bron van het eigen psychische lijden soms zelfs tot een bron van kracht en inspiratie kan worden. Persoonlijk herstel impliceert ook, zo luidt het, dat achter de identiteit (en het zelfbeeld en voor sommigen ook de bijbehorende schaamte) van de 'psychiatrische patiënt' weer een unieke persoon tevoorschijn komt, met kwetsbaarheden maar ook met een uniek verhaal en persoonlijke aspiraties (zie o.a. Van Hoof e.a., 2014).

Goede zorg ondersteunt niet alleen persoonlijk herstel maar ook maatschappelijk herstel, zo wordt steeds breder bepleit. Bij maatschappelijk herstel gaat het om meedoen aan de samenleving, in brede en volwaardige zin, net als andere burgers, maar wederom zonder de persoonlijke kwetsbaarheden te hoeven verstoppen. Uitgangspunt is daarbij steeds meer dat 'een beetje meedoen' niet genoeg is: een huis, een baan, een opleiding en vrijetijdsbesteding in de gewone samenleving zijn volgens betrokkenen de centrale doelen (waarbij niet wordt gewacht totdat hulpverleners menen dat de patiënt eenmaal in symptomatische zin voldoende is hersteld). Vooral op dit vlak moet de zorg veel ambitieuzer worden, zo bepleit de projectgroep Plan van Aanpak EPA. Wel wordt er met name vanuit cliëntenorganisaties voor gewaarschuwd dat maatschappelijk herstel, bijvoorbeeld onder druk van bredere beleidsontwikkelingen, niet mag verworden tot 'tewerkstelling'. Persoonlijke wensen en aspiraties moeten ook op dit vlak het vertrekpunt zijn. In bredere zin is verbondenheid met anderen, in persoonlijke relaties en in maatschappelijke rollen, de gemene deler van het maatschappelijk herstel-concept.

Persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan vaak hand in hand, zo laat de onderzoeksliteratuur zien (Van Hoof e.a., 2014). Daarbij kunnen de triggers van het herstelproces van persoon tot persoon verschillen en bij sommigen meer in het persoonlijk domein en bij andere meer in het sociale domein liggen. In veel gevallen worden met name contacten met mensen (niet als 'mede-patiënt' maar als persoon), die soortgelijke ervaringen hebben meegemaakt en het uitwisselen van ervaringen daarover, als belangrijke katalysatoren genoemd. Ze verbreden (en veranderen vaak ook) het perspectief op de eigen situatie. Ze dragen ook bij aan wat wellicht als de kern van het herstel-concept kan worden beschouwd: het doorbreken van stilstand en het herstellen van perspectief.

Ook volgens de projectgroep Plan van Aanpak EPA is goede zorg voor mensen met psychische aandoeningen ten principale 'perspectiefvolle' zorg. Bovenstaande impliceert dat het daarbij primair gaat om het perspectief van mensen met psychische aandoeningen zelf. "Herstel gaat over het opbouwen van een zinvol en bevredigend leven, gedefinieerd door de persoon zelf", aldus Dröes (2010). De ondersteuning is in die zin in hoofdzaak coachend en gaat uit van de eigen wensen, ideeën en initiatieven van betrokkenen zelf. Wat niet wegneemt dat wanneer omwille van persoonlijke kwetsbaarheden om zorg en steun wordt gevraagd, deze ook worden geboden.

Goede zorg is 'herstelgeoriënteerd' maar daarmee ook 'fasegevoelig'. Het houdt rekening met de vooruitgang en terugval, goede fasen en moeilijke fasen (zie o.a. Van Hoof e.a., 2014). "De zorg moet aansluiten bij de herstelfase waarin de cliënt verkeert. Daarbij moeten we rekening houden met het vaak grillige (en unieke) verloop van herstelprocessen en de wisselende aard van daarin voorkomende problemen. Standaardzorgpakketten zijn dus uit den boze," aldus de projectgroep Plan van Aanpak EPA. Zorg- en ondersteuningsfuncties moeten flexibel bereikbaar (makkelijk op en af te schalen), toegankelijk en voor kortere of langere tijd inzetbaar zijn, zo luidt het. Cliënten participeren niet in zorgprogramma's, de zorg participeert in het leven van de cliënt.

En goede zorg is ook 'omgevingsgeoriënteerd'. Veel mensen met psychische aandoeningen hebben een relatief beperkt sociaal netwerk. Dat neemt niet weg dat familie of kennissen vaak een belangrijke rol spelen in het leven van betrokkenen. Met name positieve, steunende relaties – en in bredere zin een stimulerende sociale en maatschappelijke omgeving - blijken een doorslaggevende rol te spelen in het herstel van mensen met psychische aandoeningen (Van Hoof e.a., 2014). Goede zorg steunt en stimuleert die relaties en beziet ook, met instemming van de cliënt en in samenspraak met betrokkenen, wat het netwerk enerzijds aan ondersteuning nodig heeft en anderzijds aan herstelondersteunende potentie in zich bergt. Daarbij beperkt de aandacht zich niet tot de directe kring van naasten, maar wordt waar nodig en mogelijk ook ondersteunings- en 'ontwikkelingswerk' verricht in de richting van en op de werkplek of opleidingsplek. Eén en ander impliceert ook dat goede zorg niet tijd- en plaatsgebonden is, maar geboden wordt waar en wanneer nodig.

3 Organisatie van de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

In lijn met de bovenstaande opvattingen over 'goede zorg' wordt de *organisatie* van die zorg steeds minder omschreven in termen van 'ziektegerichte' instellingszorg en steeds meer in termen van 'herstelgerichte' ondersteuningsnetwerken. Een relatief breed scala aan partijen en organisaties komt in aanmerking voor een rol in die netwerken, sommige (waaronder de GGZ) vooral in concrete ondersteunende functies, andere meer in faciliterende zin. Grofweg kunnen daarbij drie deelnetwerken onderscheiden worden, georiënteerd op respectievelijk de gezondheid, de veiligheid en de participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Binnen het netwerk gericht op de *gezondheid* van mensen met EPA zijn de belangrijkste samenwerkingspartners, naast cliënten zelf en hun naastbetrokkenen, de huisarts, de POH GGZ, de GGZ en de zorgverzekeraar. Adequate monitoring en behandeling van zowel de psychische als de somatische gezondheidsproblemen staan in dit netwerk centraal. In het eerste geval neemt de GGZ het voortouw. In het tweede de huisarts of POH. Maar goede afstemming en samenwerking kan de kans op goede resultaten op beide domeinen bevorderen. Daarbij kunnen de huisarts of de POH in perioden waarin betrokkene minder ondersteuning nodig heeft, ook het eerste aanspreekpunt zijn voor de psychische gezondheidstoestand van mensen met psychische aandoeningen.

Binnen het netwerk gericht op de *veiligheid* gaat het vooral om het creëren van adequate vangnetten met het oog op (angst voor) terugval of algemene gevoelens van onveiligheid van mensen met psychische aandoeningen (mede als resultaat van eerdere ervaringen). Die vangnetten blijven immers nodig, ook in een ambulante stelsel. Naastbetrokkenen spelen een belangrijke rol in dit vangnet, maar zijn niet altijd beschikbaar en hebben daarbij ook de medewerking nodig van anderen. Die anderen zijn GGZ, maar soms burens, woningbouwverenigingen, de politie, sociale wijkteams of opnieuw de huisarts of POH. Veel van de bestaande zorgnetwerken en samenwerkingsverbanden rond mensen met EPA hebben vooral betrekking op dit veiligheidsdomein, zij het dat de focus veelal ligt op het voorkomen van overlast voor de omgeving. Vanuit het perspectief van de mensen met psychische aandoeningen zelf zijn vooral fysieke en psychologische nabijheid en toegankelijkheid van de participanten in het vangnet van belang.

Het minst ontwikkeld tot dusverre lijken de deelnetwerken rond de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen. Binnen het netwerk zijn vooral de gemeenten, het UWV, regionale arbeidsorganisaties en onderwijsinstellingen belangrijke partners. Er is consensus, mede op geleide van de uitgesproken wensen van mensen zelf, dat vooral het tot stand brengen van een adequate regionale infrastructuur voor maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van mensen met EPA in de komende periode veel prioriteit verdient (Trimbos-instituut, 2012; Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2013).

Er is ook consensus dat binnen de ondersteuningsnetwerken voor mensen met ernstige psychische aandoeningen niet alles binnen individuele trajecten kan worden opgelost of aangepakt, maar dat er ook ruimte (en financiering) moet zijn voor bredere, voorwaardenscheppende activiteiten. Het tegengaan van stereotype, negatieve beeldvorming over (ofwel 'stigmatisering' van) mensen met ernstige psychische aandoeningen is daar een voorbeeld van; en in algemene zin het effenen van paden in domeinen waar mensen met ernstige psychische aandoeningen tot dusverre weinig toegang toe hebben (arbeid, onderwijs). Eén van de belangrijkste uitdagingen in de voorwaardelijke sfeer is ook het realiseren van een goede samenwerking en een goede samenhang binnen de ondersteuningsnetwerken; zowel binnen individuele zorgtrajecten als op organisatieniveau.

Binnen individuele trajecten is die samenhang belangrijk om hiaten in de ondersteuning te vermijden maar ook omdat de ondersteuningsbehoefte van mensen met psychische aandoeningen in het 'echte leven' niet

altijd in afzonderlijke stukken kan worden opgeknipt. Persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand, zo luidde het in de vorige paragraaf. Dat zou bijgevolg ook moeten gelden voor de psychische behandeling en de maatschappelijke ondersteuning van betrokkenen. Ofwel: als problemen, wensen en behoeften op verschillende domeinen een samenhangend en onderling interacterend geheel vormen, dan is het van belang om ook de zorg en ondersteuning zo samenhangend mogelijk te leveren. Dat betekent dat ook in de ambulante ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen, juist ook vanwege de betrokkenheid van verschillende partijen, vaak een actieve regie en soms ook 'integratie' van zorg nodig is. FACT-teams zijn onder andere in het leven geroepen om hierin te voorzien, in ieder geval voor dat deel waarvoor het voor mensen met aandoeningen zelf lastig blijkt om (zonder hulp) die regie te voeren.

Maar ook op organisatieniveau is afstemming nodig. Ondersteuningsnetwerken zullen weliswaar primair op uitvoeringsniveau (van 'onderaf') moeten worden opgebouwd, rond individuele patiënten en hun primaire steungevers. Maar dat moet van bovenaf ook worden gefaciliteerd en ondersteund. Daarbij valt te denken aan afspraken om werkprocessen op elkaar af te stemmen, het wegnemen van schotten, het bieden van ruimte voor nieuwe oplossingen en de ontwikkeling van nieuwe praktijken. Maar het betreft ook afspraken om medewerkers op uitvoeringsniveau de vrijheid te bieden om al naar gelang de vraag maatwerk te leveren.

Internationale onderzoeksliteratuur rond het concept van de 'maatschappelijke steunsystemen' laat zien dat het daarbij helpt als betrokken organisaties rond de ondersteuning van mensen met psychische aandoeningen die samenhang en afstemming *actief organiseren* en daarbij liefst ook over een aantal thema's (financiering, planning, coördinatie en evaluatie) gezamenlijk afspraken maken. Dat lukt het beste binnen een relatief kleine coalitie bestaande uit de kernpartners die het steunsysteem moeten gaan vormen en (een afvaardiging van) mensen met psychische aandoeningen (en hun naasten) zelf. Ook helpt het als binnen die coalitie uitgangspunten expliciet worden gemaakt en nadrukkelijk een aantal waarden en doelstellingen met elkaar worden gedeeld (Wilson, 1989; Stroul, 1993). Vanuit die coalitie van kernpartners kunnen vervolgens de verbindingen met andere partijen worden gelegd.

Ook de projectgroep Plan van Aanpak EPA pleit voor het organiseren van "een regionale regiefunctie op basis van een stevig fundament van gezamenlijke waarden en doelstellingen, met betrokkenheid van mensen met psychische aandoeningen en hun familieleden en een procedure voor het plannen, monitoren en evalueren van het gehele regionale systeem" (zie ook Van Weeghel & Dröes; 1999).

Daarbij zouden, naast vertegenwoordigers van respectievelijk mensen met psychische aandoeningen en hun naastbetrokkenen, met name GGZ-organisaties, de gemeenten en de zorgverzekeraars met elkaar een soort van 'dagelijks bestuur' van het regionale zorgnetwerk kunnen vormen, zo luidt het.

Aandachtspunt is daarbij nog wel de juiste geografische schaal van een dergelijke regionale afstemmings- en regiefunctie. De omvang van de gemiddelde zorgkantoorregio wordt daarvoor te groot geacht (teveel lokale overheden en andere lokale partijen), die van de gemiddelde gemeente te klein (te bewerkelijk voor de zorgverzekeraars en de grote GGZ-instellingen). Gedacht wordt aan regionale regie op de schaal van de huidige 43 centrumgemeenten.

4 Kernvoorzieningen

Afgaande op bovenbeschreven inzichten vanuit de wetenschappelijke literatuur, landelijke toekomstverkenningen en consensustrajecten, wordt het gewenste toekomstige zorglandschap voor mensen met EPA steeds minder omschreven in termen van 'ziektegerichte' instellingszorg en steeds meer in termen van bredere, herstelgerichte, regionale zorg- en ondersteuningsnetwerken. Gesproken wordt daarbij ook over ruimte voor nieuwe en dynamische oplossingen en ondersteuning van initiatieven van mensen zelf.

Tegelijk is er consensus dat het ook in een dergelijke toekomstige netwerkorganisatie nodig is om een aantal kernvoorzieningen in stand te houden c.q. in het leven te roepen die het 'geraamte' vormen van die organisatie. Ook de visies op en inzichten in de aard, functies en omvang van die benodigde kernvoorzieningen zijn niet onwrikbaar. Niettemin willen we, met het oog op de vervolgstappen in de regio, de meest recente inzichten en ramingen op een rij zetten van de benodigde regionale capaciteit van de volgende categorieën van kernvoorzieningen:

- klinische opnamevoorzieningen;
- woon- en verblijfsvoorzieningen;
- voorzieningen voor ambulante zorg;
- voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning.

Voor wat betreft kwantitatieve ramingen en gegeven de slechts geringe afwijkingen (met bandbreedtes) van de geschatte EPA-omvang voor de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek gaan we in deze paragraaf uit van een qua EPA-omvang gemiddelde regio van 700.000 inwoners.

4.1 Klinische opnamevoorzieningen

Visies op de functies van een klinische opname verschuiven. Al langere tijd groeit de consensus dat behandeling sec geen afdoende reden is voor een opname. Behandeling kan het beste thuis of in een andere 'gewone' setting plaatsvinden. Klinische opname is feitelijk alleen geïndiceerd bij een behoefte aan beveiliging, bescherming of 'respijt', zo luidt het. Dat geldt niet alleen voor de acute, kortdurende opnamen, maar ook voor de 'verlengde' of 'middellange' opnamen. "In de praktijk is het therapeutisch aanbod verschaald, de eenzaamheid groot, het perspectief beperkt en de omgeving onrustig (een accumulatie van mensen die het moeilijk hebben)," aldus Delespaul e.a. (in voorbereiding). En terwijl ook voor langduriger opnamen vanuit behandelooptpunt sec doorgaans geen noodzaak is, zijn de iatrogene effecten groot. Daarom zou ook voor verlengde opname c.q. middellange opname de indicatie zich moeten beperken tot het beschermings- of beveiligingscriterium, zo wordt voorgesteld (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, in voorbereiding; Delespaul e.a., in voorbereiding). Leidende gedachte is daarbij ook steeds meer dat de na te streven doelen bij een opname gerelateerd moeten zijn aan de gevaars-, beschermings- c.q. respijtcriteria die de opname noodzakelijk hebben gemaakt. En waar behandeling aan de orde is, wordt deze uitgevoerd conform het behandelplan dat door de ambulante behandelaar is opgesteld. Ambulante behandelaars werken dan ook bij voorkeur transmuraal.

Ondertussen groeit het aantal initiatieven om, waar klinische opname toch nodig is, de geboden zorg te verbeteren. Die verbeteringen zijn in hoofdzaak gericht op het bieden van intensievere zorg (naast de transmuraal werkenden ook door specialisten in intensieve klinische zorg), met meer persoonlijke aandacht in een meer herstelbevorderende fysieke omgeving (geen ziekenhuissfeer). Kosten per opnamedag zullen bij deze intensieve zorg overigens navenant hoger zijn. Daar staat weer tegenover dat veel van deze initiatieven mede tot doel hebben om, conform het bovenstaande, de opnameduur zoveel mogelijk te bekorten. Een voorbeeld is de ontwikkeling van HIC ofwel High Intensive Care. Daarnaast wordt de laatste tijd in toenemende mate gezocht naar manieren om de zogeheten 'respijtzorg' op alternatieve wijze te organiseren, met name in de vorm van laagdrempelige faciliteiten waar mensen op eigen verzoek tijdelijk kunnen verblijven wanneer men angstig of eenzaam is of zich niet veilig voelt. Voorbeelden zijn een consumer-run zorghotel, crisisplaatsing in een gezin of een logeerfaciliteit met een aanspreekpunt 's nachts.

De heersende opinie lijkt inmiddels dat bovenstaande inhoudelijke veranderingen goed samengaan met de in het Bestuurlijk Akkoord overeengekomen reductie van de intramurale GGZ-capaciteit in Nederland. Hoeveel opnamecapaciteit exact afgebouwd kan worden en hoeveel opnameplaatsen er precies nodig zijn in het toekomstige zorglandschap, hangt mede af van de kwaliteitsimpulsen in de overblijvende opnamevoorzieningen, maar ook van de toekomstige capaciteit en kwaliteit van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Naarmate het, met de nodige investeringen in de ambulante zorg, beter lukt om ook in een ambulante setting de (sociale) veiligheid en bescherming en de daarvoor benodigde sociale verbanden en vangnetten rond de cliënt te organiseren, zal klinische opnamecapaciteit minder nodig zijn.

Daarop vooruitlopend en bij wijze van eerste indicaties kunnen al wel enkele globale cijfers worden genoemd. Zo zou bijvoorbeeld evenredige toepassing van de 33 % afbouwnorm (t.o.v. de capaciteit in 2008) uit het Bestuurlijk Akkoord erop neerkomen dat Nederland in 2020 circa 49 ZVW-plaatsen (voor opnamen tot een jaar) per 100.000 inwoners telt. Voor een regio van 700.000 inwoners (het inwonertal van de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek) komt dat neer op 340 plaatsen voor kortdurende opnamen. De verdeling van deze capaciteit over verschillende typen aanbieders of zorgcircuits is in de afspraken van het Bestuurlijk Akkoord niet verder uitgekristalliseerd. Zouden we de actuele procentuele capaciteitsverdeling doortrekken, dan zou het in 2020 gaan om circa 40 opnameplaatsen voor jeugdpsychiatrie en circa 55 opnameplaatsen voor verslavingszorg; de overige 245 plaatsen betreffen alle overige klinische opnamecapaciteit (regulier en specialistisch).

Eerdere ramingen van de benodigde opnamecapaciteit door onder andere Delespaul en Van Os (2006), Delespaul (2009) en het Expertpanel Toekomstverkenning Intramurale GGZ (Van Hoof e.a. 2009) kwamen alle op vergelijkbare cijfers uit. Delespaul en van Os raamden de benodigde opnamecapaciteit per 700.000 inwoners op circa 360 plaatsen (waarvan 50 plaatsen voor laagdrempelige crisisopnamen en 310 voor overige kortdurende opnamen). In 2009 kwam Delespaul op basis van regionaal behoeftenonderzoek en internationale literatuur tot een iets lager aantal benodigde opnameplaatsen, namelijk 315, maar plaatsen voor jeugdpsychiatrie waren daarbij niet meegerekend. Wel maakte Delespaul een onderscheid in circa 130 reguliere opnameplaatsen, circa 130 plaatsen voor bovenregionale, gespecialiseerde klinische zorg en (opnieuw) circa 50 à 60 plaatsen voor laagdrempelige crisisopvang. Verder raamde hij het benodigde aantal opnameplaatsen voor ouderen (65+) op circa 20 % van het totaal.

In 2009 boog een speciaal daartoe bijeen geroepen expertpanel zich nog eens over de benodigde toekomstige intramurale GGZ-capaciteit en over de tot dan toe beschikbare ramingen (Van Hoof e.a., 2009). Het panel maakte een onderscheid in een continueringsscenario (ongewijzigd beleid) en een optimaliseringsscenario (investeren in goede ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning). Het panel kwam voor wat betreft de opnamecapaciteit in het optimaliseringsscenario tot cijfers die dicht in de buurt liggen bij die uit het Bestuurlijk akkoord en die van Delespaul en Van Os (2006) en Delespaul (2009). Omgerekend naar een regio van 700.000 inwoners zouden in totaal volgens het panel circa 240 plaatsen voor kortdurende opname nodig zijn; bij dat cijfer zijn de plaatsen voor jeugdpsychiatrie en voor verslavingszorg niet inbegrepen. Tellen we deze plaatsen erbij op conform de huidige capaciteitsverdeling van de klinische GGZ-capaciteit, dan komt ook het panel op een totaal van circa 340 plaatsen.

De congruentie in de verschillende ramingen van het benodigde aantal opnameplaatsen is dus zeer groot. Niettemin is het verstandig om voor het toekomstig zorglandschap in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek een bandbreedte in acht te nemen; dit vanwege verschillen in de gehanteerde meeteenheden bij de diverse ramingen, de vermoedelijke regionale afwijkingen van de omvang van de GGZ- c.q. EPA-problematiek (zie paragraaf 2), regionale verschillen in reeds aanwezige bovenregionale capaciteit en de relatie tussen benodigde toekomstige opnamecapaciteit enerzijds en gerealiseerde toekomstige ambulante voorzieningen anderzijds. Wanneer we een bandbreedte aanhouden van 10 % naar boven en 10 % naar beneden, komen we op een totale regionale opnamecapaciteit in het toekomstige regionale zorglandschap van 305 tot 375 plaatsen.

Kijken we nog eens apart naar de meer specialistische circuits van de jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg en extrapoleren we de huidige landelijke capaciteitsverdeling naar het toekomstige zorglandschap in de regio, dan zouden straks 35 tot 45 plaatsen bestemd kunnen worden voor jeugdpsychiatrie en 50 tot 60 plaatsen voor verslavingszorg. Kanttekening daarbij is dat jeugdpsychiatrie en verslavingszorg relatief vaak

een bovenregionaal karakter hebben en dat actuele regionale capaciteitscijfers fors kunnen afwijken van de landelijke gemiddelden.

4.2 Voorzieningen voor wonen en langdurige verblijf

Een deel van de GGZ-cliënten verblijft langere tijd in een GGZ-voorziening. De GGZ vervult voor deze groep de facto een woonfunctie. Grofweg gaat het dan om de voorzieningen die worden gefinancierd vanuit de AWBZ. Daarbinnen is een onderscheid te maken tussen de verblijfsvoorzieningen (opnamen langer dan een jaar) en voorzieningen voor beschermd wonen. In de praktijk gaat het echter om een grote diversiteit aan voorzieningen, van beveiligde afdelingen op een instellingsterrein tot individuele appartementen in de stad.

Men name de voorzieningen voor beschermd wonen nemen momenteel een bijzondere positie in in de discussies over het huidige en toekomstige zorglandschap. Het aantal voorzieningen voor beschermd wonen is in de afgelopen 15 jaar zeer sterk gegroeid. Inmiddels is de landelijke BW-capaciteit tweemaal zo groot als de landelijke verblijfs capaciteit. Tegelijk is binnen het beschermd wonen een schaalverkleining gaande, waardoor een steeds groter aantal BW-cliënten in individuele of tweepersoonsvoorzieningen woont, die in fysieke zin in niets meer afwijken van een reguliere woning. Mede tegen die achtergrond is er al langere tijd een discussie gaande over het scheiden van wonen en zorg in de GGZ, in het bijzonder rond het beschermd wonen. Daarbij zijn ook de beleidskaders die de toekomst van het beschermd wonen bepalen, nog erg onzeker. Binnen het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ zijn geen uitspraken gedaan over de vraag of de 33 % afbouw ook voor het BW gold. Inmiddels wordt steeds waarschijnlijker dat het BW onder de hoede van gemeenten gaat komen, die daarbij ieder hun eigen beleid kunnen voeren.

De toekomst van het BW is om bovenstaande redenen met veel onzekerheden omgeven. Dat doet niet af aan de ramingen die in de afgelopen jaren zijn verschenen over de benodigde woon- en verblijfsvoorzieningen in de GGZ. Met name het expertpanel Toekomstverkenning Intramuraal GGZ heeft op basis van onderzoek en praktijkervaringen een poging gedaan om tot een beredeneerde raming te komen van de benodigde capaciteit in dit domein van de GGZ. Daarbij maakte het panel onderscheid in drie typen voorzieningen:

1. Voorzieningen voor beschermd wonen – bestemd voor cliënten die de veiligheid van een gedeelde woning wensen en die zelf ook voor deze woonvorm kiezen en/of voor mensen voor wie deze woonvorm (ook in individuele vorm) een 'trainingsfase' kan zijn naar zelfstandig wonen (onder ander jongeren).
2. Beschutte verblijfsvoorzieningen; dat zijn voorzieningen met een breed scala aan gemeenschappelijke zorgvoorzieningen in de directe nabijheid (lees: voorzieningen op een instellingsterrein) - bestemd voor cliënten met een grote en complexe zorgbehoefte; kwetsbare, ouder wordende personen met ernstige beperkingen in de zelfzorg; cliënten die zelf niet (meer) in een woning buiten het APZ-terrein willen wonen; en/of cliënten die bescherming en steun zoeken, vanwege maatschappelijke uitstoting.
3. Afgeschermde verblijfplaatsen met beveiligingsmogelijkheden (bijvoorbeeld op een afdeling van een psychiatrische ziekenhuis; eventueel bovenregionaal te organiseren) - bestemd voor ernstig "onhandelbare en gevaarlijke" gedragsgestoorden die niet in de maatschappij kunnen wonen; mensen met ernstige psychische en gedragsstoornissen, in combinatie met verslavingsproblematiek en/of zwakbegaafdheid en/of cognitieve stoornissen; cliënten met stoornissen die een onafhankelijk bestaan onmogelijk maken.

Voor een regio met het inwonertal van de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek (700.000), raamde het panel het benodigde aantal plaatsen in een optimaliseringsscenario (investeren in goede ambulante zorg en maatschappelijke ondersteuning) op respectievelijk 350 plaatsen beschermd wonen, 150 beschutte verblijfsplaatsen en 50 afgeschermde verblijfsplaatsen, ofwel een totaal van 550 woon- en verblijfsvoorzieningen²¹. Op landelijk niveau komen deze cijfers ongeveer overeen met 33% afbouw ten opzichte van de capaciteit in 2008 en een afbouw van circa 50 % t.o.v. de huidige capaciteit. Kanttekening bij bovenstaande cijfers is dat, zoals eerder gesignaleerd rondom de kortdurende opnamevoorzieningen, bovenregionale 'specialismen' het beeld kunnen nuanceren.

21 Delespaul (2009) komt voor wat hij de 'klinische aselfunctie' noemt, op een benodigde regionale capaciteit van circa 140 bedden voor een regio van 700.000 inwoners. Dat is ongeveer even groot als het aantal benodigde 'beschutte verblijfplaatsen' volgens het expertpanel. Delespaul e.a. spreken daarnaast van "residentiële high care", een voorziening die uitsluitend bescherming tot doel heeft een zeer hoge drempel kent, supraregionaal is en wordt bewaakt door een multidisciplinaire intakecommissie. De capaciteit daarvan wordt geraamd op circa 20 plaatsen voor een regio van 700.000 inwoners (Delespaul, 2009; Delespaul e.a., in voorbereiding).

De cijfers impliceren niettemin een omvangrijke afbouwopgave. Recente doorrekeningen van Kenniscentrum Phrenos en het Trimbos-instituut nuanceren dat beeld echter. Afbouw van woon- en verblijfsvoorzieningen gaat uiteraard gepaard met een uitstroom van cliënten. Maar ook de reguliere, jaarlijks uitstroom en doorstroom in deze voorzieningen is aanzienlijk. Gemiddeld stroomt in een jaar ongeveer een kwart van de verblijfs- en BW-populatie in Nederland uit. Voor de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek zou dat neerkomen op circa 350 cliënten die jaarlijks vanuit een verblijfplek of woonplek van een GGZ-instelling naar eigen of andere huisvesting verhuizen. Dit cijfer impliceert dat de capaciteitsafbouw meer dan volledig kan worden opgevangen door de reguliere uitstroom (en dat zelfs een forsere afbouw tot 2018 zo bezien niet onmogelijk lijkt). Het betekent ook dat het beeld dat de ambulantisering van de GGZ zal leiden tot een golf van extramuraliserende cliënten, niet juist is²². De opgave ligt veeleer aan de 'voorkant', bij het beperken van de instroom in deze voorziening en daarmee bij investeringen in goede en langdurige ambulante zorg voor mensen die nu nog naar het BW en het verblijf geleid worden. "De opgave voor de instellingen en woningcorporaties verschuift van het vinden van een woning naar het behouden van de woning" (Kenniscentrum Phrenos, Trimbos-instituut, 2012). Daarbij helpt het ook als mensen de beschikking kunnen hebben over een kwalitatief goede woning tegen een betaalbare prijs.

Ondertussen maken deze toekomstverkenningen de huidige onzekerheden rond het BW er niet minder op. Als de overheveling van het BW naar de gemeenten doorgaat - wat op zichzelf nog geen vaststaand feit is - zal het lokale beleid van de afzonderlijke gemeenten een beslissende rol gaan spelen in de toekomst van het BW. Dat beleid kan per gemeente fors uiteenlopen, mede afhankelijk van de wijze waarop de budgetoverheveling vanuit de AWBZ naar de WMO gaat plaatsvinden (verdeling over gemeenten naar inwonertal of naar huidige lokale BW-capaciteit). Maar het BW zal in ieder geval terechtkomen in een nieuwe bestuurlijke en beleidsomgeving; het gaat veel nadrukkelijker deel uitmaken van een bredere infrastructuur van lokale woon- en opvangvoorzieningen voor bredere doelgroepen van kwetsbare burgers. Het BW als specifieke voorziening voor mensen met psychische aandoeningen zal mogelijk steeds minder scherp als zodanig zijn af te bakenen. Ook wordt het minder vanzelfsprekend dat de middelen die vrijkomen bij de afbouw van BW-voorzieningen ten goede komen aan de opbouw van ambulante voorzieningen voor dezelfde doelgroep. Wat dan weer repercussies heeft voor de vraag naar en de roep om diezelfde BW-voorzieningen.

Het expertpanel Toekomstverkenning Intramurale GGZ liep ook al enigszins vooruit op een mogelijke diffusie van het beschermd wonen-concept zoals we dat nu kennen - zij het om andere redenen. Het panel stelde vast dat individuele woonwensen los staan van individuele zorgbehoeften en dat een 'geïntegreerd pakket' in dit opzicht de minst flexibele oplossing denkbaar is. Het panel pleitte er daarom voor om nog veel nadrukkelijker in te zetten op oplossingen waarbij niet de cliënt, zodra diens zorgbehoefte verandert, moet verhuizen naar de juiste voorziening maar waarbij de voorzieningen en (woon)omstandigheden flexibel genoeg georganiseerd worden om te kunnen meebewegen met de zorgbehoeften van de cliënt.

4.3 Ambulante zorg

Volgens landelijke schattingen ontvangt drie kwart van de mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland zorg vanuit de GGZ. Verreweg het grootste deel daarvan ontvangt ambulante zorg. En verreweg het grootste deel van die ambulante zorg bestaat uit 'reguliere' sociaal psychiatrische hulp. De gemiddelde contactfrequentie bij deze reguliere hulp is één contact in de drie weken. Dat wordt beschouwd als een relatief bescheiden zorgintensiteit. De laatste jaren wordt ook steeds meer de vraag opgeworpen of die intensiteit voldoende is om mensen effectief te ondersteunen bij hun herstel en participatie.

Inmiddels is er een brede consensus over ACT en FACT als de gewenste zorgmodellen voor de ambulante hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. ACT staat voor Assertive Community Treatment. FACT staat voor Flexible ACT. ACT is bestemd voor cliënten die om een permanent hoge zorgintensiteit vragen. FACT is bestemd voor cliënten die periodieke intensieve zorg nodig hebben, maar in stabiele perioden

22 De onderzoekers van het Kenniscentrum Phrenos en het Trimbos-instituut signaleren niet alleen dat de jaarlijkse opgave waar instellingen en woningcorporaties normaal al voor staan met betrekking tot het vinden van woningen voor uitstromende cliënten, maar in heel beperkte mate in omvang wijzigt als gevolg van de ambulantiseringdoelstellingen. Ze stellen ook vast dat die opgave na de afbouwoperatie (in 2018 c.q. 2020) beduidend geringer zal zijn dan nu: minder mensen verlaten dan immers hun woonplek voor een verblijf- of BW-plaats in de GGZ. Minder mensen zullen dan ook jaarlijks vanuit een verblijf- of BW-plaats weer naar een eigen woonplek geholpen moeten worden (Kenniscentrum Phrenos, Trimbos-instituut, 2013).

ook met minder intensieve zorg toekunnen. FACT en ACT zijn intensiever dan reguliere sociaal psychiatrische zorg. De gemiddelde contactfrequentie bij ACT is enkele keren per week. De gemiddelde contactfrequentie bij FACT is eens per week, met grote fluctuaties, afhankelijk van de actuele zorgbehoefte. De zorgintensiteit in FACT-teams wordt flexibel op- en afgeschaald.

Kenmerkend voor FACT en ACT is echter niet alleen de zorgintensiteit. Beide zorgmodellen worden ook gekenmerkt door een aantal specifieke organisatieprincipes, te weten:

- een multidisciplinair team (gemiddeld 15 medewerkers voor een ACT-team en 10 voor FACT-team);
- een relatief lage caseload (gemiddeld 100 cliënten voor een ACT-team en 150 cliënten voor een FACT-team);
- integrale teamverantwoordelijkheid voor de zorg aan cliënten - ook transmurale;
- outreachend (zorg aan huis);
- ingebed in 'de wijk'.

De landelijke projectgroep Plan van Aanpak EPA, ingesteld door de deelnemers aan het bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ, kent FACT en ACT een centrale rol toe in het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen: "FACT is het historische antwoord op het gebrek aan samenhang in EPA-zorg. Er is een integratiepunt nodig waar de lijnen vanuit alle (gewenste) sectoren samenkomen op patiëntniveau. Anders dreigt los zand. FACT voorziet in dat integratiepunt ... en vormt als zodanig het professionele hart van de uitvoering in het regionale zorgnetwerk" (Projectgroep Plan van Aanpak EPA). FACT wordt overigens ook genoemd in de behandelrichtlijn schizofrenie (www.ggzrichtlijnen.nl). Zorgverzekeraars hebben het opgenomen in het productenboek en de minister en de inspectie propageren het FACT-model.

De centrale plek die FACT en ACT worden toegedacht, betekent niet dat deze teams ook zelf moeten voorzien in de uitvoering van alle zorg en ondersteuning op de diverse domeinen. Het accent ligt op 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor', zo beklemtoont ook de projectgroep Plan van Aanpak EPA. Ondertussen wordt ook gesignaleerd dat de (F)ACT-praktijk nog niet altijd aan alle kwaliteitseisen voldoet. De stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) toetst of (F)ACT-teams volgens de bestaande kwaliteitsnormen functioneren (zie www.ccaf.nl). Daarbij blijkt dat, mede uit kostenoverwegingen, de zorgintensiteit nogal eens lager is dan volgens een modelgetrouwe implementatie zou moeten. Geconstateerd wordt ook dat in de (F)ACT-teams soms nog steeds een medische en verpleegkundige invalshoek domineren en bijvoorbeeld de beschikbaarheid van arbeidsdeskundigheid en ervaringsdeskundigheid nog achterblijven. Samenwerking met ketenpartners kan vaak ook nog beter. Een vergelijking tussen 2005 en 2012 laat wel progressie zien: op individueel niveau neemt de samenwerking binnen bredere steunsystemen gestaag toe; en ook wordt de aandacht voor rehabilitatie- en herstelgericht werken steeds groter, zo luidt het (Kroon, 2013). FACT is, kortom, nog volop in ontwikkeling.

De grote aandacht en bijval van de laatste jaren voor het (F)ACT-model, doet soms vergeten dat op dit moment nog altijd niet meer dan 15 % van de mensen met EPA volgens dit model geholpen wordt (uitgaande van de ramingen van het consensusdocument over de omvang van de EPA-populatie). Anno 2013 zijn in een 'gemiddelde' regio van 700.000 mensen acht tot tien (F)ACT-teams actief, die samen circa 1600 cliënten bedienen²³. Dat betekent dat het overgrote deel van de mensen met EPA (nog) geen (F)ACT ontvangt. Ook van diegenen die al wel in zorg zijn bij de GGZ, ontvangt nog steeds maar een kleine minderheid FACT.

De overtuiging dat nog veel meer mensen van zorg volgens het (F)ACT-model zouden kunnen profiteren, wordt breed gedeeld. Over de vraag voor hoeveel mensen (F)ACT is aangewezen c.q. hoeveel (F)ACT-capaciteit idealiter wordt geïmplementeerd bestaat nog geen eenstemmigheid. De meeste recente toekomstverkenningen gaan ervan uit dat tenminste een derde van alle mensen met EPA voor (F)ACT geïndiceerd is (RVZ, 2012). Dat zou betekenen dat voor een gemiddelde regio van 700.000 inwoners circa 25 (F)ACT-teams nodig zijn, waarvan circa 20 FACT-teams (caseload 150) en circa 5 ACT-teams (caseload 100). In totaal kunnen daarmee circa 3500 mensen worden bereikt. Delespaul kwam in een eerdere raming op basis van de CCAF-kaders en met behulp van panels van managers en hulpverleners in de GGZ tot nog iets hogere cijfers. Modelgetrouwe invoering van ACT en FACT vereist volgens deze ramingen voor een 'gemiddelde' regio van 700.000 inwoners een totale (F)ACT-capaciteit van circa 30 teams, waarvan 24 FACT-teams en 6 ACT-teams (Delespaul, 2009).

23 Landelijk gaat het om circa 200 teams voor circa 35.000 cliënten (op de totale EPA-populatie van naar schatting 280.000 personen).

Verkenningen in het kader van het Plan van Aanpak EPA wijzen op een groeiende consensus dat enerzijds alle mensen met EPA baat kunnen hebben bij zorg die volgens de (F)ACT-principes is georganiseerd, maar dat anderzijds die zorg tenminste voor een deel van de populatie ook vanuit andere voorzieningen kan worden geboden. De sociale wijkteams en mogelijk ook de POH GGZ worden genoemd als andere relevante voorzieningen in dit verband. Maar bijvoorbeeld ook de ambulante begeleiding vanuit de huidige RIBW's. Een belangrijke vraag is daarbij wel wat de capaciteit en daarmee het bereik is (of wordt) van deze voorzieningen. Hoeveel FTE komt vanuit deze voorzieningen beschikbaar voor de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen (de wijkteams, bijvoorbeeld, worden in ieder geval geacht een veel bredere doelgroep te bedienen)? Afstemming tussen de wijkteams, (F)ACT en POH GGZ/huisartsenzorg is van cruciaal belang voor een dekkend zorgnetwerk voor mensen met EPA. Maar van cruciaal belang voor een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling is ook een reële kijk op wat elk van de partijen met de beschikbare capaciteit vermag te bewerkstelligen.

Tegen deze achtergrond en zolang andere modellen en voorzieningen zich nog niet bewezen hebben, lijkt het goed om voorlopig vast te houden aan een stevige doorontwikkeling van (F)ACT in de regio. Daarbij is een *kwalitatieve* doorontwikkeling van FACT minstens zo belangrijk als een kwantitatieve, zo valt af te leiden uit eerdergenoemde kwaliteitstoetsingen en andere evaluaties. Ook de projectgroep Plan van Aanpak EPA pleit voor een FACT 2.0. Daarin is er enerzijds meer ruimte en capaciteit voor ondersteuning bij persoonlijk herstel en voor psychotherapeutische hulp aan mensen met EPA (een groot deel van deze populatie is getraumatiseerd - prevalentiecijfers van seksueel misbruik op jonge leeftijd schommelen bij langdurige GGZ-gebruikers rond de 50 % - maar heeft daarvoor nooit adequate behandeling ontvangen, zo luidt het). Anderzijds wordt in het FACT van de toekomst nog veel meer aandacht besteed aan maatschappelijk herstel en aan participatie. FACT moet ook nog veel meer deel gaan uitmaken (en mede-initiator zijn) van regionale netwerken rond zorg, participatie en veiligheid.

FACT is vooral bestemd voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het is goed om ook te wijzen op de opkomst van vergelijkbare 'opnamevoorkomende' voorzieningen, maar dan in een kortdurende variant en voor een bredere doelgroep. Met name worden op verschuillende plaatsen in het land teams voor Intensive Home Treatment (IHT) in het leven geroepen. Dat zijn voorzieningen naar voorbeeld van de Engelse Crisis Resolution Home Teams; voorzieningen die de organisatieprincipes met het FACT-model delen, maar die uitsluitend gericht zijn op het kortdurend opvangen van crisissituaties en het voorkomen van opnamen door tijdelijke hoogintensieve zorg thuis. Onderzoek laat zien dat deze Crisis Resolution Teams doorgaans ook daadwerkelijk effectief zijn in het verminderen van het aantal opnamedagen, met name als de teams de integrale verantwoordelijkheid op zich nemen van zowel de psychische problemen als de sociale problemen van de cliënt. Onderbouwde ramingen over de gewenste IHT-capaciteit in Nederland zijn nog niet voorhanden. Het NVvP kwam in een recente verkenning uit op een voorlopige raming van 3 à 4 IHT-teams voor een gemiddelde regio van 700.000 inwoners.

4.4 Voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning en ondersteuning bij opleiding en werk

In paragraaf 1 bleek al dat het participatieniveau van mensen met ernstige psychisch aandoeningen gemiddeld genomen erg laag is. Zo woont verreweg het grootste deel zelfstandig, maar heeft slechts een kleine minderheid een betaalde baan. Er is sprake van veel eenzaamheidsproblematiek. Ondertussen is de behoefte aan sociale contacten en aan zinvolle bezigheden c.q. werk navenant groot. Veel mensen met EPA zouden meer contacten willen hebben met andere mensen en meer activiteiten willen ondernemen; bijna twee derde van de niet-werkenden wil werken.

Vrijwel alle mensen met EPA die actiever willen worden ervaren daarin echter persoonlijke en maatschappelijke belemmeringen. Velen zouden dan ook meer ondersteuning wensen om deel te nemen aan de samenleving. In prioriteitenstudies naar gewenste voorzieningen in de regio zetten mensen met psychische aandoeningen voorzieningen die hen helpen op het vlak van ontmoeting met anderen en op het vlak van leren en werken doorgaans met stip op de eerste plaats (Trimbos-instituut, 2012).

Voor zover mensen op dit vlak al professionele ondersteuning ontvangen, komt die tot dusverre nog vrijwel uitsluitend vanuit de GGZ-voorzieningen. Andere voorzieningen zijn nauwelijks in beeld (zie o.a. Panel Psychisch Gezien, 2012). Ook binnen reguliere voorzieningen voor (arbeids)reïntegratie komen mensen met psychische aandoeningen nauwelijks aan bod. Betrokkenen worden vanuit de betreffende voorzieningen vaak als 'onbemiddelbaar' beschouwd. En waar wel trajecten worden aangeboden, sluiten deze vaak niet aan bij de specifieke, individuele ondersteuningsbehoeften.

Velen zijn dus aangewezen op de bestaande GGZ-voorzieningen op dit vlak. Daarbij gaat het vooral om meer of minder beschermde en begeleide mogelijkheden voor ontmoeting en dagbesteding voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Nederland telt naar schatting enkele honderden inloop- en dagbestedingsvoorzieningen voor mensen met psychische aandoeningen, beheerd door GGZ-instellingen. Naar schatting tussen de 15 en 20 % van de mensen met EPA maakt regelmatig gebruik van deze voorzieningen. Veelal gelieerd aan de DAC's kennen veel GGZ-instellingen ook een aantal voorzieningen die specifiek gericht zijn op arbeid en onderwijs. De participatiegraad in deze specifieke arbeidsrehabilitatieprojecten en projecten voor begeleid leren wordt geschat op enkele procenten van de totale EPA-groep.

De gebruikers / deelnemers waarderen deze voorzieningen. Voor sommigen vervullen ze een heel belangrijke rol, omdat het de enige plek is waar men anderen ontmoet. Toch worden er ook kanttekeningen geplaatst. Zo worden met name de dagactiviteitencentra nog voor een belangrijk deel gekenmerkt door een collectief aanbod. Voor een deel van de populatie voldoet dat. Maar voor een groot deel van de populatie sluit dat aanbod (getuige ook het veel grotere aandeel niet-gebruikers van deze voorzieningen) niet per definitie aan bij individuele wensen en behoeften van mensen. Ook wordt erop gewezen dat de DAC's nog niet altijd even ontwikkelingsgericht werken. Vele positieve ontwikkelingen ten spijt, ademen ze nog vaak de sfeer van 'stilstaand water'.

Onderzoek laat dan ook zien dat er niet onmiddellijk behoefte is aan uitbreiding van de bestaande DAC-capaciteit (Trimbos-instituut, 2012). Wel is er in plaats van of in aanvulling op de bestaande DAC's heel nadrukkelijk behoefte aan:

- a. *meer aandacht voor participatie* binnen de reguliere, individuele GGZ-zorg;
- b. meer *individuele ondersteuning op maat* bij het vinden en behouden van een reguliere opleiding of regulier werk en;
- c. meer ondersteuning van *initiatieven van mensen met psychische aandoeningen zelf*.

Hierboven werd al gesignaleerd dat de projectgroep Plan van Aanpak EPA pleit voor een FACT 2.0, waarin veel meer aandacht wordt besteed aan maatschappelijk herstel en aan participatie. Daarnaast onderstreept de projectgroep de groeiende evidentie voor de effectiviteit van een aantal specifieke organisatieprincipes bij het bevorderen van maatschappelijke participatie. Die principes zijn:

- ondersteuning op basis van individuele wensen (in plaats van collectieve voorzieningen);
- snelle plaatsing op gewenste werkplek of opleidingsplaats (in plaats van lange, stapsgewijze voorbereidingstrajecten);
- continuïteit en zo nodig permanente ondersteuning (in plaats van gefragmenteerde en tijdgebonden trajecten);
- aandacht voor en ondersteuning van de (sociale) omgeving;
- een integrale aanpak (geïntegreerde aandacht voor psychische én sociale factoren).

Succesfactoren voor maatschappelijke ondersteuning zijn – aanvankelijk in de V.S. maar de laatste jaren ook in Nederland - samengebracht in de methodiek van Individuele Plaatsing en Steun (IPS).

IPS is doorgaans ingebed in FACT-teams zodat integraliteit van de ondersteuning (het vijfde organisatieprincipe) mogelijk is. De implementatiegraad is echter nog zeer laag. Anno 2013 ontvangen in totaal in Nederland naar schatting 1.000 cliënten maatschappelijke ondersteuning in de vorm van IPS. Dat is circa 0,35 % van de mensen met EPA. Gemiddeld per regio van 700.000 inwoners ontvangen 40 mensen IPS, maar de verschillen tussen regio's zijn groot.

Gepleit wordt dan ook voor een forse uitbreiding van de IPS-capaciteit. Geschat wordt dat in de gemiddelde regio van 700.000 inwoners, tenminste 1.400 mensen met EPA aan werk geholpen zouden kunnen worden (dat is 35 keer het huidige aantal) als daarvoor de benodigde IPS-capaciteit beschikbaar zou zijn. Op langere termijn gaat het mogelijk om een nog aanzienlijk groter aantal. Ook wordt erop gewezen dat de IPS-principes

niet alleen van toepassing zijn op het vinden en behouden van werk, maar bijvoorbeeld ook op andere participatieterrains zoals onderwijs.

Brede implementatie van IPS en de IPS-organisatieprincipes vereist een goede samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars. Het gaat immers om voorzieningen die qua financiering ergens op het grensvlak liggen van de ZVV en de Participatiewet.

Naast pleidooien voor veel nadrukkelijker aandacht voor participatie binnen de reguliere, individuele GGZ-zorg en voor meer individuele (participatie)ondersteuning op maat, wordt ook gewezen op het belang van (maatschappelijke) initiatieven van mensen met psychische aandoeningen zelf. Daarbij wordt vooral ook gedacht aan collectieve initiatieven, ofwel aan de zogeheten cliëntgestuurde projecten en voorzieningen.

Voorals sinds het midden van de jaren '90 zijn door mensen met psychische aandoeningen in georganiseerd verband uiteenlopende initiatieven genomen om een actievere rol in de samenleving te gaan spelen - daarin ten dele ondersteund vanuit de overheid door middel van 'zorgvernieuwingsgelden'. Cliëntgestuurde projecten, mede beheerd en uitgevoerd door (ex-) cliënten van de GGZ, zijn opgezet op uiteenlopende maatschappelijke terreinen (voorlichting, opvang, hulpdiensten, onderwijs, werk, cultuur). Betrouwbare cijfers over aantal, omvang en bereik van deze projecten zijn er niet. Geschat wordt dat het gaat om 100 tot 200 projecten, waarin enkele duizenden mensen participeren. (Wel zijn er signaleren dat de financieringskranen voor deze projecten de afgelopen jaren - met de overheveling van budgetten van de ABWZ naar de WMO - steeds meer zijn dichtgedraaid en dat het aantal projecten weer afneemt.)

Cliëntgestuurde projecten hebben meerwaarde voor het persoonlijk herstel van de deelnemers én voor de regionale samenleving. Het grote belang van deze initiatieven en activiteiten lijkt op dit moment dan ook nog niet zozeer in hun omvang te liggen, maar in de perspectiefwisseling die ze bieden. Het gaat niet meer over psychiatrische patiënten die geëxtramuraliseerd moeten worden en dagbesteding nodig hebben. Het gaat over burgers die hun leven en voor zover nodig en mogelijk, de samenleving (mee) vorm trachten te geven. Verbreiding van dat perspectief is volgens sommigen misschien wel de belangrijkste voorwaarde voor de participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Cliënteninitiatieven – of beter: burgerinitiatieven van mensen met psychische aandoeningen – zijn primair en per definitie een zaak van deze burgers zelf. Om die reden is een raming van de gewenste omvang van dit type activiteiten en voorzieningen in het toekomstige zorglandschap niet zinvol. Wel zinvol (en feitelijk onontbeerlijk voor de ontwikkeling en het voortbestaan van betreffende voorzieningen) is het om deze initiatieven actief te stimuleren en faciliteren, ook in financiële zin. Qua doelstellingen en gedachtegoed lijkt vooral de WMO goed aan te sluiten bij de doelstellingen van deze initiatieven. Daarmee zouden vooral gemeenten op dit vlak een belangrijke faciliterende en katalyserende functie kunnen vervullen.

5. Voorwaarden en borging

Op landelijk niveau wordt steeds meer onderkend dat de decentralisering van verantwoordelijkheden voor de zorg en de betrokkenheid van een breed scala aan partijen, elk werkend vanuit eigen doelstellingen, wettelijke kaders en met eigen financieringsstromen, om speciale aandacht vragen voor de borging van het toekomstige zorglandschap. Hoe zorgen we dat datgene wat nodig is en wat gewenst is, ook daadwerkelijk gebeurt? In dat verband zijn in de afgelopen periode verschillende suggesties gedaan, die ook van betekenis zijn voor het regionale zorglandschap.

In de eerste plaats wordt steeds nadrukkelijker gepleit voor een gezamenlijk uitgedragen, expliciete erkenning van het algemene maatschappelijke belang van een goede ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen, op landelijk, maar ook op regionaal niveau (zie ook paragraaf 3). Daarbij bestaat een steeds bredere landelijke consensus dat de meerwaarde van ambulantisering niet primair gezocht moet worden in afnemende zorgkosten²⁴, maar in een toegenomen participatie, veiligheid en gezondheid van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het gaat dan ook niet alleen om de 'maatschappelijke' meerwaarde maar ook om de potentiële 'economische' meerwaarde. Als we investeren in ondersteuning die leidt tot meer participatie, een grotere gezondheid en groter gevoel van geborgenheid en veiligheid van mensen met psychische aandoeningen, dan verdienen die investeringen zich voor de samenleving meer dan terug. Blijft die investering achterwege, dan zullen een lagere participatiegraad, een slechtere gezondheid en een lager gevoel van veiligheid kosten elders opdrijven. In die zin is een goede transitie naar een kwalitatief hoogwaardig, ambulant ondersteuningsaanbod van mensen met psychische aandoeningen een breed, algemeen belang, zo luidt het. Het is ook het gedeelde belang van de partijen die bij de transitie betrokken zijn.

Steeds meer wordt ervoor gepleit dat gedeelde belang krachtig uit te dragen, ook op regionaal niveau - bijvoorbeeld in de vorm van een stevig en offensief mission statement. En niet alleen naar buiten toe, maar ook onderling, binnen bestaande samenwerkingsverbanden. Dat is nodig, zo luidt het, omdat er weliswaar sprake is van gedeelde belangen, maar omdat de individuele partijen ondertussen (en onvermijdelijk) ook hun afzonderlijke deelbelangen hebben. Die zijn niet per definitie congruent met elkaar en met dat algemene belang. Vooral naarmate meer partijen betrokken zijn, neemt het risico van terugtrekking op eigen deelbelangen toe, zelfs wanneer het gedeelde algemene belang door allen wordt onderkend.

Ook in de internationale literatuur over de deïstitutionalisering van de GGZ, wordt de betrokkenheid van een groeiend aantal maatschappelijke actoren tegelijk gezien als een kans én als het grootste risico voor een stevige borging van het toekomstige zorglandschap voor mensen met psychische aandoeningen. Verantwoordelijkheden raken gespreid, maar worden daarmee ook diffuser.

Verschiedende oplossingen worden hiervoor aangedragen. Zo wordt gepleit voor het opstellen van heldere en eenduidige kaders, waarin verantwoordelijkheden van de belangrijkste instanties en partijen worden gedefinieerd. Ook op regionaal niveau. Binnen die kaders zou bijvoorbeeld ook de vraag beantwoord moeten worden naar de eindverantwoordelijkheid voor de coördinatie en regie op regionaal, lokaal en individueel niveau (gemandateerde regiefunctie). Ook zijn er pleidooien om de individuele aanspraken van mensen met ernstige psychische aandoeningen zo expliciet mogelijk te maken; niet alleen aanspraken op zorg en ondersteuning, maar ook op huisvesting en werk.

Regionale regie en afspraken over verantwoordelijkheden en aanspraken kunnen op deze manier een basis vormen voor een steviger borging van de regionale zorginfrastructuur voor mensen met psychische aandoeningen. Ze zullen de vrijblijvendheid tegelijk maar voor een deel kunnen wegnemen. Er zijn daarom

24 In hoeverre de ambulantisering tot minder GGZ-kosten leidt, is feitelijk ook nog niet duidelijk. Per cliënt is ambulante GGZ goedkoper dan intramurale zorg. Maar op populatieniveau moet ook rekening worden gehouden met intensivering (in omvang en per cliënt) en kwaliteitsverbetering van de ambulante zorg voor mensen met EPA en intensivering (per opgenomen cliënt) en kwaliteitsverbetering van de intramurale zorg. De facto gaat het daarbij om gezamenlijke keuze voor herinvesteringen van vrijkomende middelen.

ook voorstellen om nog een stap verder te gaan en te bezien hoe de concrete, financiële deelbelangen van de afzonderlijke partijen daadwerkelijk meer in overeenstemming gebracht kunnen worden met het gemeenschappelijke belang van een goede ondersteuning voor mensen met psychische aandoeningen. Het gaat dan vooral om de vraag hoe samenwerking lonender gemaakt kan worden dan afscherming van het eigen domein, hoe regie en verantwoordelijkheid nemen lonender gemaakt kunnen worden dan deze afschuiven, et cetera. Het gaat vooral ook om de vraag hoe de resultaten van de investeringen in goede zorg door de betrokken partijen meer met elkaar kunnen worden gedeeld (shared savings model).

Verschillende ideeën zijn daarvoor inmiddels geopperd. In essentie komen die ideeën neer op het bijeen brengen van middelen vanuit verschillende bronnen (ZVW, AWBZ, WMO, Participatiewet) onder één regievoerder, hetzij op individueel niveau (persoonsvolgend) hetzij op groepsniveau (populatiebekostiging). Primair wordt daarbij gedacht aan geïntegreerde budgetten voor geïntegreerde ondersteuning aan de meest kwetsbare cliënten binnen de populatie van mensen met ernstige psychische problemen. Maar ook voor een bredere doelgroep kunnen de voorstellen soelaas bieden. Voor wat betreft een populatiegebonden bekostiging wordt gedacht aan budgetten en afspraken op het niveau van centrumgemeenten. Persoonsvolgende bekostiging zou vervolgens ook binnen een regionaal, populatiegebonden budget een optie kunnen zijn. Idem geldt dit voor regionale stimuleringsmaatregelen en facilitering van veelbelovende (cliënten)initiatieven. In alle gevallen wordt een zekere vrije regel- en bestedingsruimte essentieel geacht.

Speciale aandacht wordt bij deze voorstellen gevraagd voor de financiering van voorzieningen op het grensvlak van zorg en participatie - vooral (maar niet alleen) voorzieningen voor individuele ondersteuning (IPS is daar een voorbeeld van). Het grootste deel van de ondersteuningsbehoeften van mensen met psychische aandoeningen bevindt zich juist op dit grensvlak. Een eenduidig en vanzelfsprekend financieringskader voor die ondersteuning ontbreekt en risico's van afwenteling zijn groot. Regionale, populatie- of persoonsgebonden bekostigingsafspraken²⁵ tussen financiers zouden die leemte kunnen opvullen, de risico's kunnen afwenden en win-win situaties voor alle betrokken kunnen creëren.

Borging van het toekomstige zorglandschap voor mensen met psychische aandoeningen vraagt om het delen in elkaars intenties maar zoveel mogelijk ook om het delen in elkaars belangen bij een adequate invulling van dat zorglandschap.

²⁵ Verschillende voorbeelden vanuit het buitenland zijn op dit vlak zijn inmiddels voorhanden, zoals het Consumer Recovery Investment Fund, in de V.S.

Bronnen

De Graaf, R., M. ten Have, S. van Dorsselaer (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Delespaul, P.A.E.G. (2009). Planning van wijkgerichte integrale zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen op basis van (F)ACT. In: N. Mulder en H. Kroon (red.). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen* (pp 103-126). Amsterdam: Boom.

Delespaul, P.A.E.G. en de consensusgroep EPA (2012). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 55 (6), p. 427-437.

Delespaul, P., R. Keet, C. Van der Feltz-Cornelis. *Inrichting van de sociale psychiatrie in de moderne tijd*. In voorbereiding.

Economist Intelligence Unit (2014). *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*. London: The Economist Intelligence Unit Limited 2014.

Economist Intelligence Unit (2014). *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: Countryreport The Netherlands*. London: The Economist Intelligence Unit Limited 2014.

Kroon, H. (2013). *Ambulantisering. Stand van zaken anno 2012*. Presentatie op de Kennisdag GGZ, 7 februari 2013, Amsterdam.

Knispel, A., M. Haggenburg, F. van Hoof (2013). *Landelijke Monitor Intramurale GGZ. Eerste meting - 2012*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Knispel, A., L. Hulsbosch, M. Haggenburg (2014). *Landelijke Monitor Intramurale GGZ. Tweede meting - 2013*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ministerie van VWS (2012). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013 – 2014*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Place, C., L. Hulsbosch, H. Michon (2012). *Factsheet panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Projectgroep Plan van Aanpak EPA (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Smits, C., H. Kroon, F. van Hoof, A. Blom et al. (2009). *Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen. Informatie uit regionale zorgmonitors*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut. *Panel Psychisch Gezien: op alle fronten meer ambulante zorg nodig*. Nieuwsbericht 27 februari 2015.

Van Hoof, F., A. Knispel, B. van Wijngaarden, I. Kok (2009). *Toekomstverkenning intramurale GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Hoof, F., A. Knispel, N. van Erp, K. Overweg, C. Place, M. van Vugt (2012). *Tendrapportage GGZ 2012. Ambulantisering*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Hoof, F., J. van Weeghel, H. Kroon, A. Knispel (2013). *De behoefte aan woningen voor geëxtramuraliseerde GGZ-cliënten. Een quick scan naar de consequenties van ambulantisering*. Utrecht: Trimbos-instituut, Kenniscentrum Phrenos.

Van Hoof, F. van, N. van Erp, J. Boumans, C. Muusse (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Trendrapportage GGZ Themarapport 2013*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van Leur, J., N. van Erp, A.M. van Bergen, S. van Rooijen. (2010). *Inventarisatie Maatschappelijke steunsystemen in Nederland*. Utrecht: Movisie, Trimbos-instituut.

Van Weeghel, J. (2010). *Verlangen naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd? Oratie*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Van Weeghel, J. (2013). *Mensen met ernstige psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

Werkgroep klinische capaciteit netwerk verslavingszorg (2013). *Naar een lange termijn visie op klinische capaciteit in de verslavingszorg*.

Werkgroep specialistische GGZ Oost-Veluwe en de Achterhoek (2014). Visiedocument.

Werkgroep verslavingszorg Oost-Veluwe en de Achterhoek (2014). Visiedocument.

Werkgroep wet- en regelgeving en fricties vermaatschappelijking Oost-Veluwe en de Achterhoek (2014). *Rapportage over de resultaten*.

Werkgroep wonen en participatie Oost-Veluwe en de Achterhoek (2014). Visiedocument.



De Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland 'ambulanteert'. Bedden worden afgebouwd en beschikbare middelen worden anders ingezet. Doelstelling is om mensen met ernstige psychische aandoeningen meer kansen te bieden op een zelfstandig, gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven.

De Geestelijke Gezondheidszorg kan deze ambitie niet alleen realiseren. Daarvoor is samenwerking met andere regionale en lokale maatschappelijke organisaties nodig. Met dit Visiedocument willen partijen in en rond de Geestelijke Gezondheidszorg in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek daarin het voortouw nemen.

Het Visiedocument is opgesteld namens GGZ-instellingen, zorgverzekeraars en gemeenten in de regio, in samenspraak met regionale cliënten- en familie-organisaties. Gezamenlijke uitgangspunten en toekomstperspectieven met betrekking tot de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio worden gepresenteerd. Deze worden geconcretiseerd in een gezamenlijke ontwikkelagenda 2015-2018.

