

# Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg

Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda





# Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg

Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda

Utrecht, 2016

## Colofon

### *Opdrachtgever*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

### *Projectuitvoering*

Frank van Hoof

Jasper Nuijen

Hans Kroon

Aafje Knispel

### *Projectleiding*

Frank van Hoof

### *Vormgeving en productie*

Canon Nederland N.V.

### *Stockbeeld*

[www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

Deze uitgave is te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel)

Artikelnummer **AF1512**

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>Handvat regionale samenwerkingsagenda</b>	<b>7</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>11</b>
1. Onderwerpen en speerpunten van een agenda voor sociale inclusie	11
2. Organisatie, ontwikkeling en implementatie van een regionale samenwerkingsagenda	21
3. Keuzen in de zorg: referentiekader voor regionale zorgplanning	29
4. Methodiek lokale prevalentieschatting ernstige psychische aandoeningen	43
<b>Samenstelling begeleidingscommissie en klankbordgroep</b>	<b>47</b>
<b>Bronnen</b>	<b>49</b>



# Inleiding

Recent is een aantal ingrijpende transitie ingezet in en rond de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening / kwetsbaarheid met een regierol voor gemeenten en zorgverzekeraars. De transitie moeten eraan bijdragen dat betrokkenen meer en betere ondersteuning krijgen bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel en meer mogelijkheden krijgen tot het leiden van een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven. Regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, financiers, cliëntenorganisaties en andere maatschappelijke organisaties is cruciaal voor een goed verloop van de transitie en voor het realiseren van deze doelstellingen.

Deze rapportage beoogt een handvat te bieden voor een regionale samenwerkingsagenda. Het handvat bestaat uit de volgende onderdelen:

- Overzicht van onderwerpen en speerpunten van een agenda voor sociale inclusie;
- Overzicht van de stappen voor de organisatie, ontwikkeling en implementatie van de regionale samenwerkingsagenda;
- Een referentiekader voor de regionale zorgplanning inclusief een checklist voor het in kaart brengen van de huidige uitgaven en capaciteit van de regionale GGZ-voorzieningen;
- Een methodiek voor lokale prevalentieschatting van het aantal mensen met een ernstige psychische aandoening.

Het handvat is opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS, in samenspraak met een begeleidingscommissie bestaande uit medewerkers van vertegenwoordigende organisaties van mensen met een psychische aandoening / kwetsbaarheid (LPGGz), gemeenten (VNG), GGZ-instellingen (GGZ Nederland) en zorgverzekeraars (ZN). Daarnaast is een klankbordgroep geconsulteerd met daarin een bredere vertegenwoordiging van maatschappelijke sectoren en inhoudelijk deskundigen. Verder is voor het handvat gebruik gemaakt van een brede reeks van onderzoeken en adviezen over (de voorwaarden voor) de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische aandoening / kwetsbaarheid. Overzichten van de gehanteerde bronnen en van de samenstelling van de begeleidingscommissie en de klankbordgroep zijn opgenomen aan het eind van dit rapport.

## *Gemeenschappelijke taal*

Regionale samenwerking vraagt om de ontwikkeling van een gemeenschappelijke taal. Bovenstaande inleiding illustreert die behoefte. Waar zorgverzekeraars spreken van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA), hebben gemeenten het liever over mensen met een psychische kwetsbaarheid. De verschillende termen hebben verschillende connotaties. Maar het gaat voor een belangrijk deel over dezelfde personen. Dit handvat maakt onderdeel uit van dit ontwikkelingsproces naar een gemeenschappelijke taal. Daarbij moeten soms keuzen worden gemaakt. Voor wat betreft de hoofdrolspelers van de samenwerkingsagenda is in dit handvat gekozen voor de term 'mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid'.





# Handvat regionale samenwerkingsagenda

## *Uitgangssituatie*

Nederland telt circa 250.000 tot 300.000 mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, blijft de kwaliteit van leven van betrokkenen in doorsnee fors achter bij die van de algemene bevolking. Verreweg de meeste mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid wonen in een eigen woning maar de participatiegraad is laag en onder andere de eenzaamheidsproblematiek is groot.

Niettemin geven velen hun hoop en ambities op een goed, zinvol en sociaal leven niet op. Vooral onder de jongere generaties is de wens om sociaal en maatschappelijk actief te kunnen zijn onverminderd groot. Velen hebben behoefte aan meer en betere ondersteuning daarbij, vooral bij hun psychische klachten, sociale contacten, relaties, werk en opleiding. Maar velen willen ook 'gelijke kansen' en erkenning. De recente Nederlandse ratificatie van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking bekrachtigt dit 'recht op psychische kwetsbaarheid' in alle geledingen van de samenleving.

## *Onderwerpen en speerpunten van een agenda voor sociale inclusie*

Een agenda voor de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid kent tenminste de volgende vijf speerpunten:

### 1. Goed en betaalbaar wonen

Veel mensen met een psychische kwetsbaarheid behoren tot een bredere populatie voor wie het moeilijk kan zijn om een woning te vinden die aan de eigen wensen, behoeften en financiële mogelijkheden tegemoetkomt. Nodig is:

- Voldoende beschikbaarheid en toegankelijkheid van betaalbare (vooral één- en tweepersoons-)woningen van goede kwaliteit;
- Voldoende beschikbaarheid van intensieve ondersteuning, ook voor mensen die in een eigen woning (willen) wonen (zie verder);
- Woonwensen en ondersteuningswensen van mensen zoveel als mogelijk onafhankelijk van elkaar adresseren.

### 2. Organiseren van individuele, verbindende zorg

Mensen hebben elkaar nodig. Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid verkeren in een situatie waarin er (soms ook voor langere tijd) behoefte is aan extra hulpverlening (mentaal, sociaal, praktisch, maatschappelijk) maar tegelijk sprake is van beperkte sociale bronnen. Dan is men (mede) op professionele ondersteuning aangewezen. Nodig is een individuele ondersteuningsstructuur voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid die:

- Er is wanneer dat nodig is;
- Bijdraagt aan de ontwikkeling van de 'social resources' en daar onderdeel van en ondersteunend aan is;
- 'Integraal' is (ondersteuningswensen passen vaak niet in 'hokjes'; persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand);
- Perspectiefvol is.

### 3. Psychische hulp en behandeling

“Wat is er met je gebeurd?” “Wat is precies je kwetsbaarheid, wat is precies je weerbaarheid?” Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geven aan dat die vragen in hun ‘patiënten-carrière’ te weinig aan bod zijn gekomen. Nodig is:

- Het voldoende beschikbaar komen van, specifiek voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, goede psychische hulp en behandeling;
- Met aandacht voor het omgaan met de kwetsbaarheden, voor het eigen levensverhaal en voor het eigen ‘herstelvermogen’ van betrokkenen.

### 4. Toegang tot en ondersteuning bij werk, onderwijs en inkomen

Betaald werk is voor velen de belangrijkste bron van inkomsten maar ook van sociale contacten, het gevoel ertoe te doen, status, zingeving, zelfvertrouwen. Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zouden dan ook graag een betaalde baan willen, mits daarin ruimte is voor die kwetsbaarheid. Nodig is:

- Het actiever mobiliseren van de bereidheid bij werkgevers om ook mensen in dienst te nemen als betrokkenen te kampen hebben met een psychische kwetsbaarheid;
- Het ontwikkelen en organiseren van ondersteuning op maat aan werkgever én werknemer (hoe kunnen werk en werkomstandigheden naar tevredenheid van zowel de werkgever als werknemer georganiseerd worden?).

Nodig is ook:

- Meer individueel maatwerk en individuele ondersteuning bij het volgen van onderwijs;
- Expliciete aandacht voor de financiële situatie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

### 5. Ontmoeting, uitwisseling en ‘emancipatie’

Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geven aan dat hun belangrijkste wens is: meer betekenisvolle sociale contacten. Rode draad in een inclusieagenda is dan ook: ‘ontmoeting’. Nodig is:

- Het op allerlei andere manieren faciliteren en/of organiseren van mogelijkheden daartoe: in individuele netwerken, in de wijk, in de regio; en in alle mogelijke samenstellingen: mensen met een psychische kwetsbaarheid onderling, maar ook ‘kwetsbaren’ en ‘minder-kwetsbaren’, ‘GGZ-cliënten’ en medewerkers van de GGZ en allerlei maatschappelijke organisaties.

In zijn algemeenheid is sociale inclusie als einddoel niet goed denkbaar als niet ook in het proces zelf inclusie en emancipatie de uitgangspunten zijn. Nodig is daarom ook:

- Het faciliteren van (maatschappelijke) initiatieven door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid (herstelacademies, zelfregiecentra).

In bijlage 1 worden bovenstaande speerpunten van een agenda voor sociale inclusie uitgebreid toegelicht en uitgewerkt.

### *Organisatie, ontwikkeling en implementatie van een regionale samenwerkingsagenda*

De organisatie, ontwikkeling en implementatie van een regionale agenda voor sociale inclusie vragen om betrokkenheid en mede-eigenaarschap van veel actoren: mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zelf, hun naasten, de zorgprofessionals op de werkvloer, professionals van andere maatschappelijke organisaties, managers, bestuurders, financiers, etc.. Daarbij is ruimte nodig voor ideeën, ervaringen en goede initiatieven ‘van onderop’. Tegelijk laten de huidige ontwikkelingen zien dat ‘vrijblijvendheid’ ook tot stagnatie kan leiden. Cruciaal zijn daarom ook regionale aansturing en regie. Drie functies staan daarbij centraal:

#### a. Co-creatie van een gezamenlijke (bestuurlijke) visie en richting

De hierboven genoemde speerpunten kunnen als handvat dienen voor gezamenlijke visieontwikkeling, met voor elk van die speerpunten als leidende vragen:

- Wat is de stand van zaken in de regio?
- Waar willen we naar toe?
- Wat is daarvoor nodig ?
- Welke initiatieven en plannen in de regio kunnen daarbij helpen en verdienen versterking?

- Welke nieuwe acties, initiatieven zijn nodig?

Gezamenlijke 'visieontwikkeling' hoeft niet te resulteren in een blauwdruk. Het moet vooral een vehikel zijn voor uitwisseling over de gewenste richting en voor het creëren van en faciliteren van beweging, zowel programmatisch (wat zijn de te zetten stappen?), als explorerend en mobiliserend (wat zijn goede initiatieven, ontwikkelingen, hoe kunnen die worden ondersteund?).

#### b. Gezamenlijk energie genereren en ruimte creëren voor beweging

De ontwikkeling en implementatie van een agenda voor sociale inclusie vragen ook om het genereren van energie, het scheppen van ruimte voor nieuwe initiatieven en voor de handelingsvrijheid die op de werkvloer, in wijken, etc. nodig is om van visie tot realiteit te komen. Financieringskaders, institutionele belangen en bekostigings- en verantwoordingssystemen moeten daar zo min mogelijk bij in de weg zitten. Het is aan de regionale samenwerkingspartners om te bezien welke (bestuurlijke) acties en afspraken daarvoor nodig zijn. 'Change agents', met een stevige voet in de praktijk én een stevige link naar management en bestuur, kunnen daarin een belangrijke rol spelen, maar ook de inrichting van proeftuinen: plaatsen of wijken of praktijken waar geëxperimenteerd wordt met organisatievormen die veelbelovend zijn maar die te veel afwijken van de actuele organisatiestructuren in de regio om ze op de korte termijn regio-breed in te (kunnen) voeren.

#### c. Gezamenlijke zorgprogrammering voor de middellange termijn

Een regionale agenda voor sociale inclusie vraagt daarnaast om een gezamenlijke zorgprogrammering en -planning voor de middellange en lange termijn. In de afgelopen jaren is een reeks aan landelijke richtlijnen, zorgstandaarden en 'generieke modules' ontwikkeld voor 'goede zorg, ondersteuning en behandeling' van mensen met een psychische kwetsbaarheid (zie de literatuurlijst: *Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ*). Een generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen is in voorbereiding. Stimuleren en faciliteren van en het toezien op de implementatie van die richtlijnen en standaarden voor 'goede zorg', aansluitend bij de initiatieven die daartoe al in de regio bestaan, is een belangrijke functie voor een regionale regiegroep. Daarnaast is gezamenlijke zorgplanning van belang. Waaraan besteden we op dit moment in hoofdlijnen de beschikbare middelen? Waar willen we de beschikbare middelen vooral aan besteden? En welke stappen zijn daarvoor nodig? (Zie 'referentiekader' hieronder.)

Regionale aansturing en regie kunnen op verschillende manieren georganiseerd worden. In het landelijke '*Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*', wordt voorgesteld om regionale regiegroepen in het leven te roepen, met vertegenwoordigers van gemeenten, zorgverzekeraars, mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf en zorgaanbieders, maar ook vertegenwoordigers vanuit de eerstelijnszorg, onderwijs, welzijn, arbeid, wonen, politie en justitie. Voor de slagkracht is het aangewezen om vanuit die regiegroep een kleiner 'dagelijks bestuur' in te stellen, met daarin in ieder geval vertegenwoordigers van de financiers, van de zorg en van mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf.

Regionale aansturing en regie zijn ook gebaat bij landelijke afspraken over een indeling en afbakening van de regio's en over de eindverantwoordelijken voor de regionale samenwerkingsagenda's. Voorgesteld wordt om de indeling van de centrumgemeenten te hanteren als regio-indeling en om desbetreffende centrumgemeenten en de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in die centrumgemeenteregio gezamenlijk eindverantwoordelijk te maken voor de ontwikkeling van een regionale agenda.

In bijlage 2 worden bovengenoemde elementen van de ontwikkeling en implementatie van een regionale samenwerkingsagenda uitgebreid toegelicht en uitgewerkt.

---

1 In verschillende regio's is inmiddels, veelal onder de noemer van 'Taskforce EPA', een dergelijke regiegroep ingesteld.

## Referentiekader voor regionale zorgplanning

Het *organiseren van individuele, verbindende zorg* is maar één van de speerpunten van een agenda van sociale inclusie, maar wel een cruciale. Specifiek voor dit speerpunt staan de regionale samenwerkingspartners in hoofdlijnen voor twee keuzen:

1. In welke mate wil men inzetten op uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid?
2. In welke mate wil men inzetten op een (nog) meer geïntegreerde en in andere (ondersteunings-)netwerken ingebedde zorg en ondersteuning?

Landelijk neemt de ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid (inclusief de zorg vanuit de 'reguliere' GGZ-voorzieningen en alle - voormalige - AWBZ-gefinancierde begeleiding) slechts een zeer bescheiden aandeel van de totale uitgaven van de GGZ voor zijn rekening. In het recente 'Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ' wordt vastgesteld dat een zeer forse vergroting van dat aandeel nodig is om de doelstellingen van een inclusieagenda binnen bereik te brengen. Tegelijk wordt in de Landelijke Monitor Ambulantisering vastgesteld dat substantiële uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg uitblijven.

De urgentie van regionale afspraken over de verdere ontwikkeling van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid is dan ook zeer groot. Daarbij valt geen blauwdruk te geven. Wel worden in het eerdergenoemde advies twee scenario's geschetst die als referentiekader kunnen dienen voor regionale afspraken.

### Het scenario intensivering ambulante opbouw:

Dit scenario gaat uit van een substantiële opschaling van de bestaande, gespecialiseerde ambulante voorzieningen voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, zodanig dat elk van deze voorzieningen aan de eigen standaarden kan voldoen (waaronder die voor de zorgintensiteit) en zodanig dat deze voorzieningen voor een aanzienlijk groter deel van deze populatie bereikbaar worden. Concreet gaat het om een opschaling van met name FACT (Flexible Assertive Community Treatment) tot gemiddeld 4 teams per 100.000 inwoners (nu gemiddeld 2 teams) met daarnaast één IHT-team (Intensive Home treatment) per 100.000 inwoners en één VIP-team (Vroege Interventie Psychose) per 150.000 inwoners. Ook de vanuit de gemeente gefinancierde ambulante begeleiding wordt in dit scenario opgeschaald.

### Het scenario geïntegreerde GGZ in de wijk:

In dit scenario wordt ingezet op a. een verdergaande opschaling van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en b. een 'kanteling' van de organisatie van die zorg naar een maximaal in de wijk geïntegreerde GGZ. Dat betekent dat zo min mogelijk wordt gewerkt met verschillende teams, voor verschillende zorgfuncties (woonbegeleiding, 'integrale zorg', vroegsignalering, crisishulp etc.), elk met (voor een deel) eigen financiers, eigen locaties en eigen werkgebieden. In plaats daarvan worden die zorgfuncties en zorgvormen (zoals nu nog geboden onder noemers van FACT, IHT, VIP, ambulante begeleiding, etc.) maximaal gebundeld en geïntegreerd binnen één, door zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijk gefinancierde voorziening en wordt die voorziening georganiseerd vanuit één locatie met een capaciteit van gemiddeld circa 40 fte per wijk van circa 20.000 inwoners.

In bijlage 3 wordt het referentiekader voor de regionale zorgplanning uitgewerkt in de vorm van de beschrijving van twee, op bovenstaande scenario's gebaseerde voorbeeldregio's. Daarbij wordt uitgegaan van gemiddelde prevalenties. Feitelijk kunnen prevalentiecijfers per regio en met name per wijk echter aanzienlijk verschillen. In bijlage 4 wordt een methodiek gepresenteerd (en verantwoord) waarmee aan de hand van algemeen toegankelijke sociaal-demografische, -geografische en -economische gegevens over wijkenmerken schattingen kunnen worden gemaakt van de (verschillen in relatieve) omvang van het aantal mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid ('ernstige psychische aandoening') in een vier-cijferig postcodegebied.

De voorbeeldregio's illustreren dat er voor de samenwerkingspartners in de regio's veel te kiezen valt en dat bandbreedten groot zijn als het gaat om de intensivering en integratie van de zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Daarmee illustreren zij ook het belang van het maken van *gezamenlijke* keuzen.

# Bijlage 1   Onderwerpen en speerpunten van een agenda voor sociale inclusie

<b>1.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Speerpunten voor sociale inclusie</b>	<b>14</b>
1.2.1.	Goed en betaalbaar wonen	14
1.2.2.	Organiseren van individuele, verbindende zorg	15
1.2.3.	Psychische hulp en behandeling	17
1.2.4.	Toegang tot en ondersteuning bij onderwijs, werk en inkomen	17
1.2.5.	Ontmoeting, uitwisseling en 'emancipatie'	19



## 1.1 Inleiding

Wie in Nederland meedoet in de reguliere arbeidsmarkt of het reguliere onderwijs, die telt mee. Wie daar niet in kan of wil meedoen, of daar onvoldoende kansen toe krijgt, dreigt maatschappelijk buiten de boot te vallen en loopt als gevolg daarvan tegen allerhande andere barrières op (laag inkomen, beperkte toegang tot goede woningen en tot andere voorzieningen, sociaal isolement).

Psychische kwetsbaarheid vormt een belangrijk risico op het 'niet meetellen in de maatschappij'. En andersom: sociale uitsluiting, armoede en sociaal isolement dragen bij aan psychische problematiek. Die uitsluiting creëert veel persoonlijk leed. Maar ze ontnemt de samenleving ook veel potentieel: waar mensen op hun kwetsbaarheden worden buitengesloten, blijven hun capaciteiten en talenten onbenut.

### *Over wie gaat het?*

Geschat wordt dat op jaarbasis in Nederland bijna 2 miljoen volwassenen te kampen hebben met 'psychische aandoeningen'. Bij de meerderheid zijn de klachten echter van relatief korte duur en is de impact op het dagelijks functioneren relatief beperkt. In dit handvat gaat het over de mensen bij wie de problemen niet zo snel zijn overgegaan, bij wie de klachten een chronisch karakter (dreigen te) krijgen en bij wie de psychische klachten gepaard (dreigen te) gaan met uiteenlopende problemen op andere terreinen (lichamelijk, sociaal, maatschappelijk). Een scherpe grens tussen mensen met kortdurende en relatief 'lichte' problemen en mensen met langer durende en ernstiger problemen is niet te trekken. Wel zijn op basis van recente ramingen indicaties te geven van het aantal mensen met een 'ernstige psychische aandoening', opgevat als mensen die in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken hebben gehad met een 'psychische aandoening' die gepaard is gegaan met 'ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren'. Dat aantal wordt geschat op 250.000 tot 300.000. In hoofdlijnen over die mensen - en over de mensen die een hoog risico lopen tot deze groep te gaan behoren - gaat dit handvat.

Hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, laat onderzoek zien dat de kwaliteit van leven van betrokkenen in doorsnee fors achterblijft bij die van de algemene bevolking. Verreweg de meeste mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid wonen in een eigen woning maar de participatiegraad is laag. Naar schatting 10 tot 20 % heeft een betaalde baan. Een grote meerderheid (circa 80 %) geeft aan te kampen te hebben met eenzaamheid. Het perspectief van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid op de eigen situatie is doorgaans dan ook niet positief. De helft geeft de eigen kwaliteit van leven een rapportcijfer van een 6 of lager. Bijna de helft geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij.

Niettemin geven velen hun hoop en ambities niet op. Van de leden van het panel Psychisch Gezien (een panel van circa 2000 mensen met langdurige psychische problemen) geeft een grote meerderheid aan graag een socialer en actiever leven te willen leiden. Een groot deel van de niet-werkenden wil werken. Vooral onder de jongere generaties zijn de hoop en ambities om sociaal en maatschappelijk actief te kunnen zijn onverminderd groot. Maar velen hebben ook behoefte aan meer en betere ondersteuning daarbij. Deze behoeften hebben vooral betrekking op psychologische ondersteuning en ondersteuning bij sociale contacten, relaties, werk en opleiding.

Onderzoek laat ook zien dat de situatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid geen statische is. Kwetsbaarheid en ondersteuningsbehoeften variëren door de tijd. Een deel van de betrokkenen slaagt er, met de goede ondersteuning en vertrouwen, wel degelijk in om persoonlijke wensen en aspiraties in belangrijke mate te realiseren. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven of periodiek terugkeren, kunnen mensen in persoonlijke en maatschappelijke zin 'herstellen'.

### *Van zorgplichten naar mensenrechten*

Belangrijk motief achter de transities in de zorg en de GGZ is dat deze aan dit herstel moeten bijdragen en mede de voorwaarden creëren die maken dat psychische kwetsbaarheid als zodanig niet meer hoeft te leiden tot persoonlijke en maatschappelijke 'teloorgang'.

De grondslag voor die doelstelling is recent nog eens stevig verankerd met de Nederlandse ratificatie van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met een beperking. Met die ratificatie wordt de positie van mensen met een (psychische) beperking in de samenleving feitelijk niet meer primair bepaald vanuit een zorgparadigma maar vanuit een mensenrechtenparadigma. Het VN-verdrag onderstreept daarmee ook dat transitie in de zorg alléén onvoldoende zijn om mensen in de gelegenheid te stellen een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden. Het gaat ook om een 'recht op psychische kwetsbaarheid' in alle geledingen van de samenleving.

De ratificatie van het VN-verdrag nodigt daarmee ook uit tot nieuwe manieren van kijken en denken. Minder in termen van ziek versus niet ziek, zorgbehoevend versus niet-zorgbehoevend, werkend versus niet-werkend; en meer in termen van diversiteit en pluriformiteit in soorten mensen, levensgeschiedenissen, sociale en maatschappelijke contexten; meer ook in termen van wederkerigheid in zorg- en afhankelijkheidsrelaties; en meer in termen van 'emancipatie' en het 'recht te zijn wie men is'.

## 1.2 Speerpunten voor sociale inclusie

Een regionale samenwerkingsagenda voor de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid vraagt om een goede 'inhoudsopgave'. Daarin komen tenminste de volgende 'speerpunten' voor sociale inclusie aan bod: a. goed en betaalbaar wonen; b. organiseren van individuele, verbindende zorg; c. psychische hulp en behandeling; d. toegang tot en ondersteuning bij onderwijs, werk en inkomen; e. ontmoeting, uitwisseling en 'emancipatie'.

### 1.2.1 Goed en betaalbaar wonen

Iedereen heeft een dak boven zijn hoofd nodig, bij voorkeur een plek die betaalbaar is en een veilige thuisbasis biedt. Veel mensen met een psychische kwetsbaarheid behoren tot een bredere populatie voor wie het moeilijker kan zijn om een woning te vinden die in voldoende mate aan de eigen wensen en behoeften tegemoetkomt. Dat heeft te maken met de inkomenssituatie: het aantal voor mensen met een laag inkomen betaalbare (één- of tweepersoons-)woningen van goede kwaliteit is schaars en wachttijden zijn lang. Het kan ook te maken hebben met specifieke (fysieke of sociale) woonwensen, al dan niet gerelateerd aan de psychische kwetsbaarheid (een rustige buurt, vriendelijke burens of juist geen directe burens, in de directe nabijheid van bekenden, 'lotgenoten', verwanten of van specifieke (zorg)voorzieningen).

Een klein maar in de afgelopen decennia sterk gegroeid deel (inmiddels grofweg 10 %) van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid woont voor kortere of langere tijd (soms permanent) in voorzieningen die gekenmerkt worden door geïntegreerde woonzorgarrangementen: de beschermende woonvormen (en, voor een kleiner deel: de verblijfsvoorzieningen van de psychiatrische instellingen). Voordeel van deze voorzieningen is het totaalpakket van wonen en zorg (en voor sommigen de nabijheid van anderen). Nadeel is dat bij veranderende woonwensen het behoud van de zorg op het spel komt te staan en dat bij veranderende zorgwensen de woning weer moet worden verlaten.

Het aantal BW-plaatsen is in de laatste 15 jaar zeer sterk gegroeid (landelijk verdrievoudigd). Anno 2016 wordt naar schatting 75 tot 80 % van de naar gemeenten overgehevelde budgetten voor de ondersteuning aan mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid, besteed aan BW. Daarbij is binnen het BW een breed scala aan uiteenlopende combinaties van woon- en zorgvormen ontstaan. Toch zou het grootste deel van de BW-bewoners graag zelfstandig en in een eigen woning willen wonen (een deel daarvan wel met behoud van de ondersteuning die men ontvangt). Uitstroom is niettemin erg laag als gevolg van tekorten aan betaalbare woningen en vanwege quotering en aanvullende voorwaarden vanuit de woningbouwcorporaties (hetzelfde geldt voor de maatschappelijke opvang). Die woningtekorten, aanvullende voorwaarden en lage uitstroom tezamen zorgen weer voor wachtlijsten voor het BW.

Om te zorgen dat ook mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zoveel als mogelijk kunnen wonen conform de eigen wensen en behoeften zijn dan ook drie dingen nodig: het op grotere schaal beschikbaar en toegankelijk maken van betaalbare (vooral één- en tweepersoons-) woningen van goede kwaliteit; het op grotere schaal beschikbaar maken van intensieve ondersteuning, ook voor mensen die in een eigen woning (willen) wonen (zie ook paragraaf 1.2.2); en woonwensen en ondersteuningswensen van mensen zoveel als



mogelijk onafhankelijk van elkaar (en niet in 'totaalpakketten') adresseren. Het recht op goede, passende en betaalbare huisvesting moet zo min mogelijk afhankelijk zijn van het recht op zorg, ook als er sprake is van specifieke woonwensen of zorgwensen.

### 1.2.2 Organiseren van individuele, verbindende zorg

Mensen hebben elkaar nodig. Ofwel, om het nog maar een keer in de woorden van Johan Cruijff te zeggen: "Alleen kun je niets, je moet het samen doen". Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid verkeren echter in een situatie waarin ze enerzijds slechts over beperkte sociale 'resources' beschikken (familie, vrienden, collega's) terwijl er anderzijds (en soms ook voor langere tijd) juist behoefte is aan extra ondersteuning; mentaal, maar ook sociaal, praktisch of maatschappelijk. Dan is men (mede) op professionele ondersteuning aangewezen.

De meeste mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid ontvangen in hoofdzaak ondersteuning van naasten<sup>2</sup> en van professionals vanuit de GGZ (andere voorzieningen zoals sociale wijkteams zijn nog veel minder betrokken). Bij de GGZ-zorg gaat het voor het grootste deel om relatief laag-intensieve ondersteuning vanuit de algemene GGZ-voorzieningen. Een kleiner deel maakt gebruik van specifieke voorzieningen voor mensen met 'ernstige psychische aandoeningen' zoals de ACT-teams en de FACT-teams of de ambulante begeleiding vanuit de (voormalige) RIBW's. FACT-zorg wordt als relatief intensief beschouwd (in vergelijking met andere ambulante GGZ-voorzieningen). Toch ontvangen ook FACT-cliënten gemiddeld niet meer dan één contact per week; en is men de andere 6 dagen en 23 uur dus op zichzelf aangewezen of op naasten of anderen (als die er zijn).

Die beperkte zorgintensiteit hangt ook samen met het beperkte aandeel van de ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in het totale budget voor de GGZ; dat aandeel bedraagt circa 10-15 %. Circa een derde daarvan (5 % van de totale uitgaven) wordt besteed aan de relatief 'intensieve' ambulante zorgvormen zoals die van de FACT-teams.

Paragraaf 1.1 liet zien dat een groot deel van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid heel graag meer ondersteuning zou ontvangen. Een centrale vraag voor een regionale samenwerkingsagenda voor de sociale inclusie van mensen met een ernstige kwetsbaarheid is dan ook hoe tot een ondersteuningsstructuur voor betrokkenen te komen die:

- a. Er is wanneer dat nodig is;
- b. Bijdraagt aan de ontwikkeling van de 'social resources' (en daar onderdeel van en ondersteunend aan is);
- c. 'Integraal' is (ondersteuningswensen passen vaak niet in 'hokjes'; persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand);
- d. Perspectiefvol is.

Dat vraagt om meer capaciteit voor deze functies vanuit de GGZ<sup>3</sup> (andere verdeling van de GGZ-middelen; zie ook bijlage 3). Maar gepleit wordt ook voor het ontwikkelen van organisatievormen die het beter mogelijk maken dat cliënten, naasten en professionals vanuit de GGZ en vanuit andere zorg- en maatschappelijke voorzieningen elkaar kennen, elkaars omgeving kennen en gemakkelijker toegankelijk voor elkaar zijn.

Eén manier daarvoor is om beschikbare middelen en menskracht van onder andere de GGZ veel nadrukkelijker in te zetten in (te verplaatsen naar) meer geïntegreerde voorzieningen op wijkniveau<sup>4</sup> (zie ook bijlage 3). De gedachte is dat vanuit deze wijkvoorzieningen en vanuit de samenwerking met en rondom individuele cliënten in de wijk, natuurlijker en wederkeriger (samenwerkings-)relaties kunnen ontstaan tussen mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf, hun sociale netwerken (waaronder familie), de zorgprofessionals en de netwerken rond andere sociale en maatschappelijke voorzieningen en activiteiten in de wijk.

Belangrijk daarvoor is ook dat professionals de nodige vrijheidsgraden hebben/krijgen om met elkaar, in de wijken, en met individuele cliënten en hun informele netwerken een (natuurlijke) rolverdeling te vinden die zo goed mogelijk matcht met de wensen en behoeften van die individuele cliënten en met ieders professionele en persoonlijke capaciteiten (zie ook bijlage 3).

---

2 Maar vaak ook andersom: van de leden van het panel Psychisch gezien (circa 2000 mensen met langdurige psychische problemen) is circa één op de vijf mantelzorgver.

3 Vooral nog is de capaciteit van sociale wijkteams ruim ontoereikend.

4 Omgerekend naar het niveau van 'de wijk' bedraagt de totale GGZ-capaciteit in Nederland circa 80 fte per 20.000 inwoners. Ter vergelijking: de huidige FACT-teams beschikken in doorsnee over 10 fte voor een werkgebied van 50.000 inwoners. (Zie ook bijlage 3.)

Het bindmiddel voor de activiteiten van de zorgprofessionals en anderen binnen deze ondersteuningsnetwerken zijn dan twee vragen aan de hoofdrolspeler (de 'cliënt'): "Waar wil je naar toe? Wat heb je daarvoor nodig?". (Nuttige hulpmiddelen voor het creëren van een 'gezamenlijk perspectief' zijn werkwijzen als 'open dialogue', 'eigen kracht conferenties' en de 'resource groups'.)

### *Crisisvangnet*

Goede individuele ondersteuningsstructuren (en de 'speerpunten' voor sociale inclusie in de volgende paragrafen) kunnen eraan bijdragen dat escalatie van psychische of sociale problemen zoveel mogelijk wordt voorkomen. Maar ook dan kunnen mensen soms toch in acute (psychische of sociale) nood terecht komen en (tijdelijk) behoefte hebben aan een (zeer) intensieve ondersteuning.

Momenteel gaat een groot deel van het GGZ-budget op aan de opvang bij dergelijke nood- c.q. crisissituaties, in het bijzonder in de vorm van de psychiatrische opnameklinieken. Om twee redenen wordt steeds meer gepleit voor alternatieven: psychiatrische opnamen kunnen behulpzaam zijn maar voor sommigen ook (zeer) belastend en iatrogeen; en ze slokken een groot deel van het geld op, dat dan niet aan andere zaken kan worden besteed (klinische zorg neemt in totaal bijna 40 % van de GGZ-uitgaven voor zijn rekening).

Bij de alternatieven wordt tot nu toe onder andere gedacht aan:

- Doorontwikkeling van de huidige crisisdiensten in zorgvormen als Intensive Home Treatment. Daarbij blijft crisiszorg niet meer beperkt tot de 'noodingreep' die het in de huidige situatie vaak nog is (bij gebrek aan tijd en menskracht veelal resulterend in - een roep om - een opname), maar staat intensieve 24x7 uur begeleiding thuis gedurende de crisisperiode centraal.
- Het verruimen van de mogelijkheden om in de bestaande langduriger ambulante ondersteuningstrajecten (bijvoorbeeld vanuit FACT-teams) op te schalen naar een (zeer) hoge intensiteit, voor zo lang als nodig. Voor een deel zijn die mogelijkheden er al; maar veel ambulante teams (ook de FACT-teams) zijn niet 24x7 uur bereikbaar en inzetbaar.
- De ontwikkeling van kleinschalige respijtoorzieningen dichtbij huis, in de wijk, waar mensen voor korte tijd kunnen verblijven in een niet-klinische setting maar wel met de directe beschikbaarheid van (eventueel ervaringsdeskundige) ondersteuners.

Intensieve crisisbegeleiding thuis, de mogelijkheid van flexibele opschaling van de zorgintensiteit en respijtoorzieningen maken ook een 'geïntegreerd' onderdeel uit van de in de vorige paragraaf genoemde ideeën over een geïntegreerde GGZ in de wijk. De basisinstek is dan om de ondersteuning in crisissituaties zoveel als mogelijk in en met de eigen (professionele en informele) omgeving van mensen te organiseren en de noodzaak en de duur van opnamen in een ziekenhuisomgeving zoveel mogelijk te minimaliseren. Brede invoering van de crisiskaart, waarop mensen zelf aangeven hoe zij graag zien dat in crisissituaties gehandeld wordt, kan betrokkenen in de gelegenheid stellen zoveel mogelijk de regie te behouden, kan helpen bij de organisatie van die crisishulp en kan ook een preventieve functie hebben.

Onderdeel van een goed crisisvangnet zijn ook korte lijnen bij zorgen van burens, politie, etc. (de 'verwarde personen'-problematiek). Heel concreet wordt vanuit de politie gepleit voor een standaard regionale invoering van twee telefoonnummers: één voor signalering van een acute zorgnood; en één voor signalering van een niet-acute zorgnood. Achterwacht bij een acute zorgnood zijn momenteel doorgaans de crisisdiensten en soms IHT-teams. Een mogelijkheid is ook om, in lijn met de bovengenoemde pleidooien, die achterwacht in de toekomst te organiseren vanuit een 24x7 uur bemenste en met de betrokkene bekende wijk-GGZ.

Bij een heel klein deel van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid is sprake van een situatie die omschreven kan worden als een (zeer) langdurige of bijna permanente crisissituatie; situaties die uit bescherming van de betrokkenen zelf en van de omgeving uitmonden in een (al dan niet gedwongen) langdurig verblijf in een (gesloten) voorziening van een psychiatrische instelling. Dit is een makkelijk vergeten groep voor wie verwaarlozing op de loer ligt. Juist in een regionale agenda voor sociale inclusie is dan ook expliciete aandacht nodig voor de wijze waarop ook deze 'langdurige verblijfspatiënten' perspectief kan worden geboden op persoonlijk en maatschappelijk herstel<sup>5</sup>. Idem mensen met een ernstige psychische

---

5 Zie bijvoorbeeld de ontwikkelingen rond Assertive Recovery Triad (ART).

kwetsbaarheid in detentie of zonder actuele vaste woon- en verblijfplaats. Dat vraagt om goede verbindingen tussen GGZ, justitie en maatschappelijke opvang.

### 1.2.3 Psychische hulp en behandeling

“Wat is er met je gebeurd?” Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geven aan dat die vraag hen in hun ‘patiënten-carrière’ te weinig is gesteld. Te weinig is er volgens velen ook gelegenheid geweest om stil te staan bij de vraag: “Wat is precies je kwetsbaarheid, wat is precies je weerbaarheid en je kracht?”

Waar de zaken in de binnenwereld en buitenwereld van mensen precies zijn misgegaan, is lang niet altijd scherp. Kleinere en grotere gebeurtenissen en kleinere en grotere gevoeligheden kunnen daar een rol in hebben gespeeld. Een gegeven is wel dat veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid te kampen hebben gehad met (herhaalde) ervaringen van afwijzing, mislukking op school en op de arbeidsmarkt. Onderzoek laat ook zien dat een relatief groot deel van de mensen met een langdurige GGZ-geschiedenis slachtoffer is van emotioneel, fysiek of seksueel geweld (veelal in de jeugd). Soms hebben sec medicaliserende, op individuele ‘dysfuncties’ en ‘stoornissen’ georiënteerde reacties op iemands kwetsbaarheden, de impact van die eerdere ervaringen nog vergroot; de miskennis van die ervaringen draagt dan nog eens extra bij aan gevoelens van falen, tekortschieten en minderwaardigheid.

Al langer wordt dan ook gepleit voor veel meer (en veel tijdiger) psychische hulp voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Sommige ‘cliënten’ willen daarbij vooral aandacht voor het leren omgaan met die kwetsbaarheid. Maar gepleit wordt ook voor meer aandacht en tijd voor het levensverhaal van mensen. Eigen betekenisgeving en verkenning, erkenning en het bespreekbaar maken van hetgeen mensen hebben meegemaakt en ‘hoe zaken zijn gelopen’, in binnen- en buitenwereld, zijn belangrijk voor het persoonlijk herstel (voor het weer ‘heel’ maken van de persoon), voor het wegnemen van (zelf)stigmatisering en daarmee ook de mogelijkheden voor maatschappelijk herstel.

Peer support kan daarin een belangrijke rol vervullen. Maar belangrijk is vooral ook een adequaat aanbod aan systematische psychologische en psychotherapeutische zorg en behandeling aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Dat aanbod is tot dusver beperkt (en bestrijkt maximaal enkele procenten van de totale GGZ-uitgaven). Specifieke aandacht voor trauma en traumabehandeling is in de reguliere hulpverlening tot dusver minimaal. Eén en ander betekent ook dat veel van de zogenaamde ‘uitbehandelde patiënten’ de facto nooit een passende behandeling hebben ontvangen.

Het op veel grotere schaal beschikbaar komen van goede psychische hulp, met aandacht voor het omgaan met de kwetsbaarheid, en voor het levensverhaal en het eigen ‘herstelvermogen’ van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, is dan ook een belangrijk onderdeel van een regionale agenda voor de sociale inclusie.

### 1.2.4 Toegang tot en ondersteuning bij onderwijs en werk

#### Onderwijs

Psychische kwetsbaarheid wordt vaak in de adolescentie manifest. Dat is dan ook een cruciale periode voor de mate waarin de balans al dan niet (voor een langere tijd) naar de negatieve kant doorslaat en verweven raakt met processen van sociale uitsluiting. De mogelijkheid om, met die kwetsbaarheid en op eigen wijze en in eigen tempo, onderwijs te kunnen blijven volgen, is daarom van groot belang (zie ook het *VN-verdrag voor de rechten van mensen met beperkingen*). Dat vraagt om flexibiliteit en individueel maatwerk vanuit het regionale onderwijs zelf en om de beschikbaarheid van individuele ondersteuning bij het volgen van onderwijs en bij wat daarbij komt kijken.

Onderwijs kan ook een belangrijke rol spelen in beeldvorming. Onderwijsinstellingen kunnen bijdragen aan het voorkómen van stigmatisering en uitsluiting door (psychische) kwetsbaarheid in al zijn diversiteit bespreekbaar te maken en door het te ‘normaliseren’. Ervarensdeskundigen kunnen daar een rol in spelen,

bijvoorbeeld bij het bespreekbaar maken van persoonlijke ervaringen en verhalen of het illustreren van de mechanismen van uitsluiting en 'etikettering'.

### *Werk*

Betaald werk is niet zaligmakend. Maar het is wel de belangrijkste bron van inkomsten en voor velen ook van sociale contacten, het gevoel ertoe te doen, status, zingeving, zelfvertrouwen. Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zouden dan ook graag een betaalde baan willen, mits daarin ruimte is voor die kwetsbaarheid. Vooral onder jongere generaties is de wens om te werken groot.

Anno 2016 heeft circa 80 - 90 % van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geen betaald werk. Velen hebben wel ooit betaald werk verricht. Een deel doet vrijwilligerswerk. Voor mensen met een psychische kwetsbaarheid die wel een betaalde baan hebben en weten te behouden, blijkt werk een cruciale rol te vervullen in hun herstel. Eén en ander betekent ook dat een grotere arbeidsparticipatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid de (regionale) samenleving veel kan opleveren, in sociaal opzicht maar ook economisch (het genereren van inkomen, minder uitkeringsafhankelijkheid, maar ook minder zorggebruik en minder zorgkosten).

Om al deze redenen verdient het toegankelijker maken van de arbeidsmarkt voor mensen met een psychische kwetsbaarheid een hoge prioriteit in een regionale agenda voor sociale inclusie. De mogelijkheden daartoe zijn er ook: de animo bij werkgevers om ook mensen in dienst te nemen als betrokkenen te kampen hebben met een psychische kwetsbaarheid, is wel degelijk aanwezig. Het opsporen en mobiliseren van die bereidheid vraagt wel om actief regionaal beleid. En het omzetten van die bereidheid in feitelijke arbeidsparticipatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid vraagt om de beschikbaarheid van ondersteuning op maat aan werkgever én werknemer (hoe kunnen werk en werkomstandigheden naar tevredenheid van zowel de werkgever als werknemer georganiseerd worden?). Het vraagt soms ook om ondersteuning voor langere tijd, waarbij de ondersteuning aan de werknemer het liefst zoveel mogelijk in samenhang (geïntegreerd) met eventuele ondersteuning op andere terreinen plaatsvindt. (In de methodiek van Individual Placement and Support (IPS) wordt geprobeerd alle bovenstaande elementen samen te brengen; de implementatiegraad van IPS is echter nog erg laag.)

Misschien meer nog dan andere speerpunten van een inclusieagenda speelt ondersteuning bij arbeidsparticipatie zich af op het grensvlak van verschillende financieringskaders. Dat maakt intensieve samenwerking tussen financiers cruciaal bij de (door)ontwikkeling van een regionale agenda voor de arbeidsparticipatie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

### *Sociale arbeidsmarkt*

De drempels tot betaald werk zijn in Nederland hoog geworden. Waar het gaat om zaken als (flexibilisering en het op maat maken van) werkomstandigheden kunnen bovenstaande maatregelen die drempels verlagen. Maar drempels zijn ook hoog geworden in termen van inhoudelijke functie-eisen. Er is, mede in relatie tot arbeidskosten, een tekort ontstaan aan betaalde banen voor mensen die behoefte hebben aan werk met relatief lage eisen. Daarbij gaat het niet alleen, maar ook om een deel van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

Om die redenen wordt gepleit voor het creëren dan wel uitbreiden van een 'sociale economie', ofwel een sociale arbeidsmarkt waarin werk met lagere functie-eisen betaalbaarder en aantrekkelijker wordt. Daarbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan activiteiten in het sociale domein en de domeinen van zorg en dienstverlening; sociale en maatschappelijke activiteiten waar wel vraag naar is maar die nu wegens te hoge arbeidskosten veelal blijven liggen. Van belang is daarbij dat een sociale arbeidsmarkt niet een nieuwe, separate categorale sector wordt maar geïntegreerd is in reguliere voorzieningen, projecten, initiatieven, arbeidsorganisaties, etc..

Dit handvat is niet de plek om uitgebreid in te gaan op ontwikkelingen rond de (toekomstige) arbeidsmarkt. Wel pleiten we ervoor om de ideeën voor een sociale arbeidsmarkt mee te nemen in een regionale agenda voor de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

## *Inkomen*

Vooralsnog zijn veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid afhankelijk van een sociale uitkering. Sommigen hebben ook te maken met een stapeling van eigen bijdragen. De (slechte) financiële situatie van betrokkenen werpt voor velen extra drempels op voor sociale inclusie (kosten voor deelname aan activiteiten, voor vervoer, etc.). Een inclusieagenda vraagt daarom ook om expliciete aandacht voor de financiële situatie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

### **1.2.5 Ontmoeting, uitwisseling en 'emancipatie'**

#### *'Eigen initiatieven'*

'Emancipatie' is uiteindelijk iets wat mensen zelf bewerkstelligen. En dat mensen met een psychische kwetsbaarheid geen lijdzame patiënten of uitgesloten burgers hóeven te zijn, bewijzen velen met hun individuele initiatieven en activiteiten maar komt ook tot uiting in een range aan gezamenlijke, maatschappelijke initiatieven voor en door mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Al langer bestaat er een breed palet aan initiatieven en projecten die worden aangestuurd en bemenst door mensen met een psychische kwetsbaarheid; dat kan gaan om initiatieven en projecten rond bijvoorbeeld werk, wonen, voorlichting, onderlinge steun, advies etc.. In de laatste jaren krijgen die initiatieven op diverse plaatsen de vorm van zogeheten herstelacademies of zelfregiecentra. De centra vervullen verschillende functies: het zijn laagdrempelige plaatsen voor de uitwisseling van ideeën en ervaringen rond persoonlijk en maatschappelijk herstel; het zijn plaatsen waar mensen, met anderen, nieuwe activiteiten en initiatieven kunnen ontplooiën; het zijn broedplaatsen voor de ontwikkeling van een bredere, gedeelde ervaringskennis over wat het is om te leven met een psychische kwetsbaarheid - en daarmee ook over wat er nodig is voor sociale inclusie; en het zijn plaatsen van waaruit verbindingen worden gelegd tussen mensen met een psychische kwetsbaarheid en allerhande anderen in de wijk of in de lokale samenleving en tussen ervaringskennis en andere kennis over psychische kwetsbaarheid en sociale uitsluiting / sociale inclusie.

Sociale inclusie als einddoel is niet goed denkbaar als niet ook in het proces zelf inclusie en emancipatie de uitgangspunten zijn. Initiatieven waarbij mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf in de lead zijn, spelen daar een cruciale rol in. Het faciliteren van die initiatieven is dan ook een belangrijk onderdeel van een regionale inclusieagenda.

## Ontmoeting

Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geven aan dat hun belangrijkste wens is: meer betekenisvolle sociale contacten. Rode draad in een inclusieagenda kan eigenlijk ook maar één ding zijn: 'ontmoeting' - en de organisatie van de mogelijkheden daartoe.

Ontmoeting en uitwisseling dragen bij aan 'kennis van elkaar', creëren wederzijdse betrokkenheid en leggen daarmee de basis voor de ontwikkeling van gezamenlijke activiteiten. Dat kan op alle mogelijke niveaus - in individuele netwerken, in de wijk, in de regio - en in alle mogelijke samenstellingen - mensen met een psychische kwetsbaarheid onderling, maar ook 'kwetsbaren' en 'minder-kwetsbaren', 'GGZ-cliënten' en medewerkers van de GGZ en allerhande maatschappelijke organisaties, etc.. Ontmoeting en uitwisseling zijn de facto de middelen bij uitstek om het (excluserende) wij-zij denken te doorbreken. Direct contact zorgt ervoor dat de menselijke maat van de dingen terugkeert; het haalt de bodem van het 'niet-kennen' onder vooroordelen en stigma's vandaan en draagt bij aan de ervaring dat de wereld niet dichotoom, niet zwart-wit, en niet 'ziek of niet-ziek' is, maar dat er vooral sprake is van een enorme diversiteit en pluriformiteit aan ervaringen, levensverhalen en persoonlijke situaties.

Het op allerhande manieren faciliteren en/of organiseren van mogelijkheden tot ontmoeting en uitwisseling, verdient dan ook een hoge prioriteit in een regionale inclusieagenda. Inspiratie kan worden opgedaan bij de meer of minder gestructureerde initiatieven die op een aantal plekken al lopen; naast ontmoetingsplekken van mensen met een psychische kwetsbaarheid onderling ook uitwisselingsbijeenkomsten van cliënten en hulpverleners (multiloog), voorlichtings- en uitwisselingsbijeenkomsten van mensen met een psychische kwetsbaarheid bij scholen, politie, gemeenten en wijkvoorzieningen, 'buurtcirkels', evenementen, etc.<sup>6</sup>.

---

6 Onderdeel van de inclusieagenda zou ook kunnen zijn het voor mensen met een psychische kwetsbaarheid financieel toegankelijk (bij voorkeur gratis) maken van de vele open, maar prijzige bijeenkomsten (congressen, symposia) over hen; maar dan dus met hen.

# Bijlage 2 Organisatie, ontwikkeling en implementatie van een regionale samenwerkingsagenda

<b>2.1 Inleiding</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Regie op de regionale agenda</b>	<b>23</b>
2.2.1 Visie en richting	23
2.2.2 Beweging en vernieuwing	24
2.2.3 Programmering en planning	26
2.2.4 Leren en bijsturen	27
2.2.5 Praten en doen	27
<b>2.3 Landelijke voorwaarden</b>	<b>27</b>





## 2.1 Inleiding

Bij de ontwikkeling en implementatie van een regionale agenda voor sociale inclusie spelen veel actoren een rol: mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zelf, hun naasten, de zorgprofessionals op de werkvloer, professionals van andere maatschappelijke organisaties, managers, bestuurders, financiers etc.. Voor een succesvolle regionale agenda helpt het als deze actoren, waaronder met name ook (organisaties van) mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf, zich zoveel als mogelijk mede-eigenaar van die agenda weten. Dat vraagt om een brede betrokkenheid, waarbij vooral ook ruimte wordt geboden aan ideeën, ervaringen en goede initiatieven 'van onderop' (waaronder initiatieven van mensen met een psychische kwetsbaarheid).

Tegelijk vraagt een succesvolle inclusieagenda om het actief faciliteren, stimuleren, organiseren, coördineren en aansturen van ontwikkelingen, initiatieven, verbetermaatregelen etc. op een regionaal, bestuurlijk niveau. En voor een deel vraagt het ook om planning. Zo gaan de zorgtransities die de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid moeten ondersteunen, ook gepaard met forse verschuivingen van beschikbare middelen. Goede en gezamenlijke keuzen bij de herverdeling en bij de nieuwe inzet van die middelen is daarbij essentieel.

Dit handvat steekt vooral in op het niveau van deze regionale aansturing. Daarbij bouwen we voort op het voorstel in het Plan van Aanpak 'Over de brug' om per regio een regiegroep in het leven te roepen. Voor het waarborgen van een brede maatschappelijke betrokkenheid is daarbij een breed samengestelde regiegroep aangewezen met niet alleen vertegenwoordigers van gemeenten, zorgverzekeraars, mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf en zorgaanbieders, maar ook vertegenwoordigers vanuit de eerstelijnszorg, onderwijs, welzijn, arbeid, wonen, politie en justitie. Voor de slagkracht is het aangewezen om vanuit die regiegroep een kleiner 'dagelijks bestuur' in te stellen, met daarin in ieder geval vertegenwoordigers van de financiers, van de zorg en van mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf. Daarbij kan gekozen worden voor hetzij een regiegroep met vertegenwoordigers vanuit bestuurlijk niveau, hetzij een 'dedicated coalition' van gedreven vernieuwers met een stevig bestuurlijk mandaat, of een combinatie daarvan (met name waar financiën een rol spelen, is bestuurlijke vertegenwoordiging of bestuurlijk mandaat van belang).

In een aantal regio's is inmiddels in enige vorm een regionale regiegroep in het leven geroepen (veelal onder de noemer 'Taskforce EPA' en veelal bestaande uit vertegenwoordigers van de financiers, de zorg en 'cliënten'). Maar in veel regio's ontbreekt een dergelijke regiegroep nog.

Voor de ontwikkeling en implementatie van een regionale inclusieagenda is het wenselijk dat in elke regio een regiegroep wordt ingesteld. In de volgende paragraaf worden een aantal voorstellen gedaan voor de functies en werkwijze van een dergelijke regiegroep. In paragraaf 2.3 benoemen we kort welke landelijke afspraken ondersteunend kunnen zijn bij het instellen en functioneren van deze regiegroepen.

## 2.2 Regie op de regionale agenda

Inherent aan de taakstelling van een regionale regiegroep voor de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid is een combinatie van programmatische, explorerende en mobiliserende functies. Meer specifiek is een onderscheid te maken in:

- Co-creatie van een gezamenlijke (bestuurlijke) visie en richting, in hoofdlijnen en rond de afzonderlijke speerpunten van de inclusieagenda;
- Gezamenlijk energie genereren en ruimte creëren voor beweging; ondersteunen van bestaande dynamiek; stimuleren en versterken van initiatieven, proeftuinen;
- Gezamenlijke, bij de visie passende zorgprogrammering voor de middellange termijn; gezamenlijke aansturing en bijsturing van zorginkoop, bekostiging en financiering;
- Ontwikkeling van een regionale 'beleidscyclus sociale inclusie'.

### 2.2.1 Visie en richting

De ontwikkeling van een gezamenlijke inclusiebeweging vraagt in de eerste plaats om uitwisseling over en zoveel mogelijk ook vaststelling van de gewenste richting. De ontwikkeling van een gezamenlijke visie is daarvoor een belangrijk vehikel.

Een 'visie' hoeft geen blauwdruk te zijn. Het hoeft ook geen statisch document te worden. Juist niet: visiedocumenten dragen het risico in zich al snel in de categorie van 'geduldig papier' gearchiveerd te worden. De uitdaging zal zijn om tot een gezamenlijk toekomstbeeld te komen dat enerzijds richtinggevend is, en op basis waarvan vervolgstappen kunnen worden gezet (programmatisch), maar dat tegelijk aansluit bij de bestaande dynamiek, mensen enthousiasmeert en mobiliseert en uitnodigt om mee te denken en te werken (explorerend en mobiliserend). Een visiedocument moet vooral een levend document zijn. Het betrekken van mensen bij de ontwikkeling van de gezamenlijke visie (mede-eigenaarschap organiseren) kan bijdragen aan borging in en de ontwikkeling van een bredere regionale beweging. (Methodieken als *Future search* kunnen daarbij behulpzaam zijn. Maar ook de ontwikkeling van een regionale E-community (in gezamenlijk beheer), kan een heel goed hulpmiddel zijn.)

In het vorige hoofdstuk zijn de inhoudelijke speerpunten aangereikt voor een regionale inclusieagenda. Daarbij werden als belangrijkste speerpunten genoemd:

- Goed en betaalbaar wonen;
- Organiseren van individuele, verbindende zorg;
- Psychische hulp en behandeling;
- Toegang tot en ondersteuning bij werk, onderwijs en inkomen;
- Ontmoeting, uitwisseling en 'emancipatie' (waaronder maatschappelijke initiatieven voor en door mensen met een psychische kwetsbaarheid).

Deze speerpunten kunnen dienen als een handvat voor het ontwikkelen van een gezamenlijke regionale visie op de stand van zaken in de regio, het gewenste toekomstperspectief, de te maken keuzen en de prioriteiten die daarin kunnen worden gesteld. Daarbij kunnen met betrekking tot die afzonderlijke speerpunten (of het geprioriteerde deel daarvan) de volgende hoofdvragen als leidraad dienen:

- Wat is de stand van zaken in de regio?
- Waar willen we naar toe?
- Wat is daarvoor nodig ?
- Welke ideeën, initiatieven en plannen in de regio kunnen daarbij helpen en verdienen versterking?
- Welke nieuwe acties, initiatieven zijn nodig?

Een nulmeting op onderdelen van de stand van zaken kan onderdeel zijn van de voorbereidingen op de totstandkoming van een gezamenlijke visie. Maar een uitgebreide inventarisatie kan ook bewerkelijk zijn en het uitblijven ervan moet geen reden zijn om op basis van beschikbare kennis, informatie en signalen tot gezamenlijke antwoorden en prioriteiten te komen.

### 2.2.2 Beweging en vernieuwing

De ontwikkeling en implementatie van een agenda voor sociale inclusie vragen ook om het genereren van energie en het scheppen van ruimte voor nieuwe initiatieven en voor de handelingsvrijheid die op de werkvloer, in wijken, etc., nodig zijn om van visie tot realiteit te komen. Ook daarin kan een regionale regiegroep, gegeven de bestaande bestuurlijke, financiële en organisatorische kaders, een belangrijke rol vervullen.

Belangrijk daarin is onder andere het actief mobiliseren van de kennis en ideeën en energie die al intrinsiek zowel bij professionals, (organisaties van) mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf en andere burgers in de regio (en in de wijken) aanwezig zijn. Dat vraagt om het identificeren en ondersteunen van nieuwe initiatieven en kansrijke ideeën, projecten en situaties. (Een regionaal stimuleringsfonds kan helpen om veelbelovende initiatieven een stap verder te brengen.)

'Change agents' kunnen in een regionale inclusieagenda belangrijke katalysatoren zijn. Daarbij kan worden gedacht aan gedreven, innoverende, ervaren en kundige professionals en ervaringsdeskundigen met een stevige voet in de praktijk én een stevige link naar management en bestuur. Change agents kunnen tussen praktijk, beleid en bestuur (regiegroep) de vertaalslag maken naar hetgeen nodig is om stappen verder te zetten, belemmeringen weg te nemen, kansen te benutten etc.. Daarbij zou het goed zijn als de betrokkenen voor een deel voor hun rol worden vrijgemaakt en zoveel als mogelijk 'positie' gegeven wordt. Change agents zouden gezamenlijk als een 'adviesclub' voor de regiegroep kunnen fungeren.

Belangrijk is daarnaast vooral het vanuit de regiegroep en vanuit bestuurlijk niveau meehelpen creëren van de handelingsruimte die nodig is om de mensen in de 'frontlinie' van de zorg, de medewerkers van bijvoorbeeld de huidige wijk- en FACT-teams, van de voor-en-door voorzieningen, maar ook medewerkers van andere publieke dienstverleners (woningverenigingen, welzijnsorganisaties, huisartsen, UWV) in de gelegenheid te stellen om van de gezamenlijke toekomstvisie realiteit te maken. In een inclusieagenda zal één van belangrijkste taken voor deze 'frontliniewerkers' zijn om verbindingen te leggen, zowel met en rondom individuele mensen met psychische kwetsbaarheid als bij het vormgeven aan 'verbindende' zorg en ondersteuning in de wijk en de regio. Daarbij is het zaak dat deze 'frontliniewerkers' ook zo veel mogelijk de positie en het mandaat krijgen om daarin met individuele cliënten en hun sociale netwerken en met andere dienstverleners tot goede plannen en een goede rolverdeling te komen, matchend met de wensen en behoeften van cliënten. Belangrijk is ook dat ruimte wordt geboden te improviseren, grenzen te verkennen en te vernieuwen. Financieringskaders, institutionele belangen en geïndividualiseerde bekostigings- en verantwoordingssystemen moeten daar zo min mogelijk bij in de weg zitten. Het is aan de regionale regiegroep om te bezien welke (bestuurlijke) acties en afspraken daarvoor nodig zijn (zie ook verder).

### *Proeftuinen*

Een belangrijk instrument in een sociale inclusieagenda (die in belangrijke mate ook een innovatie-agenda zal zijn) is de inrichting van 'proeftuinen'; plaatsen of wijken of praktijken waar geëxperimenteerd wordt met organisatievormen die veelbelovend zijn maar die te veel afwijken van de actuele organisatiestructuren in de regio om ze op de korte termijn regio-breed in te (kunnen) voeren.

Een voorbeeld zijn de proeftuinen die op dit moment in ontwikkeling zijn rond een 'geïntegreerde GGZ in de wijk'. Daarin wordt een substantieel deel van de kennis, menskracht en middelen die nu nog gebonden zijn aan separate, diagnose-specifieke en voor grote adherentiegebieden opererende zorgprogramma's (en klinische voorzieningen) binnen GGZ-instellingen overgeheveld naar maatschappelijk geïntegreerde GGZ-voorzieningen op wijkniveau. Daarbij gaat het bij voorkeur om zowel de Zvw-gefinancierde als Wmo-gefinancierde GGZ. De gedachte is dat een goed geoutilleerde GGZ op het niveau van de wijk (inclusief een beperkt aantal 'respijtplakken') het veel beter mogelijk maakt om de zorg en ondersteuning (maar ook preventie) vorm te geven in persoonlijke en 'organische' samenwerkingsverbanden tussen GGZ-professionals, mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf, hun sociale netwerken (waaronder familie) en netwerken van andere voorzieningen in de wijk (sociale wijkteams, andere voorzieningen in het sociale domein, huisartsen, voorzieningen op het gebied van participatie) (zie ook paragraaf 1.2.2 in bijlage 1). Een forse opwaardering en veel steviger rol van (maatschappelijke initiatieven) van mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf en van ervaringsdeskundigheid ('multi-deskundigheid') maakt ook een belangrijk onderdeel van de proeftuinen.

Proeftuinen zijn als gezegd met name daar aangewezen waar nieuwe, innovatieve organisatievormen veelbelovend zijn maar tegelijk ingrijpend afwijken van de bestaande structuren. De functie van de proeftuinen is daarbij het genereren van leermomenten. Maar belangrijk is ook dat ze tussen maar ook binnen betrokken organisaties (en zowel bij aanbieders als financiers) 'schuringen' en 'fricties' kunnen creëren die juist kunnen bijdragen aan het op gang brengen van beweging en vernieuwing.

Proeftuinen zouden bijvoorbeeld ook ingericht kunnen worden rond:

- Geïntegreerde financiering (vanuit Zvw-, Wmo- en re-integratie-middelen) van het brede pallet aan activiteiten dat nodig is om mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid (eventueel in specifieke wijk of regiogemeente) in de gelegenheid te stellen om deel te nemen aan het arbeidsproces (van 'werving' tot de individuele ondersteuning naar en bij betaald werk). Daarbij zou de inbreng in die geïntegreerde budgetten vanuit de verschillende financieringsstromen niet alleen gebaseerd kunnen/ moeten worden op de wettelijke kaders maar ook op de potentiële baten voor de afzonderlijke financiers (afname zorgkosten, afname uitkeringskosten);
- Ontwikkeling van een sociale arbeidsmarkt, bijvoorbeeld in de vorm van een wijkgebonden stelsel van onderlinge dienstverlening van mensen met een psychische of andere kwetsbaarheid;
- Een GGZ-wijkteam dat voor de helft bemenst wordt door ervaringsdeskundigen.

### 2.2.3 Programmering en planning

In een regionale agenda voor sociale inclusie gaat het niet alléén om *regionale* visies, initiatieven, etc. In de afgelopen jaren is een reeks aan landelijke richtlijnen, zorgstandaarden en 'generieke modules' ontwikkeld voor 'goede zorg, ondersteuning en behandeling' van mensen met een psychische kwetsbaarheid (zie de literatuurlijst: *Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ*). Een generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen is in voorbereiding. Richtlijnen en standaarden zijn geen 'voorschriften' voor individuele zorgtrajecten. Op individueel niveau is het zaak de zorg en ondersteuning ook/vooral af te stemmen op individuele wensen, omstandigheden etc.. Zorg en ondersteuning conform de landelijke richtlijnen en standaarden dient wel aangeboden te kunnen worden en derhalve *beschikbaar* te zijn. In die zin vormt een programmatische implementatie van die richtlijnen en standaarden voor 'goede zorg', aansluitend bij de initiatieven die daartoe al in de regio bestaan, een belangrijk onderdeel van een regionale inclusieagenda.

Een regionale agenda voor sociale inclusie vraagt ook om een gezamenlijke zorgplanning voor de middellange en lange termijn. Waaraan besteden we op dit moment in hoofdlijnen de beschikbare middelen (in veel regio's zal op dit moment het antwoord nog steeds luiden: intramurale zorg en beschermd wonen)? Waar willen we de beschikbare middelen vooral aan besteden? Daarbij is het zaak dat niet iedere financier (afzonderlijke zorgverzekeraars en afzonderlijke gemeenten) en iedere aanbieder die keuze voor zichzelf maakt. De keuze van de één beïnvloedt de omstandigheden (en kosten) van de ander. Het is dan ook zaak om ook die keuzen zoveel als mogelijk in gezamenlijkheid en op geleide van de gezamenlijke visie te maken.

Belangrijke keuzen betreffen onder andere de ambulantisering van de GGZ. Het *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ* laat zien dat bij de huidige landelijke afspraken en de huidige ontwikkelingen in een 'gemiddelde' regio slechts een marginale intensivering van ambulante GGZ zal kunnen plaatsvinden. Willen de partners in de regio het daarbij laten of vraagt de gezamenlijke visie om een verdergaande ambulantisering en intensivering/uitbreiding van de ambulante zorg? Gezamenlijke keuzen zijn ook aan de orde waar het gaat om de organisatiestructuur van die ambulante zorg. Voldoet (na een eventuele uitbreiding ervan) de bestaande infrastructuur met onder andere poliklinieken, FACT-teams, IHT-teams, Vip-teams, ambulante begeleiding, sociale wijkteams? Of is het streven om ook voor wat betreft de GGZ-voorzieningen te komen tot een meer geïntegreerde en wijkgerichte infrastructuur, waarbij middelen en menskracht zoveel mogelijk worden gedeconcentreerd naar en gebundeld in het wijkniveau (zie ook paragraaf 1.2.2 in bijlage 1)? In bijlage 3 wordt, bij wijze van hulpmiddel, een referentiekader voor regionale zorgplanning (en voor de daarbij behorende keuzen) uitgewerkt in de vorm van twee (gekwantificeerde) voorbeeldregio's. De voorbeeldregio's beschrijven respectievelijk a. een geïntensiveerd ambulant zorglandschap binnen de actuele organisatiestructuren en b. een zorglandschap van een geïntegreerde GGZ in de wijk.

Belangrijk voor de zorgplanning is ook dat beschikbare middelen vooral daar terecht komen waar de ondersteuningsbehoeften het grootst zijn. Ook binnen regio's en met name tussen wijken kunnen zich daarin grote verschillen voordoen. Enig zicht op de omvang van die verschillen is nodig om tot een zorgplanning te komen die daar ook recht aan doet. Dat geldt des te meer wanneer er voor wordt gekozen om een beweging te maken van gespecialiseerde voorzieningen op regioniveau naar meer generieke voorzieningen op wijkniveau. In bijlage 4 wordt een methodiek besproken voor het vaststellen van prevalenties in viercijferige postcodegebieden.

#### *Gezamenlijke aansturing en bijsturing van zorginkoop, bekostiging en financiering*

De ervaring leert dat het bij samenwerkingstrajecten goed is om niet onmiddellijk over geld te beginnen. Discussies over financiën kunnen iedere beweging en vernieuwing in de kiem smoren. Reden waarom samenwerking op de werkvloer vaak vloeiender verloopt dan bestuurlijke samenwerking. Toch vergt een regionale agenda voor sociale inclusie (en de daarbij passende zorgprogrammering) ook een gezamenlijke aansturing en bijsturing van de zorginkoop en de bekostiging en financiering van de zorg.

Belangrijk daarbij is dat afstemming rond zorginkoop en financiering niet alleen plaatsvinden vanuit de wettelijke taken en verplichtingen van de afzonderlijke financiers (met name zorgverzekeraars en gemeenten) maar ook (of vooral) vanuit het perspectief van de gezamenlijke 'returns on investments'. Symptomatisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand. De ondersteuning daarbij kan niet 'opgeknipt worden' ten behoeve van verschillende financieringskaders, maar vraagt om een integrale insteek.

Belangrijk is daarbij ook de vraag hoe de ruimte te creëren voor de mensen in de 'frontlinie' om datgene te doen wat nodig en wenselijk is rond individuele cliënten en rond de ontwikkeling van 'integrale zorg' en 'verbindende' ondersteuningsstructuren. Als gezegd vormen schotten tussen afzonderlijke financieringskaders, institutionele belangen, maar ook individuele bekostigings- en verantwoordingssystemen daar momenteel vaak belemmeringen voor. 'Rechtmatigheid' en verantwoording ('accountability') zijn belangrijke uitgangspunten maar zouden minder op het niveau van individuele ondersteuningstrajecten en meer op een geaggregeerd niveau georganiseerd en gewaarborgd kunnen worden. Systemen van geaggregeerde budgetten vooraf en financiële afrekening op basis van declaraties achteraf kunnen voor een deel de rigiditeit helpen doorbreken. Een stap verder is de integratie van middelen uit verschillende financieringskaders in bijvoorbeeld wijkgebonden budgetten. Geïntegreerde budgetten worden dan gekoppeld aan een integrale eindverantwoordelijkheid voor samenhangende en herstelondersteunende zorg in de wijk.

Belangrijk is verder dat continuïteit van zorg op individueel niveau en ruimte voor de ontwikkeling van 'verbindende zorg' in wijken en in de regio om meerjarige financieringsafspraken vragen (in plaats van jaarlijkse aanbestedingsprocedures, inkoopafspraken, etc.).

De ontwikkeling van een meer geïntegreerde en minder geïndividualiseerde bekostiging van de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid leent zich bij uitstek voor experimenten in de vorm van 'proeftuinen'.

#### **2.2.4 Leren en bijsturen**

Een regionale agenda voor sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid vraagt ten slotte om de inrichting van een regionale beleidscyclus. In die beleidscyclus wordt periodiek stil gestaan bij de vragen: Waar staan we? Waar willen we naar toe? In hoeverre moeten doelen of richting worden bijgesteld? Welke nieuwe kansen doen zich voor? Etc..

Dat vraagt ook om periodieke evaluaties. Een scala aan hulpmiddelen kan daarbij van dienst zijn, waaronder bijvoorbeeld focusgroepen, visitatiemethodieken, periodieke 'open' bijeenkomsten op wijk-, lokaal en regionaal niveau maar ook een meer kwantitatief volgsysteem.

Centraal in een dergelijk kwantitatief systeem zou de outcome-kant van de regionale agenda (of bijvoorbeeld van een specifieke proeftuin) moeten staan, ofwel: de (maatschappelijke) situatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun eigen oordeel daarover. Bestaande (landelijke en regionale) registratiesystemen kunnen daarbij van dienst zijn. Maar ook registratiesystemen van zorginstellingen (ROM) en periodieke peilingen naar het oordeel van mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf over hun kwaliteit van leven en de kwaliteit van de ondersteuning die ze ontvangen. Voor de zorgfinanciers kan het daarnaast van belang zijn om kwantitatieve ontwikkelingen aan de input- en proceskant van de zorg te volgen. Onder andere de vignettensystematiek kan daarbij van nut zijn.

#### **2.2.5 Praten en doen**

Eén van de belangrijkste uitdagingen bij de ontwikkeling en implementatie van een regionale agenda voor sociale inclusie (en daarmee ook één van de belangrijkste uitdagingen voor de regionale regiegroep) zal zijn het juiste evenwicht te vinden tussen 'praten' en 'doen'. De agenda moet niet uitmonden in een gestaag uitdijend vergadercircuit maar in een gestage verbetering van de sociale en maatschappelijke omstandigheden en de kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Regionale regie en regionale 'ontmoeting', verbinding, afstemming en overleg zijn voor dat laatste onontbeerlijk. Maar onontbeerlijk is ook de durf om elkaar te vertrouwen, de nek uit te steken, beslissingen te nemen en in actie te komen.

### **2.3 Landelijke voorwaarden en kaders**

Sociale inclusie moet in de levens van mensen, in de wijken en in de regio's plaatsvinden. Landelijke afspraken kunnen daarbij helpen. We noemen, ter afsluiting, daarvoor kort een aantal kernthema's.

De ontwikkeling van regionale agenda's is in de eerste plaats gebaat bij landelijke afspraken over een indeling en afbakening van die regio's en over de eindverantwoordelijken voor die agenda's. Koepelorganisaties

van financiers, GGZ-aanbieders en GGZ-cliënten stellen voor om de indeling van de centrumgemeenten te hanteren als regio-indeling en om desbetreffende centrumgemeenten en de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in die centrumgemeenteregio gezamenlijk eindverantwoordelijk te maken voor de ontwikkeling van een regionale agenda. Onderling kunnen gemeente en zorgverzekeraar besluiten wie daarin de operationele regie neemt. Geopperd wordt ook om tot landelijke afspraken te komen over de ingrediënten van een regionaal startdocument en de termijn waarbinnen in elke van die regio's een dergelijk startdocument gereed zou moeten zijn.

Daarnaast is de implementatie van regionale agenda's gebaat bij een landelijk aanspreekpunt voor ervaren belemmeringen in financierings- en bekostigingssystemen, wensen met betrekking tot 'flankerend' beleid rond wonen, werk en onderwijs, etc.. Een landelijke 'regiegroep sociale inclusie' zou die rol van landelijk aanspreekpunt kunnen vervullen. Voor de samenstelling van de regiegroep kan worden gedacht aan een vertegenwoordiging vanuit a. de ministeries van VWS, SZ&W, V&M en V&J, b. zorgfinanciers en zorgaanbieders en c. (ervaringsdeskundige) vertegenwoordigers van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Daarbij helpt het als de regiegroep ook de wegen kent en over het gezag beschikt om wensen en knelpunten vanuit de regio's op de departementen en op politiek niveau te kunnen agenderen (hoge insteek voor wat betreft de departementale vertegenwoordiging in de regiegroep). Een landelijke regiegroep zou ook de coördinatie op zich kunnen nemen van een landelijk uitwisselingsprogramma (zodat regio's van elkaar kunnen leren) met als onderdeel daarvan de ontwikkeling van een eenvoudige maar uniforme landelijke volgsystematiek (benchmark) voor de regionale ontwikkelingen. Een optie is ten slotte om de regiegroep enig mandaat te geven in het stimuleren, faciliteren en ondersteunen van regionale ontwikkelingen, bijvoorbeeld in de vorm van het beheer over een landelijk stimuleringsfonds c.q. innovatiefonds, samen te stellen vanuit de landelijke budgetten voor respectievelijk de (gezondheids-)zorg, maatschappelijke ondersteuning en re-integratie<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> De vraag in hoeverre actuele achterstanden in de uitbreiding en intensivering van de ambulante GGZ, mogelijke (financiële) fricties in het ambulantiseringstraject en het onbenut blijven van de budgettaire groei ruimte voor de GGZ in de afgelopen jaren, aanleiding zouden kunnen geven voor een gerichte, landelijke budgettaire 'inhaalslag', valt buiten het kader van dit handvat.

# Bijlage 3 Keuzen in de zorg: referentiekader voor regionale zorgplanning

<b>3.1 Inleiding</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Uitgangssituatie</b>	<b>33</b>
<b>3.3 Voorbeeldregio's</b>	<b>35</b>
3.3.1 Voorbeeldregio 1: intensivering 'state of the art' ambulante zorg	35
3.3.2 Voorbeeldregio 2: Geïntegreerde GGZ in de wijk	37
<b>3.4 Reikwijdte van het referentiekader</b>	<b>39</b>





## 3.1 Inleiding

De implementatie van een regionale agenda voor de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid vraagt, naast andere implementatietrajecten, ook om keuzen met betrekking tot programmering en planning. Welke middelen (financiën, capaciteit) willen we waarvoor inzetten?

### *'Dynamische afhankelijkheden'*

Bij die planningsvragen is het belangrijk om te beseffen dat op voorhand geen blauwdruk is te geven (laat staan te kwantificeren) van een maatschappelijk- en zorgstelsel dat volledig tegemoet komt aan wat nodig is voor de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. In de eerste plaats omdat we dan eerst zouden moeten afspreken wanneer we een dergelijk stelsel als 'klaar' beschouwen, ofwel wanneer we collectief vinden dat de sociale inclusie 'voltooid' of 'geslaagd' is. Is dat bijvoorbeeld als 30 % of als 40 % van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid een betaalde baan heeft; of willen we naar 70 %? Vinden we het voldoende als 'chroniciteit' met 20 % of 30 % wordt teruggedrongen of gaan we voor minstens 50 %? Streven we ernaar dat het gemiddelde rapportcijfer dat mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid aan hun kwaliteit van leven geven van de huidige krappe voldoende (6,2), naar een 6,5 gaat, of moet dat een 7 worden? Of gaan we door tot dat rapportcijfer op hetzelfde niveau ligt als dat van de algemene bevolking: een 7,8? Idem, de levensverwachting, verminderen van eenzaamheid, stigmatisering, de mate van persoonlijk herstel, etc..<sup>8</sup>

Een tweede reden waarom een 'blauwdruk' niet aan de orde is, is dat het bij een inclusieagenda om een proces gaat waarbij a. verschillende domeinen (zorg, wonen, werk, GGZ, sociaal domein) als communicerende vaten werken en b. veranderingen in de inzet vanuit die domeinen in de loop van het proces, ook van invloed zijn op die onderlinge afhankelijkheden. Een paar voorbeelden:

Op dit moment is de rol van sociale wijkteams in de ondersteuning van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid nog zeer beperkt (idem de toerusting<sup>9</sup>) en is nog vooral de GGZ aan zet als het gaat om het verbeteren van die zorg en ondersteuning.

Het is niet ondenkbaar dat sociale wijkteams in de toekomst meer voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid kunnen gaan betekenen naarmate zij over meer capaciteit beschikken én beter in staat zijn om zo nodig langdurige, intensieve, integrale en flexibele zorg te bieden; de noodzaak van de inzet van gespecialiseerde GGZ-teams zal dan mogelijk weer afnemen.

De Federatie Opvang heeft laten zien dat tenminste 10.000 betaalbare woningen in Nederland nodig zijn om uitstroom uit de opvang en het beschermd wonen te kunnen realiseren. Bij gelijkblijvende instroomcijfers in het BW en de Opvang zal die behoefte een steeds terugkerend gegeven zijn. Maar die behoefte zal afnemen naarmate meer wordt ingezet op oplossingen aan 'de voorkant'<sup>10</sup>.

Zorginstituut Nederland becijferde recent dat, waar tenminste 40.000 mensen met een psychische kwetsbaarheid graag per direct aan het werk zouden gaan, de huidige capaciteit van IPS (met 350 fte) volstrekt ontoereikend is om daar de benodigde/gewenste ondersteuning bij te kunnen bieden. Daarvoor is een verveelvoudiging van de IPS-capaciteit nodig. Wordt daar vol op ingezet en lukt het om mensen aan het werken te krijgen en te houden dan zal op termijn die behoefte aan IPS maar mogelijk ook andere zorg en ondersteuning weer afnemen.

---

8 Een optie is overigens wel om streefcijfers af te spreken (en periodiek te herijken) op deze 'uitkomstindicatoren' van een regionale inclusieagenda.

9 Paragraaf 1.3.3 in bijlage 1 liet zien dat de huidige ambulante GGZ-capaciteit nog ontoereikend is om mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid de benodigde zorg en ondersteuning te kunnen bieden (zie ook het vervolg van deze bijlage). De capaciteit van de sociale wijkteams blijft daar, voor een veel bredere doelgroep, op dit moment nog aanzienlijk bij achter. Een recente peiling onder het panel Psychisch Gezien (circa 2000 mensen met langdurige psychische problemen) laat zien dat slechts één op de tien panelleden wel eens met het sociale wijkteam te maken heeft gehad. De peiling laat ook zien dat de waardering van de panelleden voor de sociale wijkteams vooralsnog laag is (en aanzienlijk lager dan die voor bijvoorbeeld de FACT-teams). Eén en ander roept ook de vraag op of de werkwijze (veelal met een accent op relatief kortdurende ondersteuning en doorgeleiding naar andere zorgvoorzieningen) op dit moment aansluit bij wat nodig is voor deze doelgroep (integrale en zo nodig langdurige, flexibele zorg).

10 Afbouw van BW vraagt niet zozeer om meer uitstroom maar om het beperken van de instroom. Vanuit planningsoverwegingen is het dan ook niet zozeer (of niet alleen) de vraag in welke mate mensen (kunnen) uitstromen, maar vooral vanuit welke situaties mensen momenteel instromen (vanuit een eigen woning, vanuit een andere instelling, vanuit het ouderlijk huis, etc.).

Meer in het algemeen: naarmate het beter lukt de doelstellingen van sociale inclusie te realiseren, zal mogelijk ook de behoefte aan zorg afnemen. Omgekeerd is op dit moment juist een inhaalslag nodig, die vraagt om een forse intensivering van die zorg. Ook dat maakt dat een inclusieagenda niet kan varen op een (gekwantificeerd) statisch model van een nieuw maatschappelijk- en zorgstelsel; het gaat om een dynamisch proces met (liefst) gezamenlijke doelen binnen een voortdurend veranderende constellatie van onderlinge afhankelijkheden.

### *Keuzen in de zorg*

Eén en ander neemt niet weg dat in dat proces voortdurend keuzen gemaakt moeten worden. Die keuzen zijn ook op dit moment aan de orde. In deze bijlage staan we in het bijzonder stil bij de noodzakelijke keuzen met betrekking tot één van de centrale 'speerpunten' van een regionale inclusieagenda: de *zorg en ondersteuning* aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en in het bijzonder het aandeel van de (Zvw-, Wlz- en Wmo-gefinancierde) GGZ daarin.

Hoofdstuk 2 liet zien dat zowel de informele 'social resources' van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid als de professionele ondersteuning die zij ontvangen, vaak nog erg beperkt zijn. Velen zouden meer ondersteuning willen ontvangen. Voor professionele zorg zijn mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid momenteel in hoofdzaak aangewezen op de GGZ (andere voorzieningen zijn nog nauwelijks betrokken; zie ook voetnoot 5). Ook de intensiteit van de ondersteuning die mensen vanuit de GGZ ontvangen, is over het algemeen echter laag. Zelfs diegenen die van 'intensievere' GGZ-vormen gebruik maken zoals FACT, ontvangen gemiddeld niet meer dan één contact per week (zorg in crisisperiodes meegeteld). Hoofdstuk 2 liet ook zien dat die beperkte zorgintensiteit ook samenhangt met het beperkte aandeel van de ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in het totale budget voor de GGZ (zie ook de volgende paragraaf).

Een centrale vraag voor een regionale samenwerkingsagenda voor de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid is dan ook, zo werd vastgesteld in bijlage 1, hoe tot een steviger ondersteuningsstructuur voor betrokkenen te komen, die:

- a. Er is wanneer dat nodig is;
- b. Bijdraagt aan de ontwikkeling van de 'social resources' (en daar onderdeel van is);
- c. 'Integraal' is;
- d. Perspectiefvol is.

Daarmee staat de GGZ (samen met financiers en samenwerkingspartners) in hoofdlijnen voor twee keuzen:

1. In welke mate wil men inzetten op uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid?
2. In welke mate wil men inzetten op een (nog) meer geïntegreerde en in andere (ondersteunings-)netwerken ingebedde zorg en ondersteuning?

In deze bijlage worden bij wijze van referentiekader twee opties uitgewerkt met betrekking tot deze keuzen. Dat doen we aan de hand van twee voorbeeldregio's. Ook de beschrijvingen van deze voorbeeldregio's zijn geen blauwdrukken. Ze illustreren vooral de bandbreedtes voor de te maken keuzen (en daarmee de noodzaak om daarover tot regionale overeenstemming te komen).

Voorafgaand aan de beschrijving van de voorbeeldregio's wordt in de volgende paragraaf eerst stil gestaan bij de actuele stand van zaken rond inzet van capaciteit en middelen binnen de GGZ in het algemeen en de zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in het bijzonder<sup>11</sup>. Daarbij gaan we ook in op de verwachte consequenties van de huidige ambulantiseringafspraken voor de 'ambulante opbouw'.

---

<sup>11</sup> Een checklist voor het inventariseren van de huidige inzet van capaciteit en middelen binnen de GGZ in de regio, is opgenomen aan het eind van deze bijlage.

## 3.2 Uitgangssituatie

In totaal doen op jaarbasis circa 1 miljoen mensen een beroep op de GGZ. Circa 90 tot 92 % daarvan ontvangt uitsluitend ambulante zorg. Van deze circa 1 miljoen GGZ-gebruikers op jaarbasis heeft circa een vijfde (ofwel 200.000 mensen) te kampen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Ook van deze groep ontvangt het overgrote deel in hoofdzaak ambulante zorg; circa 10-12 % woont in een instelling of beschermende woonvorm; en op jaarbasis wordt circa 15 % van de mensen met ernstige psychische aandoeningen tijdelijk opgenomen.

Ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid wordt vanuit verschillende GGZ-voorzieningen geboden. In de meeste gevallen gaat het om zorg vanuit de algemene GGZ-voorzieningen. Een kleiner deel maakt gebruik van gespecialiseerde voorzieningen zoals de ACT-teams en de FACT-teams (circa 25 %) of de ambulante begeleiding vanuit de (voormalige) RIBW's (circa 10-15 %). In mindere mate spelen ook andere gespecialiseerde voorzieningen een rol, zoals Intensive Home Treatment (IHT), Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT) of Vroege Interventie bij Psychose (VIP). Verder maakt een deel gebruik van de ondersteuning door vrijgevestigde hulpverleners.

Vrijwel alle regio's in Nederland beschikken over FACT-teams en over Wmo-gefinancierde voorzieningen voor ambulante begeleiding. De VIP-teams dekken naar schatting de helft van alle regio's, de IHT-teams een kwart. Met name het aantal FACT-teams is in de afgelopen jaren snel gegroeid. Inmiddels telt Nederland circa 300 (gecertificeerde) teams. Een FACT-team heeft in doorsnee een werkgebied van circa 50.000 inwoners, een capaciteit van 10 fte en een caseload van ruim 200 cliënten (in totaal bieden de FACT-teams hulp aan 60.000 à 70.000 cliënten). Over de capaciteit en aantallen cliënten van ambulante begeleiding zijn geen goede cijfers voorhanden. Globale schattingen komen uit op een totaal van circa 25.000 mensen die individuele ambulante begeleiding ontvangen, circa 15.000 mensen die gebruik maken van ambulante groepsbegeleiding (dagactiviteitencentra; cijfers bevatten dubbelingen) en een totale capaciteit van circa 3000 fte aan ambulante woon- en activiteitenbegeleiders.

Ondanks de groei van FACT is het aandeel van de ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de totale GGZ-capaciteit c.q. GGZ-uitgaven beperkt (de groei van FACT betekent niet per se dat er meer ambulante capaciteit komt; het gaat primair om een andere organisatie van die capaciteit). De exacte actuele verdeling van de GGZ-middelen over verschillende categorieën van voorzieningen is na de overheveling van onderdelen daarvan naar gemeenten niet meer bekend. Tabel 1 geeft een overzicht van de verdeling van de middelen in 2014, het laatste jaar waarover wel gegevens beschikbaar zijn.

Tabel 1. Uitgaven Zvw- en AWBZ-gefinancierde GGZ in 2014 per 100.000 inwoners\*

	Uitgaven in miljoenen euro's per 100.000 inwoners	%
Klinische GGZ	15	38 %
Beschermd wonen totaal	6	18 %
Ambulante GGZ totaal	17	44 %
Ambulant Zvw niet-EPA**	12	32 %
Ambulant Zvw EPA	3	7 %
Ambulant AWBZ (nu Wmo)	2	5 %
Totaal	38	100 %

\* Schattingen op basis van de volgende bronnen: NZa, CBS, DJI, ZIN, Vektis, Trimbos-instituut.

\*\* Omwille van de 'herkenbaarheid' grijpen we in deze en de volgende tabellen terug op de term EPA (Ernstige Psychische Aandoening).

De tabel laat zien dat meer dan de helft van de GGZ-uitgaven (56 %) in 2014 wordt besteed aan klinische voorzieningen en voorzieningen voor beschermd wonen (tellen we de door het ministerie van Justitie

gefinancierde voorzieningen mee, dan gaat het om 59 % van de uitgaven). Per 100.000 inwoners telde Nederland in 2014 ruim 100 klinische plaatsen en circa 100 plaatsen voor beschermd wonen (inmiddels ligt het aantal klinische plaatsen vermoedelijk iets onder de 100). De ambulante zorg neemt 44 % van de uitgaven voor zijn rekening. Daarbij gaat het grotendeels om Zvw-gefinancierde ambulante GGZ aan mensen die niet tot de populatie van mensen met ernstige psychische kwetsbaarheid (c.q. 'ernstige psychische aandoeningen' - EPA) behoren. De ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid (inclusief de zorg vanuit de 'reguliere' GGZ-voorzieningen en alle - voormalige - AWBZ-gefinancierde begeleiding) neemt een aandeel in de totale uitgaven van de GGZ in van circa 12 %. Kijken we alleen naar de 'intensievere' zorgtrajecten, dan gaat het om niet meer dan circa 5 tot 6 %. Per saldo wordt dus maar een heel beperkt deel van de GGZ-uitgaven besteed aan ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.

### *Ambulantiseringsafspraken*

Een forse uitbreiding van de ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid is niet de enige voorwaarde voor het realiseren van de doelstellingen van een inclusieagenda, maar wel een onontbeerlijke. Eén manier om tot die ambulante uitbreiding te komen is om meer middelen ter beschikking te stellen aan de GGZ. Op puur economische gronden zou een dergelijke maatregel goed te verdedigen zijn. Lokkerbol e.a. becijferden dat iedere euro die wordt uitgegeven aan de GGZ de samenleving ruim 4 euro oplevert, met name aan vermeerderde arbeidsproductiviteit en verminderde uitgaven aan sociale uitkeringen (Lokkerbol e.a., 2011). (Zie ook voetnoot 8, in bijlage 2.)

Gegeven de budgettaire ontwikkelingen van de afgelopen jaren, gaan we vooralsnog echter niet uit van een substantiële groei van de beschikbare middelen. Per saldo vraagt uitbreiding van de ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid dan primair om een her-allocatie van middelen binnen de bestaande budgettaire kaders.

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken die ambulante opbouw mogelijk te maken door afbouw van klinische capaciteit. Daarbij zijn geen streefcijfers afgesproken over die ambulante opbouw, maar wel voor de klinische afbouw. Recent is in het *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ* doorgerekend welke intensivering van de ambulante zorg bij de huidige afspraken en ontwikkelingen mogelijk is (gegeven bovenstaande uitgangspunten met betrekking tot de budgettaire kaders). Daarbij is rekening gehouden met twee relevante actuele omstandigheden: de eerste is dat de beddenafbouw volgens verschillende bronnen gepaard blijkt te gaan met een intensivering (en daarmee kostenstijging) van de intramurale zorg (in relatieve maar ook in absolute zin). De tweede is dat de meeste gemeenten vooralsnog geen ingrijpende afbouw- c.q. substitutieplannen lijken te hebben met betrekking tot het beschermd wonen<sup>12</sup>. De conclusie in het advies luidde dat in een 'continueringscenario' en bij de huidige afspraken het aandeel van de ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de totale GGZ-uitgaven met in totaal niet meer dan circa 3 procentpunt zal toenemen ten opzichte van de situatie in 2014 (van circa 12 % naar circa 15 %).

### *Ambulantiseringscenario's*

In het advies werd dan ook vastgesteld dat een (veel) ambitieuzere her-allocatie van middelen nodig is om de doelstellingen van een inclusieagenda binnen bereik te brengen. Daarbij werden twee tentatieve scenario's geschetst.

- Het scenario 'intensivering ambulante opbouw': dit scenario gaat uit van een substantiële opschaling van de bestaande, gespecialiseerde ambulante voorzieningen voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, zodanig dat elk van deze voorzieningen aan de eigen standaarden kan voldoen (waaronder die voor de zorgintensiteit) en zodanig dat deze voorzieningen voor een aanzienlijk groter deel van deze populatie bereikbaar worden. Die opschaling wordt in dit scenario mogelijk gemaakt door verdere afbouw van de klinische capaciteit en door een begin te maken met de substitutie van het BW door (zo nodig intensieve) ambulante begeleiding. Het aandeel van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de totale (Zvw-, Wlz- en Wmo-gefinancierde) GGZ-uitgaven zou in dit scenario groeien van de huidige circa 12 % naar circa 30 %.

---

12 Gemeenten waren geen partij bij de ambulantiseringsafspraken in het kader van het Bestuurlijk Akkoord.

- Het scenario 'geïntegreerde GGZ in de wijk': in dit scenario wordt ingezet op een nog aanzienlijk verdergaande afbouw van opname- en BW-capaciteit en verdergaande intensivering van de ambulante zorg. Die intensivering moet het met name mogelijk maken (voldoende middelen en capaciteit vrij maken) om de zorg nog veel nadrukkelijker op een geïntegreerde en maatschappelijk ingebedde manier te organiseren op het niveau van (en in nauwe samenwerking met andere voorzieningen in) een wijk van 20.000 inwoners. Dat betekent dat alle ambulante zorg aan mensen met (een hoog risico op) een ernstige psychische kwetsbaarheid in dit scenario wordt geboden vanuit één GGZ-wijkvoorziening. Diverse functies en bestaande voorzieningen (vanuit verschillende financieringskaders) worden in het GGZ-wijkcentrum geïntegreerd. Het aandeel van deze ambulante wijkvoorzieningen in de totale GGZ-uitgaven zou in dit scenario uitkomen op circa 50 %.

In de volgende paragraaf worden, bij wijze van referentiekader, twee voorbeeldregio's beschreven, gebaseerd op de twee bovengenoemde scenario's. Vooraf zij nog eens benadrukt dat ook deze voorbeeldregio's 'tentatief' zijn: het zijn geen 'blauwdrukken', het zijn vooral illustraties van de bandbreedtes voor de te maken keuzen met betrekking tot de uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en de integratie en de maatschappelijke inbedding van die zorg en ondersteuning.

### 3.3 Voorbeeldregio's

Leidende vraag bij de beschrijving van de voorbeeldregio's is: hoe ziet op hoofdlijnen in de regio het GGZ-aanbod voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid eruit en welke middelen/capaciteit worden voor welke voorzieningen ingezet? Bij elk van de twee regio's wordt eerst aangegeven welke inhoudelijke keuzen de samenwerkingspartners in de regio maken (c.q. de 'regionale regiegroep' maakt). Vervolgens wordt aangegeven welke consequenties de regionale samenwerkingspartners daaraan verbinden voor de organisatie en capaciteit van de zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de regio.

In de praktijk verschillen regio's in omvang. Uitgaand van de centrumgemeenteregio's kan die omvang variëren van 200.000 tot 600.000 inwoners. In onderstaande beschrijving van de voorbeeldregio's worden zaken daarom niet gekwantificeerd in absolute aantallen per regio maar in termen van aantallen per 100.000 inwoners.

#### *Prevalentie*

Hoofdstuk 2 liet zien dat landelijk het aantal mensen met een 'ernstige psychische aandoening' (opgevat als mensen die in de voorafgaande vijf jaar tenminste enkele jaren te maken hebben gehad met een 'psychische aandoening' die gepaard is gegaan met 'ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren') wordt geschat op 250.000 tot 300.000. Dat zijn gemiddeld 1500 tot 1800 mensen per 100.000 inwoners. Daarnaast is er een, vanuit het oogpunt van het voorkómen van chroniciteit, belangrijke (maar niet scherp af te bakenen) groep die nog niet tot deze populatie behoort maar wel een hoog risico loopt daartoe te gaan behoren. Tellen we deze risicogroep mee, dan zou de 'doelpopulatie' gemiddeld per 100.000 inwoners uitkomen op grofweg 2500 mensen.

Feitelijke prevalenties kunnen per regio en met name per wijk echter aanzienlijk verschillen. In bijlage 4 wordt daarom een methodiek gepresenteerd (en verantwoord) waarmee aan de hand van algemeen toegankelijke sociaal-demografische, -geografische en -economische gegevens over wijkenmerken schattingen kunnen worden gemaakt van de (verschillen in relatieve) omvang van het aantal mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid ('ernstige psychische aandoening') tussen vier-cijferige postcode gebieden. Waar in de voorbeeldregio's wordt uitgegaan van de gemiddelde landelijke prevalentie, kan in de regio, aan de hand van deze prevalentieschattingen worden gezien of en hoe de capaciteit of het werkgebied van voorzieningen meer op maat van die lokale prevalenties kan worden aangepast.

#### 3.3.1 Voorbeeldregio 1: intensivering 'state of the art' ambulante zorg

In voorbeeldregio 1 spreken zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de regionale regiegroep af om uit te gaan van het huidige ambulante voorzieningenaanbod voor mensen met

een ernstige psychische kwetsbaarheid, maar dat voorzieningenaanbod substantieel en over de volle breedte van Zvw- en Wmo-gefinancierde voorzieningen op te schalen. Leidraad daarbij is dat a. de 'state of the art' voorzieningen voor deze populatie aan de eigen standaarden moeten kunnen voldoen (waaronder die voor de zorgintensiteit) en b. deze voorzieningen voor een groter deel van deze populatie bereikbaar worden.

Concreet spreken de partijen af om te komen tot een forse opschaling van FACT, van de ambulante begeleiding, maar ook tot een goede implementatie van VIP en IHT. Die opschaling moet mogelijk worden gemaakt door, met de extra inzet van FACT, IHT en ambulante begeleiding, in te zetten op het voorkómen van opnamen, maar vooral ook op snellere terugkeer naar huis bij opname<sup>13</sup>. Er wordt tijdens de opname niet gewacht tot de cliënt volledig is 'gestabiliseerd' (waarna deze weer in zijn oude situatie terugkeert); tijdens opname wordt, voor zolang als nodig, intensieve zorg thuis georganiseerd, die maakt dat de cliënt zo snel mogelijk weer thuis van een crisis kan herstellen. Daarmee wordt de benodigde opnamecapaciteit verder teruggebracht en kunnen betreffende middelen worden ingezet voor de uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg. De partijen spreken ook af dat de gemeente een begin maakt met de substitutie van het beschermd wonen door, zo nodig intensieve, ambulante begeleiding. Het wordt aan de gemeenten gelaten in welke mate de ambulante GGZ-begeleiders participeren in de sociale wijkteams. Daarbij blijven zorgverzekeraars de belangrijkste financiers van FACT, IHT en VIP en gemeenten van ambulante begeleiding.

Concreet spreken de partijen in voorbeeldregio 1 af om FACT uit te bouwen tot 4 teams per 100.000 inwoners (nu gemiddeld 2 teams). Daarbij gaat het om drie 'generieke' teams (elk met een werkgebied van ruim 30.000 inwoners) en 1 team voor specifieke doelgroepen. Ook wordt afgesproken dat de zorgverzekeraars investeren in uitbreiding van de kennis en capaciteit van de teams, met name op het gebied van psychologische deskundigheid, arbeidsdeskundigheid en ervaringsdeskundigheid. De FACT-teams krijgen daarmee ieder een omvang van 15 fte. Het streven is de caseload van elk team op circa 200 cliënten te houden, waarmee de caseload per fte op 12-15 cliënten komt (nu gemiddeld 20-25 cliënten per fte).

Crisishulp gaat in voorbeeldregio 1 geboden en georganiseerd worden in de vorm van Intensive Home Treatment. Daartoe wordt één IHT-team van 12 fte per deelregio van circa 100.000 inwoners geïnstalleerd. Crisisdiensten worden geïntegreerd in IHT. Met alle partijen in de regio wordt ook afgesproken dat het IHT-team de poortwachter wordt voor een psychiatrische opname. Afgesproken wordt ook dat het IHT-team buiten kantooruren ook de crisiszorg van de cliënten van de FACT-teams voor zijn rekening neemt. Voorbeeldregio 1 kiest ook voor opschaling van vroeginterventie bij psychose in de vorm van VIP-teams. Gekozen wordt voor VIP-teams van 10 fte, elk met een werkgebied van circa 150.000 inwoners.

Bovenstaande voorzieningen blijven in voorbeeldregio 1 in hoofdzaak gefinancierd worden door de zorgverzekeraars. De partners in de regio kiezen er als gezegd tegelijkertijd voor de klinische zorg terug te brengen. Waar Nederland op dit moment circa 100 klinische plaatsen (waarvan circa 60 kortdurende opnameplaatsen) per 100.000 inwoners telt, kiezen de partijen in voorbeeldregio 1 voor een opnamecapaciteit van 60 á 70 klinische plaatsen (waarvan 30 á 40 voor kortdurende opnamen) per 100.000 inwoners.

De gemeenten in voorbeeldregio 1 zijn verantwoordelijk voor het beschermd wonen en blijven daarnaast en in afstemming met enerzijds bovenstaande Zvw-gefinancierde voorzieningen en anderzijds de sociale wijkteams, ambulante begeleiding bieden aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Daarbij kiezen de gemeenten ervoor om de BW-capaciteit voor een deel te substitueren door ambulante capaciteit. Waar Nederland op dit moment circa 100 BW plaatsen per 100.000 inwoners telt, kiezen de gemeenten in voorbeeldregio 1 voor een BW-capaciteit van 60 à 70 plaatsen per 100.000 inwoners. De middelen en menskracht die daarmee vrijkomen (grotendeels 30 à 40 fte per 100.000 inwoners) worden anders en meer bij mensen thuis ingezet (en zo nodig met eenzelfde intensiteit als in de huidige BW-voorzieningen).

De verschillende ambulante voorzieningen blijven vanuit hun eigen locaties en elk voor de eigen werkgebieden en cliëntèle werken. Waar cliëntèle overlapt (of cliënten van meer voorzieningen gebruik maken), vindt afstemming rond betreffende cliënten plaats tussen de betrokken voorzieningen. Idem de samenwerking met huisartsen, POH-GGZ en wijkteams in de regio.

---

<sup>13</sup> Afbouw van klinische capaciteit vraagt niet per se om minder opnamen; veel effectiever is (het mogelijk maken van) bekorting van de gemiddelde opnameduur.

Clïëntgestuurde projecten, herstelacademies, zelfregiecentra, etc., laten zich niet 'van bovenaf' implementeren. Wel kunnen initiatieven worden gefaciliteerd. Zorgverzekeraars en gemeenten in voorbeeldregio 1 spreken af om gezamenlijk de middelen te reserveren om per 100.000 inwoners 15 fte aan (ervaringsdeskundige) menskracht in te kunnen zetten in cliëntgestuurde voorzieningen, herstelacademies, etc..

Met bovenstaande ambulante infrastructuur voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zal in voorbeeldregio 1 een groter deel van de populatie op een intensievere manier dan nu gebruikelijk is, ondersteund kunnen worden. Niettemin zal een deel nog steeds gebruik willen maken, zoals ook nu gebeurt, van reguliere poliklinische zorg vanuit de instellingen of zorg door vrijevestigden. Die mogelijkheid blijft er.

De partijen in voorbeeldregio 1 zijn bij bovenstaande her-allocatie van middelen en menskracht uitgegaan van de actuele gemiddelde GGZ-uitgaven per 100.000 inwoners in Nederland (circa 38 miljoen euro). De uiteindelijke verdeling van dat totale GGZ-budget over de verschillende hoofdcategorieën van voorzieningen ziet er in voorbeeldregio 1 bij benadering als volgt uit:

Tabel 2. Globale uitgavenverdeling GGZ in voorbeeldregio 1

	Actuele uitgangssituatie		Voorbeeldregio 1	
	In euro's per 100.000 inwoners	In %	In euro's per 100.000 inwoners	In %
Klinisch	12	38 %	11	27,5 %
BW	6	18 %	5	12,5 %
Ambulant EPA*	5	12 %	11	30 %
Ambulant overig	12	32 %	11	30 %
<b>Totaal</b>	<b>38</b>	<b>100 %</b>	<b>38</b>	<b>100 %</b>

\* Inclusief alle ambulante GGZ-begeleiding Wmo

### 3.3.2 Voorbeeldregio 2: Geïntegreerde GGZ in de wijk

In voorbeeldregio 2 kiezen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de regionale regiegroep gezamenlijk voor a. een nog verdere opschaling van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en b. een 'kanteling' van de organisatie van die zorg naar een volledig geïntegreerde GGZ in de wijk. Dat betekent dat zo min mogelijk wordt gewerkt met verschillende teams voor verschillende zorgfuncties (woonbegeleiding, 'integrale zorg', vroegsignalering, crisishulp etc.), elk met (voor een deel) eigen financiers, eigen locaties en eigen werkgebieden. In plaats daarvan worden die zorgfuncties en zorgvormen (zoals nu nog geboden onder noemers van FACT, IHT, VIP, ambulante begeleiding, etc.) maximaal gebundeld en geïntegreerd binnen één, door zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijk gefinancierde voorziening en wordt die voorziening georganiseerd vanuit één locatie per wijk van circa 20.000 inwoners.

De overweging van de partners in voorbeeldregio 2 is dat een dergelijke GGZ-wijkvoorziening er voor zorgt dat één van de belangrijkste belemmeringen voor een samenhangende en verbindende zorg en ondersteuning zoveel mogelijk wordt weggenomen: de fysieke en institutionele afstanden tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en cliënten. Het minimaliseren van die afstanden zorgt voor een maximale onderlinge toegankelijkheid, onderlinge betrokkenheid en de betrokkenheid bij mensen met een psychische kwetsbaarheid in de wijk, hun sociale netwerken (waaronder familie) en netwerken van andere voorzieningen in de wijk (sociale wijkteams, andere voorzieningen in het sociale domein, huisartsen, voorzieningen op het gebied van participatie). De geïntegreerde GGZ in de wijk is in de ogen van de regionale samenwerkingspartners dan ook geen 'op zichzelf staande' voorziening. Integendeel, het is een organisatievorm die er juist voor moet zorgen dat ondersteuning nog veel beter gestalte kan worden gegeven in samenwerking met anderen, met de netwerken rondom cliënten en op die plaatsen en momenten waarop die zorg nodig is. De geïntegreerde GGZ in de wijk moet ook de voorwaarden optimaliseren voor een samenwerkingscultuur op wijkniveau die gebaseerd is op 'gezamenlijkheid', reciprociteit en multi-deskundigheid (waaronder in belangrijke mate ook ervaringsdeskundigheid).

De partijen in voorbeeldregio 2 zijn van mening dat een wijkgerichte GGZ conform deze organisatieprincipes alleen haalbaar is als middelen en menskracht zo min mogelijk worden verkokerd en maximaal worden geïntegreerd en gebundeld op wijkniveau. Ook de middelen die nu nog worden bestemd voor 'institutionele zorg' in klinische voorzieningen en het beschermd wonen moeten zoveel mogelijk worden geheralloceerd naar een maatschappelijk ingebedde en geïntegreerde GGZ-infrastructuur in de wijk, zo wordt besloten.

Concreet besluiten de partijen in voorbeeldregio 2 om in te zetten op een 24x7 uur toegankelijke ambulante wijkinfrastructuur (GGZ-wijkcentrum) met een capaciteit van 40 fte op een wijkomvang van 20.000 inwoners (primair gefinancierd vanuit Zwv en Wmo). Daarmee wordt circa de helft van de totale beschikbare GGZ-capaciteit c.q. de totale GGZ-uitgaven ingezet in de geïntegreerde GGZ in de wijk.

De wijkcentra krijgen een integrale gebiedsverantwoordelijkheid, in het bijzonder voor de zorg en ondersteuning aan alle wijkbewoners met een psychische kwetsbaarheid voor wie het wenselijk is om de ondersteuning gemakkelijk op- en af te kunnen schalen en zonder schotten over levensdomeinen heen te kunnen bieden. (Cliënten zelf kunnen desgewenst wel gebruik maken van voorzieningen van wijkcentra buiten de eigen wijk.) Dan gaat het voor een belangrijk deel om de populatie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, maar ook om mensen bij wie 'chroniciteit' nog niet aan de orde is, maar die daar wel een (hoog) risico op lopen. In het kader van deze integrale gebiedsverantwoordelijkheid vervullen de GGZ-wijkcentra, in samenwerking met andere voorzieningen in de wijk, ook een signalerende en preventieve functie.

De wijk-GGZ biedt niet alleen zorg (van 'woonbegeleiding' tot 'arbeidsrehabilitatie'); belangrijke functies zijn ook het faciliteren van ontmoeting, peer support (waaronder 'digitale community support'), netwerkontwikkeling in de wijk, uitwisseling, contacten met huisartsen, participatievoorzieningen, wijkagent, etc.. De wijk-GGZ participeert ook maximaal in de sociale wijkteams. Daarnaast faciliteert de wijk-GGZ, ook voor mensen met een minder ernstige kwetsbaarheid, de ontwikkeling van onderlinge steunnetwerken, ook om de afhankelijkheid van professionele zorg terug te dringen. De partijen in voorbeeldregio 2 kiezen daarbij expliciet een groeimodel voor wat betreft zijn sociale en emancipatoire wijkfunctie. Vanuit dat groeimodel is het streven om, met de beschikbare capaciteit, onder andere toe te werken naar het fors vergroten van het aandeel ervaringsdeskundigen in het medewerkersbestand en het faciliteren van de ontwikkeling van cliëntgestuurde initiatieven.

De partijen in voorbeeldregio 2 kiezen er voor om binnen de 'generieke' wijk-GGZ en naast bovenstaande functies, twee bijzondere aandachts-teams te formeren: een aandachts-team voor jeugdige jongvolwassenen, dat vooral samenwerkt met scholen, de jeugdzorg en andere jeugdvoorzieningen (clubs) in de wijk (en zo nodig naburige wijken); en een aandachts-team ACT/FACT, dat verantwoordelijk is voor de zorg aan de circa 80 tot 100 mensen in de wijk met de meest ernstige kwetsbaarheden, voor wie met grote frequentie intensieve zorg nodig is. De precieze omvang van de respectievelijke teams wordt binnen de kaders van de beschikbare middelen afgestemd op de samenstelling van de wijk.

Ook crisiszorg wordt georganiseerd vanuit het GGZ-wijkcentrum. Het wijkcentrum (inclusief de aandachts-teams) beschikt over een aantal IHT-specialisten, die vooral een interne consultatieve functie hebben maar ook zelf in de directe (crisis)zorg kunnen worden ingeschakeld. Meer specifieke en gespecialiseerde (psychologische en psychotherapeutische) vormen van ambulante zorg voor zowel mensen met een ernstige als met een minder ernstige psychische kwetsbaarheid blijven wijk-overstijgend werken (waarbij een deel van die zorg wel gesitueerd kan zijn in de wijkcentra).

De institutionele zorg in de vorm van klinische voorzieningen en het beschermd wonen worden door de partijen in voorbeeldregio 2 tot een minimum beperkt; waar Nederland op dit moment circa 100 klinische plaatsen (waarvan circa 60 kortdurende opnameplaatsen) en 100 BW plaatsen per 100.000 inwoners telt, kiezen de samenwerkingspartners in voorbeeldregio 2 voor een opnamecapaciteit van 40 klinische plaatsen (waarvan 20 voor kortdurende opnamen) en een BW-capaciteit van 30 à 35 plaatsen per 100.000 inwoners. Opnameplaatsen worden voor een deel ook georganiseerd in de vorm van enkele respitplaatsen in de wijk en gelieerd aan het GGZ-wijkcentrum. Waar opnamevoorzieningen op regionaal niveau in stand worden gehouden, wordt gewerkt met een organisatie-model waarbij betreffende voorzieningen zo min mogelijk worden bemenst met 'vaste intramurale medewerkers' maar waarbij de wijkcentra bij opnamen vanuit de wijk, diensten leveren aan deze opnamevoorzieningen.



De partijen in voorbeeldregio 2 zijn bij bovenstaande capaciteitscijfers uitgegaan van de actuele gemiddelde GGZ-uitgaven per 100.000 inwoners in Nederland (circa 38 miljoen euro per 100.000 inwoners). De uiteindelijke verdeling van dat totale GGZ-budget over de verschillende hoofdcategorieën van voorzieningen ziet er in voorbeeldregio 2 bij benadering als volgt uit:

Tabel 3. Globale uitgavenverdeling GGZ in voorbeeldregio 2

	Actuele uitgangssituatie		Voorbeeldregio 2	
	In euro's per 100.000 inwoners	In %	In euro's per 100.000 inwoners	In %
Klinisch	15	38 %	8	20 %
BW	6	18 %	2	5 %
Ambulant EPA*	5	12 %	19	50 %
Ambulant overig	12	32 %	9	25 %
<b>Totaal</b>	<b>38</b>	<b>100 %</b>	<b>38</b>	<b>100 %</b>

\* In voorbeeldregio 2 wordt het afbakeningscriterium voor deze categorie voorzieningen feitelijk niet meer gedefinieerd in termen van al dan niet 'EPA', maar in termen van de (potentiële) behoefte van de cliënt aan geïntegreerde zorg.

### 3.4 Reikwijdte van het referentiekader

In dit referentiekader zijn de keuzen met betrekking tot de regionale zorgplanning benaderd als her-allocatie- en voor een deel ook als reorganisatievraagstukken. De verdeling van de middelen over verschillende categorieën voorzieningen en de organisatie van die voorzieningen zijn daarbij in essentie kwesties van gezamenlijke *maatschappelijke* en *zorginhoudelijke* keuzen. De voorbeeldregio's laten zien dat, in termen van die organisatie en her-allocatie, de bandbreedten voor de te maken keuzen groot zijn.

Beide voorbeeldregio's kiezen daarbij voor een ingrijpender her-allocatie dan bij de huidige landelijke ontwikkelingen en ambulantiseringsovereenkomsten zal plaatsvinden. Daarbij maken de samenwerkingspartners in voorbeeldregio 1 in die zin 'haalbaarder' keuzen waarbij het vooral gaat om het 'gelijk' optrekken en intensieve samenwerking van alle betrokken partijen en niet per se om ingrijpende reorganisaties over de grenzen van de verschillende bestaande voorzieningen en financieringskaders heen. Voorbeeldregio 2 - geïnspireerd op de toekomstvisie zoals die wordt verbreid onder de noemer van De Nieuwe GGZ - vraagt niet alleen meer in termen van her-allocatie van middelen maar, binnen de huidige financieringsstructuren, ook in termen van samenwerking tussen financiers en van organisatorische veranderingen binnen de GGZ. Daarmee is voorbeeldregio 2 overigens nog geen onhaalbaar 'vergezicht': op verschillende plaatsen in Nederland zijn momenteel proeftuinen (proefwijken) in voorbereiding rond dit concept van een geïntegreerde GGZ in de wijk.

De voorbeeldregio's geven slechts een grove indicatie van de te maken keuzen bij de zorgplanning en zorgorganisatie in het kader van een regionale inclusieagenda. Allerhande tussenvormen en varianten zijn denkbaar. Bij de keuzen binnen de GGZ spelen ook regionale ontwikkelingen rond andere domeinen een rol (zie paragraaf 1). Van belang is verder dat ook uitgangssituaties per regio in werkelijkheid aanzienlijk kunnen verschillen. Zo is in de voorbeeldregio's uitgegaan van de actuele 'gemiddelde' GGZ-budgetten per 100.000 inwoners. In werkelijkheid lopen de actuele GGZ-uitgaven en GGZ-budgetten per regio fors uiteen. Interregionale herschikking van middelen (niet alleen in het kader van de Wmo, maar ook in het kader van de Zvw) is dan een optie, maar vraagt om landelijke coördinatie.

Het referentiekader c.q. de voorbeeldregio's illustreren vooral dat er, gegeven de actuele budgettaire kaders, voor de GGZ en de samenwerkingspartners in de regio's veel te kiezen valt als het gaat om de intensivering en integratie van de zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Daarmee illustreren ze met name dat het van belang is dat expliciete en *gezamenlijke* keuzen worden gemaakt om ook vanuit de GGZ en samen met anderen, maximaal te kunnen bijdragen aan de sociale inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid.



# Checklist Capaciteit en uitgaven regionale GGZ-voorzieningen

Deze checklist kan gebruikt worden om, nadat overzicht verkregen is van de aanbieders die zich in de regio inzetten voor mensen met EPA, in gezamenlijkheid een snel en globaal overzicht te maken van de GGZ-voorzieningen die er zijn en wat de omvang van deze voorzieningen is (in fte, plaatsen en/of euro's). De checklist is niet bedoeld om een zeer gedetailleerd beeld van het zorglandschap voor mensen met EPA te genereren, noch om het toekomstige landschap mee te bepalen.

Voorziening		Omvang in Fte, plaatsen en/of euro's
<i>Ambulante GGZ</i>	<i>Totaal</i>	
	POH-GGZ	
	Basis GGZ	
	Specialistische GGZ (totaal)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FACT</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IHT</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIP</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante begeleiding</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geïntegreerde wijkvoorzieningen</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere ambulante GGZ-voorzieningen vooral voor mensen met EPA</li> </ul>	
<i>Intramurale GGZ</i>	<i>Totaal</i>	
	Voorzieningen voor het eerste opnamejaar	
	Voorzieningen voor langdurig verblijf	
	Beschermd wonen	
	Justitiële intramurale voorzieningen	
	Overig	



## Bijlage 4 Methodiek lokale prevalentieschatting ernstige psychische aandoeningen

In deze bijlage wordt een praktische methodiek gepresenteerd en toegelicht waarmee de zorgprevalentie van ernstige psychische aandoeningen (EPA-zorgprevalentie) op jaarbasis kan worden geschat onder de volwassen inwoners ( $\geq 18$  jaar) van een 4-cijferig postcodegebied (PC4 gebied).

Volgens een gangbare schatting is de EPA-zorgprevalentie binnen de GGZ ongeveer 1,3% van de bevolking, ofwel 216.000 (Delespaul e.a., 2013). Daaronder zijn naar schatting 31.000 jeugdigen ( $< 18$  jaar), 160.000 volwassenen tussen de 18 en 64 jaar en 26.000 ouderen ( $> 65$  jaar). Een onbekend deel van de mensen met EPA is niet in zorg bij de GGZ; dit wordt geschat op 25% van de populatie, wat de populatieprevalentie op 281.000 (of 1,7% van de bevolking) brengt.

Om binnen een regio de populatie te schatten om de benodigde zorg en ondersteuning te plannen, geven deze cijfers onvoldoende houvast. Er is een grote regionale en met name lokale variatie, met urbanisatiegraad als meest bekende factor. In dichtbevolkte steden is de EPA-zorgprevalentie meestal groter dan op het platteland.

Op basis van werkelijke gegevens over buurtkenmerken en zorggebruik heeft het Trimbos-instituut een schattingsmodel ontwikkeld voor de EPA-zorgprevalentie op PC4-niveau. Dit betreft volwassenen van 18 jaar en ouder, en neemt ook het langdurig gebruik van bepaalde medicatie (zoals antipsychotica) en het zorgproduct chronisch binnen de generalistische basis GGZ mee.

### Methodiek

Het voorspellen van de EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied gebeurt op basis van vier, algemeen toegankelijke, kenmerken van een PC4 gebied:

- a) *Mate van stedelijkheid*, zoals gebaseerd op de gemiddelde omgevingsadressendichtheid of OAD binnen een PC4 gebied<sup>14</sup>. Er worden vijf categorieën van stedelijkheid onderscheiden:
  - *Niet stedelijk PC4 gebied*: gemiddelde OAD van minder dan 500 adressen per km<sup>2</sup>.
  - *Weinig stedelijk PC4 gebied*: gemiddelde OAD van 500 tot 1.000 adressen per km<sup>2</sup>.
  - *Matig stedelijk PC4 gebied*: gemiddelde OAD van 1.000 tot 1.500 adressen per km<sup>2</sup>.
  - *Sterk stedelijk PC4 gebied*: gemiddelde OAD van 1.500 tot 2.500 adressen per km<sup>2</sup>.
  - *Zeer sterk stedelijk PC4 gebied*: gemiddelde OAD van 2.500 of meer adressen per km<sup>2</sup>.
- b) *% eenpersoonshuishoudens*: het percentage particuliere huishoudens in een PC4 gebied dat uit één persoon bestaat.
- c) *% inwoners met een WWB-uitkering*: het percentage inwoners (van willekeurig welke leeftijd) van een PC4 gebied dat een uitkering ontvangt op het grond van Wet werk en bijstand.
- d) *% inwoners met een AO-uitkering*: het percentage inwoners (van willekeurig welke leeftijd) van een PC4 gebied dat een uitkering ontvangt in het kader van op grond van arbeidsongeschiktheidswetten (zoals WIA, WAO, WAZ, Wajong en Wet Wajong).

<sup>14</sup> De OAD wordt uitgedrukt in adressen per vierkante kilometer en beoogt de mate van concentratie van menselijke activiteiten (wonen, werken, naar school gaan, winkelen, uitgaan etc.) weer te geven. Zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen>

Afhankelijk van de stedelijkheid van een PC4 gebied, wordt één van de vijf hieronder gepresenteerde rekensommen gemaakt om te komen tot een voorspelde EPA-zorgprevalentie op jaarbasis per 1.000 volwassen inwoners (≥18 jaar) van het betreffende PC4 gebied:

**I: Niet stedelijk PC4 gebied<sup>15</sup>:**

PC4 kenmerk					
% eenpersoonshuishoudens:	.... %	x	0,1574	=	....
% inwoners met een WWB-uitkering:	.... %	x	0,9021	=	....
% inwoners met een AO-uitkering:	.... %	x	0,6106	=	....
					2,0722
<b>Voorspelde EPA-zorgprevalentie per 1.000 inwoners (≥18 jaar) per jaar:</b>					....

**II: Weinig stedelijk PC4 gebied:**

PC4 kenmerk					
% eenpersoonshuishoudens:	.... %	x	0,1574	=	....
% inwoners met een WWB-uitkering:	.... %	x	0,9021	=	....
% inwoners met een AO-uitkering:	.... %	x	0,6106	=	....
					3,1802
<b>Voorspelde EPA-zorgprevalentie per 1.000 inwoners (≥18 jaar) per jaar:</b>					....

**III: Matig stedelijk PC4 gebied:**

PC4 kenmerk					
% eenpersoonshuishoudens:	.... %	x	0,1574	=	....
% inwoners met een WWB-uitkering:	.... %	x	0,9021	=	....
% inwoners met een AO-uitkering:	.... %	x	0,6106	=	....
					4,1876
<b>Voorspelde EPA-zorgprevalentie per 1.000 inwoners (≥18 jaar) per jaar:</b>					....

**IV: Sterk stedelijk PC4 gebied:**

PC4 kenmerk					
% eenpersoonshuishoudens:	.... %	x	0,1574	=	....
% inwoners met een WWB-uitkering:	.... %	x	0,9021	=	....
% inwoners met een AO-uitkering:	.... %	x	0,6106	=	....
					5,2911
<b>Voorspelde EPA-zorgprevalentie per 1.000 inwoners (≥18 jaar) per jaar:</b>					....

**V: Zeer sterk stedelijk PC4 gebied:**

PC4 kenmerk					
% eenpersoonshuishoudens:	.... %	x	0,1574	=	....
% inwoners met een WWB-uitkering:	.... %	x	0,9021	=	....
% inwoners met een AO-uitkering:	.... %	x	0,6106	=	....
					6,8316
<b>Voorspelde EPA-zorgprevalentie per 1.000 inwoners (≥18 jaar) per jaar:</b>					....

De voorspelde EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied kan worden uitgedrukt in een absoluut aantal:

Voorspeld aantal volwassen inwoners (≥18 jaar) van een PC4 gebied dat op jaarbasis een EPA heeft én GGZ-zorg ontvangt = (Voorspelde EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied x aantal inwoners (≥18 jaar) van een PC4 gebied) / 1.000

<sup>15</sup> Erratum maart 2017: de rekensom voor Niet stedelijk PC4 gebied is aangepast.

## Voorbeeld

Kenmerken van een fictief PC4 gebied:

- Matig stedelijk
- % eenpersoonshuishoudens: 23,14%
- % inwoners met een WWB-uitkering: 5,60%
- % inwoners met een AO-uitkering: 3,45%
- Inwoners ( $\geq 18$  jaar): 3.917

III: Matig stedelijk PC4 gebied:

PC4 kenmerk					
% eenpersoonshuishoudens:	23,14%	x	0,1574	=	3,6422
% inwoners met een WWB-uitkering:	5,60%	x	0,9021	=	5,0518
% inwoners met een AO-uitkering:	3,45%	x	0,6106	=	2,1066
					4,1876
<b>Voorspelde EPA-zorgprevalentie per 1.000 inwoners (<math>\geq 18</math> jaar) per jaar:</b>					<b>14,99</b> +

Voorspeld aantal volwassen inwoners ( $\geq 18$  jaar) dat op jaarbasis een EPA heeft én GGZ-zorg ontvangt =  $(14,99 \times 3.917) / 1.000 = 59$

## Toepassing

Met behulp van de gepresenteerde methodiek kan op betrekkelijk eenvoudige wijze inzicht worden verkregen in hoeverre PC4 gebieden binnen een bepaald stadsdeel, een bepaalde gemeente of een grotere regio verschillen in termen van voorspelde EPA-zorgprevalentie. Deze informatie is bruikbaar voor de zorgplanning op deze verschillende schaalniveaus.

Benadrukt dient te worden dat dit model een voorspelling geeft van de EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied die kan verschillen van de werkelijke zorgprevalentie. Aan de hand van onderstaande tabel kan een indruk worden verkregen van de grootte van de verschillen tussen de werkelijke en de voorspelde EPA-zorgprevalenties, uitgaande van de gegevens over 2014 waarop de voorspellingsmethode is gebaseerd. In de meerderheid van de gevallen is het verschil tussen de werkelijke en voorspelde EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied betrekkelijk klein. Zo ligt bijvoorbeeld in driekwart van de gevallen de werkelijke EPA-zorgprevalentie hooguit ruim 4% onder of boven de voorspelde EPA-zorgprevalentie.

Het verschil tussen de werkelijke en de voorspelde EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied in 2014 (per 1.000 inwoners van 18 jaar e.o.):	Ondergrens	Bovengrens
... ligt in 25% van de gevallen ergens tussen:	-1,7	0,6
... ligt in 50% van de gevallen ergens tussen:	-2,8	2,1
... ligt in 75% van de gevallen ergens tussen:	-4,4	4,7
... ligt in 90% van de gevallen ergens tussen:	-6,3	8,3
... ligt in 95% van de gevallen ergens tussen:	-7,8	11,1

Echter, in een deel van de gevallen is het verschil tussen de werkelijke en de voorspelde EPA-zorgprevalentie aanzienlijk. Dit komt omdat de mate van stedelijkheid, het percentage eenpersoonshuishoudens en de percentages WWB- en AO-uitkeringsgerechtigden niet de enige bepalende factoren zijn voor EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied. De feitelijke zorgprevalentie kan afwijken, omdat er in de bewuste regio bijvoorbeeld een grote GGZ-locatie is. De voorspelde EPA-zorgprevalentie zal in dat geval lager zijn dan de werkelijke EPA-zorgprevalentie.

Andersom kan de voorspelde EPA-zorgprevalentie in een PC4 gebied substantieel hoger zijn de werkelijke EPA-zorgprevalentie. Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat in dit gebied personen met EPA mogelijk minder goed worden bereikt door de GGZ, iets wat verdere exploratie behoeft.

## Verantwoording

Een uitgebreide verantwoording van het bepalen van de voorspellingsmethode is te zijner tijd opvraagbaar bij de auteurs.

Kort gezegd is voor het ontwikkelen van de methodiek een koppeling gemaakt tussen landelijk dekkende gegevens van Vektis over EPA-zorgprevalenties op het niveau van PC4 gebied in 2014 en gegevens van het CBS over diverse sociaal-demografische, -economische en -geografische kenmerken van PC4 gebieden in 2014.<sup>16</sup>

De EPA-zorgprevalenties in PC4 gebieden zijn bepaald aan de hand van een afbakeningsmethode op basis van beschikbare declaratiegegevens van Vektis inzake DBC's, ZZP's, zorgproducten en geneesmiddelenverstrekkingen. Deze afbakeningsmethode betreft een verfijning en uitbreiding van de operationalisering die Vektis sinds enkele jaren toepast voor schattingen van de zorgprevalentie van EPA. De verfijnde en uitgebreide afbakeningsmethode is gezamenlijk door het Trimbos-instituut en Vektis vastgesteld en houdt ook rekening met personen van 65 jaar en ouder, personen die langdurig bepaalde medicatie (zoals antipsychotica) gebruiken en personen die zorg ontvangen vanuit de generalistische basis GGZ.<sup>17</sup> Volgens de aangepaste afbakeningsmethode is in 2014 de landelijke EPA-zorgprevalentie voor mensen van 18 jaar en ouder 215.000 personen.

Met meervoudige lineaire regressieanalyse zijn de kenmerken geselecteerd die tezamen de EPA-zorgprevalentie op PC4 niveau het beste benaderen. Het uiteindelijke model is gebaseerd op de gegevens van 3.630 PC4 gebieden.<sup>18</sup>

Tot slot is het streven dit model verder te verfijnen en toegankelijk te maken in een online model, waarbij de geschatte EPA-zorgprevalentie en de werkelijke EPA-zorgprevalentie op wijk- en regionaal niveau kunnen worden vergeleken.

---

16 Onderzochte kenmerken op het niveau van PC4 gebied: leeftijds- en geslachtsverdeling, aandeel westerse en niet-westerse allochtonen, aandeel eenpersoonshuishoudens, meerpersoonshuishoudens zonder kinderen en meerpersoonshuishoudens met kinderen, mate van stedelijkheid, gemiddelde woningwaarde (WOZ-waarde), aandeel inwoners met een WWB-uitkering, een AO-uitkering, een WW-uitkering of een AOW-uitkering.

17 Deze twee laatstgenoemde subgroepen omvatten een klein deel van de totale EPA-populatie die met de afbakeningsmethode wordt geselecteerd. 8% van de totale populatie betreft personen die langdurig bepaalde medicatie gebruiken, maar in 2014 geen contact hadden met de (generalistische en specialistische) GGZ.

18 Een klein aantal PC4 gebieden (n=47) werd bij voorbaat uitgesloten van analyse vanwege een extreem hoge EPA-zorgprevalentie (>42,5 per 1.000 volwassen inwoners). Dit wijst met grote waarschijnlijkheid op de aanwezigheid van een groot intramuraal GGZ-aanbod in een PC4 gebied.



# Samenstelling begeleidingscommissie en klankbordgroep

## *Begeleidingscommissie:*

Hans Kroon (vz), Trimbos-instituut  
Lotte van Galen, ministerie van VWS  
Nic Vos de Wael, LPGGz  
Marijke Verbeek, GGZ Nederland  
Ico Kloppenburg, VNG  
Charlotte de Schepper, ZN  
Gonne Kelder, ministerie van VWS  
Jan-Pieter Veldman, Menzis  
Antonie de Vlieger, gemeente Apeldoorn  
Jaap van Weeghel, Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg

## *Klankbordgroep:*

Pieterjan van Delden, AEP  
Philippe Delespaul, Universiteit Maastricht  
Martijn Kole, Enik Recovery College  
Rob Laane, Zorgverzekeraar VGZ  
Gerard Lohuis, Lentis  
Monique van der Meulen, Divosa  
Marga Oostindië, UWV  
Elsbeth de Ruijter, GGZ inGeest  
Hans Slijpen, Politie Regio Midden-Nederland  
Netty van Triest, Platform 31  
Sonja Visser, Zelfregiecentrum Venlo  
Jaap van Weeghel, Kenniscentrum Phrenos, Universiteit Tilburg



# Bronnen

Anderson, R., Wynne, R., McDaid, D. (2007). Housing and employment. In: Knapp, M. McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft G. (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, (pp. 280-307). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Boumans, J. *Naar het hart van empowerment. Deel 2. Over de vraag wat werkt*. Utrecht: Trimbos-instituut, Movisie; 2015.

Commissie Toekomst beschermd wonen. *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Den Haag: VNG; 2015.

Delespaul, Ph en de consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, blz 427 - 438.

Delespaul, P., M. Milo, F. Schalken, W. Boevink, J. van Os. *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie*. Amsterdam, Diagnosis Uitgevers; 2016.

Divosa. *Werkwijzer re-integratie van klanten met psychische aandoeningen*. Utrecht: Divosa; 2014.

GGZ Nederland. *De transformatie van de Wmo 2015*. Amersfoort: GGZ Nederland; 2016.

GGZ Nederland. *Innovatie in de Wmo*. Amersfoort: GGZ Nederland; 2015.

Holwerda, A., A. Fokkens, C. Engbers, S. Brouwer. *Samenwerkingsverbanden tussen GGZ en UWV gericht op re-integratie van mensen met een matige tot ernstige psychische stoornis*. Groningen: UMCG; 2014.

Kenniscentrum Phrenos. *Mensen met ernstige psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2013.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (eds.) (2007b). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

KPMG Plexus. *Populatiebesteding: waarom, wat en hoe?* KPMG Nederland; 2013.

Kroon, H., J. van Weeghel, Ph. Delespaul, A. Knispel, F. van Hoof. *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.

Landelijk Platform GGz. *Startnotitie regionale agenda langdurende GGZ en OGGZ*. Utrecht: LPGGz; 2015.

Landelijk Platform GGz. *Notitie regionale agenda voor mensen met ernstige psychische kwetsbaarheid*. Utrecht: LPGGz; in voorbereiding.

McDaid, D., Oliveira, M.D., Jurczak, K., Knapp, M., The MHEEN Group (2007). Moving beyond the mental health care system: an exploration of the interfaces between the health and non-health sectors. *Journal of Mental Health*, 16(2): 181-194.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. *Generieke module herstelondersteunende zorg*. Utrecht: NKG; 2016.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. *Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz*. Utrecht: NKG; 2016.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. *Generieke module destigmatisering*. Utrecht: NKG; in voorbereiding.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. *Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen*. Utrecht: NKG; in voorbereiding.

OECD. *Mental health and work. Netherlands*; 2015.

Oldenhof, L. en R. Bal. Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar nieuwe sturingsrelaties. Bijlage bij: RVS, *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*; 2016. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2016.

Place, C., H. Michon, L. Hulsbosch. *Mensenrechten. Bericht panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.

Politie en GGZ Nederland. *Convenant Politie en GGZ*; 2012.

Politie en GGZ Nederland. *Evaluatie Landelijk Convenant Politie en GGZ 2016*.

Projectgroep Plan van aanpak EPA. *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos; 2014.

Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: RVS; 2016.

Regenmortel, T. van (red.). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers. Ervaringskennis als kracht*. Amsterdam: SWP; 2010.

Rooijen, S. van, A. Knispel, F. van Hoof, H. Kroon. *Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Verkenning van praktijkvoorbeelden*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.

Salvador-Carulla, L., F. Amaddeo, M.R. Gutiérrez-Colosia, D. Salazzari. Developing a tool for mapping adult mental health care provision on Europe: the REMAST research protocol and its contribution to better integrated care. *International Journal of Integrated Care* 2015; Oct-Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-117187.

*Samen verder doorpakken. Tweede tussenrapportage Aanjaagteam verwarde personen*. Den Haag: VNG; 2016.

Sayce, L., Curran, C. (2007). Tackling social exclusion across Europe. In: Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (red.). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, (pp. 34-59). Berkshire: European Observatory on Health Systems and Policies; Open University Press.

Schuring, M., K. Reeuwijk, A. Burdorf. *Het monitoren van arbeidstoeleiding van mensen met grote afstand tot de arbeidsmarkt en gezondheidsproblemen. Eindrapportage*. Rotterdam: Erasmus MC; 2016.

Schuurman, M., H. Kröber, M. Verdonschot (2013). *Armoede bij mensen met beperkingen. Resultaten van onderzoek naar oorzaken, gevolgen voor inclusie, preventie en benodigde ondersteuning*. Kalliope Consult/Vilans/Inclusie.nu; 2013.

Shepherd, G., J. Boardman, M. Slade. *Implementing recovery. A methodology for organizational change*. London: Sainsbury centre for mental health; 2009.

Social Inclusion Scoping Group (2009). *Mental health and social inclusion. Making Psychiatry and Mental Health Services Fit for the 21st Century*. Royal College of Psychiatrists; 2009.

Tansella, M., G. Thornicroft. A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine* 28 (1998), 503-508.

Trimbos-instituut. *Multidisciplinaire richtlijn werk en psychische aandoeningen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.

United Nations. *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: UN; 2006.

UWV en GGZ Nederland. *Convenant UWV en GGZ Nederland*; 2015.

Van Delden, P. *Samenwerking in de publieke dienstverlening*. Delft/Zutphen: Eburon; 2009.

Van der Erf, S., G. Boonzaaijer, J.P. Heida, *Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten*. Den Haag: SiRM; 2015.

Van Hoof, F., M. van Vugt. *Samenhang en coördinatie in de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.

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

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

Van Hoof, F., A. Knispel, L. Hulsbosch, S. van Rooijen, C. Place, H. Michon, W. Oele, H. Kroon. *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.

Van Hoof, F., A. Knispel, L. Hulsbosch, C. Place, M. van Vugt, C. Muusse, M. Planije, H. Michon, H. Kroon. *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ 2015*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.

Van Hoof, F., S. van Rooijen. *Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Visiedocument en ontwikkelagenda 2015-2018*. Utrecht; 2015.

Van Hoof, F., A. Knispel, J. Aagaard, J. Schneider, C. Beeley, R. Keet, and M. van Putten. The role of national policies and mental health care systems in the development of community care and community support: an international analysis. *Journal of mental health* Online: 1-6 - 2015. DOI: 10.3109/09638237.2015.1036973

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

Van Weeghel, J., M. Pijnenborg, J. van 't Veer, G. Kienhorst (red.). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Coutinho; 2016.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. *Integrale blik op zorg en participatie. Samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en ketenpartners ter bevordering van participatie en re-integratie van mensen met een psychische aandoening*. Den Haag: VNG; 2016.





