



Volwaardig Burgerschap en Psychiatrie

Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht

Juli 2015

Inhoud

1.	Inleiding	2
2.	Context en visie	3
2.1	Visie op herstel	3
2.2	Vignettenstudie	4
2.3	Over de Brug	4
3.	Proces Taskforce	5
3.1	Triëst	5
3.2	Uitkomsten Dialogsessies	5
4.	Doelstellingen, ontwikkelopgaven en randvoorwaarden	6
4.1	Gezamenlijke ambities	7
4.2	Bredere ontwikkelopgaven	7
4.3	Arrangementen	8
4.4	Digitalisering en communicatie platform (Psynet)	8
4.5	Toeleiding naar werk (IPS)	8
5.	Proeftuinen	9
5.1	Gebiedsindeling gebruikt bij vignettenstudie heeft (enige) actualisering	9
5.2	Wat we willen in de proeftuinen	9
5.3	Oefenplaatsen	10
5.4	Opzet en beschrijving van de proeftuinen	10
5.5	Planning en evaluatie	11
5.6	Samenstelling en naamgeving van de Lokale GGZ-teams in de proeftuinen	11
5.7	Verruiming ambulante beschikbaarheid en bereikbaarheid	12
5.8	Aansluiting op het netwerk	12
5.9	Psynet en andere vormen van digitale ondersteuning	13
5.10	Tot slot	13
6.	Onderzoek, meten en resultaten	14
6.1	Eindresultaten van de proeftuinen en overige regio's	16
6.2	Vervolg	16
7.	Financiering	17
8.	Vervolgstappen en planning	18
8.1	Communicatie	18
	Bijlagen	19
	Bijlage 1 Leden Taskforce en verdere betrokkenen bij de Taskforce	20
	Bijlage 2 Arrangementen	21
	Bijlage 3 Vignetten	22
	Bijlage 4 De proeftuinen	23

1. Inleiding

'Herstellen doe je in de samenleving'. In de regio Midden Westelijk Utrecht zetten betrokken partijen zich in voor deelname aan een inclusieve samenleving. Een samenleving waarin ook mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) een volledig, volwaardig en betekenisvol leven kunnen leiden als actieve en betrokken burgers (Convenant Volwaardig Burgerschap). Dit vraagt aan de partijen om samen in wijken en buurten te bouwen aan een divers palet van 'herstelondersteuning', ter bevordering van zelfzorg en zelfmanagement en ter vergroting van kansen op herstel en maatschappelijke participatie voor psychisch kwetsbare mensen. Waarbij van belang is dat het sociale domein en het zorg (behandeling én begeleiding) domein elkaar vinden en samenwerken. En waarin de inzet van ervaringsdeskundigheid en naastbetrokkenen een rol van betekenis krijgt. Dit impliceert dat initiatieven van (ex) cliënten / ervaringsdeskundigen een nadrukkelijk onderdeel zijn van het zorgnetwerk. Daarnaast is er expliciete aandacht voor etnisch-culturele diversiteit belangrijk, daar binnen de huidige EPA-doelgroep sprake is van oververtegenwoordiging van bepaalde groepen migranten.

Zorgverzekeraar Zilveren Kruis (voorheen Achmea), Gemeente Utrecht (als centrumgemeente), Altrecht, Kwintes, Lister, Victas en het Platform Volwaardig Burgerschap GGZ Utrecht hebben zich verenigd in de Taskforce EPA. Partijen die tevens bij de Taskforce betrokken zijn, zijn onder andere het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), Indigo, Wij 3.0, het Leger des Heils, De Tussenvoorziening, Buurtteamorganisatie Sociaal Utrecht, Huisartsen Utrecht Stad (HUS) en het Steunpunt GGZ.

In Midden Westelijk Utrecht bepalen we samen richting door doelen te concretiseren en op inhoud tussen partijen vast te leggen. We doen dat door op korte termijn te starten met proeftuinen in Zeist, Woerden, Utrecht Overvecht en Utrecht Lunetten en eventueel later in Houten en de Utrechtse Binnenstad.

Hoofdstuk 2 *Visie en context* schetst kort de veranderingen in het zorglandschap, de visie op herstel en de aanleiding voor het inrichten van deze taskforce. Vervolgens beschrijft hoofdstuk 3 het *proces Taskforce*, met name welke stappen er tot nu toe doorlopen zijn en wat hieraan heeft bijgedragen. Wat we ons zelf als doel hebben gesteld en welke vragen we ons daarbij stellen, is vastgelegd in hoofdstuk 4: *ontwikkelopgaven en doelstellingen*.

In hoofdstuk 5 staan we stil bij de in te richten *proeftuinen*. Om resultaten te duiden gaan we in hoofdstuk 6 in op wat we daartoe gaan *onderzoeken en meten*. In hoofdstuk 7 wordt stilgestaan bij *de financiering*. Als laatste schetsen we in hoofdstuk 8 de *vervolgstappen* vanaf 1 juli 2015.

2. Context en visie

We bevinden ons in een tijd van transformatie van onze zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Naar de mening van Jan Rotmans, hoogleraar transitiekunde in Rotterdam, ondergaat het zorgstelsel de komende jaren een grondige vernieuwing. Het zorgstelsel wordt langzaam maar zeker omgevormd tot een stelsel dat mensgericht is, een beroep doet op de eigen kracht en de eigen omgeving met samenredzaamheid als uitgangspunt. Menselijke waarden als aandacht, vertrouwen, ruimte, diversiteit en kwaliteit komen weer voorop te staan. Samenredzaamheid in de inclusieve samenleving staat hierbij duidelijk op de voorgrond. Dit vraagt ook om een andere, meer bescheiden rol van professionele zorg, dat zich dient te vertalen naar ander gedrag van zorgverleners, zorgvragers en medeburgers.

De intramurale capaciteit neemt af en ambulante voorzieningen worden uitgebreid. Er vindt een transitie plaats door de veranderingen in ZVW, WMO en WLZ met verschuivingen in taken en verantwoordelijkheden met name tussen zorgverzekeraars en gemeentes

Deze veranderingen vragen om een op bovenstaande waarden gerichte brede maatschappelijk geïntegreerde infrastructuur. Burgers moeten open staan voor mensen met een ernstige psychische aandoening in hun omgeving. Op hun beurt vragen deze mensen om meer ruimte om hun eigen leven en herstelproces in eigen hand te mogen nemen. Hulpverleners en voorzieningen wordt gevraagd meer ondersteunend en minder overnemend te zijn. Niet het beschikbare aanbod, maar de specifieke zorgbehoefte moet het uitgangspunt zijn. De realiteit is echter ook dit niet altijd direct haalbaar is voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening en dat cliënten soms zelfs zorg moeten krijgen die tegen hun eigen wil ingaat.

Internationale ontwikkelingen als 'open dialogue' en de 'resource group', evenals het positioneren van 'herstel academies' kunnen ons hierin helpen nieuwe richtingen te onderzoeken en uit te werken. Dit vraagt ook om een contextuele gerichtheid waarbij een holistisch mensbeeld mede invulling geeft aan de wijze waarop de zorg wordt ingezet. Begrippen die hier naadloos op aansluiten en onze visie op zorg ondersteunen zijn 'Eigen regie en autonomie', 'Volwaardig burgerschap', 'Herstellen doe je zelf/ thuis' en 'tijdige op- én afschaling van professionele zorg'. Daarbij realiseren we ons dat dit vraagt om een 'mentaliteitsverandering', 'zelfreflectie bij zorgverleners' en een aanpak die gericht is op 'antistigma'. Uiteindelijk wil je dat de zorg zo is ingericht dat er een permanente reflectie plaatsvindt.

2.1 Visie op herstel

Bij herstel gaan we uit van vertrouwen op het herstellend vermogen van ieder individu. De definitie van herstel van Anthony (1993) past goed bij de doelstellingen van de Taskforce en is als volgt;

'Herstel is een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarde, gevoelens, doelen en/of rollen veranderen. Het leidt tot een leven met meer voldoening waarin hoop een plaats heeft en men kan geven en nemen ondanks de beperkingen die veroorzaakt worden door de aandoening. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen groeit.' (Anthony, 1993)

De "persoonlijke oriëntatie" Van Farkas & Anthony (2005) en ook de visie van Philippe Delespaul sluiten hier goed op aan. Zij gaan uit van een 'gelaagdheid' van het begrip en specificeren herstel naar psychische en somatische gezondheid, maatschappelijk functioneren en de persoonlijke identiteit.

Hierbij is het essentieel te benadrukken dat deze vier aspecten met elkaar verbonden zijn en niet los van elkaar te zien zijn. Tegelijkertijd is er ook een deel van het herstelproces dat niet direct benoembaar is, niet grijpbaar omdat het daarbij gaat om een persoonlijke zoektocht.

Om de volledigheid van een herstelproces juist te duiden, dient elke betrokkene zich bewust te zijn van een noodzaak aan “vrije, eigen ruimte” voor het individu om richting te geven aan het eigen leven en aan de eigen regie.

Hierbij is de maatschappelijke context waarbinnen de persoon zijn herstel proces aangaat van grote invloed het totaal. Hoe is bijvoorbeeld de veiligheid geregeld, hoe zijn de verhoudingen hierbij tussen, sociaal, publiek en zorg domein.

Deze visie vraagt te komen tot door waarde gedreven zorg. Deze komt volgens Farkas (2005) tot stand door bij nieuwe ontwikkelingen de volgende vier aspecten centraal te stellen

- Een persoonlijke oriëntatie; focus op het individu met eigen kracht, talenten en interesses en kwetsbaarheden in plaats van de focus op de casus.
- Het recht van mensen om volledig betrokken te zijn in alle aspecten van hun herstelproces (m.b.t. de zorg betrekken bij ontwerpen, plannen en vormgeven van de herstelondersteunende zorg)
- Zelfbeschikking en keuzevrijheid; richt je op het recht van de persoon om individuele keuzes rondom het eigen herstel proces te maken (wensen, doelen en uitkomsten, alsook de persoonlijke voorkeur voor specifieke toepassingen of vormen van hulp en in de keuze in tijd).
- Het ontwikkelpotentieel; het impliciete vermogen dat iedereen in staat is tot individueel herstel rekening houdend met periodes van overweldigende kwetsbaarheden en worsteling met het leven voorbij de beperking.

Om te komen tot werkelijke herstelondersteuning op basis van bovenstaande waarden, zal deze transitie doorgevoerd moeten worden *in alle dimensies van het zorgproces*. Dit is de uitdaging en vraagt een constante reflectie op de koers en voortgang binnen deze domeinen.

2.2 Vignettenstudie

In 2013 ontwikkelden de aanbieders in Midden Westelijk Utrecht een model met negen vignetten van behandelings- en ondersteuningscombinaties bij mensen met ernstige psychische aandoeningen. Hiermee werd de doelgroep in kaart gebracht naar zorgsoorten, intensiteit en kosten. Het vignetten model leverde goede aanknopingspunten aan alle betrokkenen om betere afstemming en samenwerking verder te ontwikkelen. Dit heeft de aanbieders en financiers gebracht tot een vervolgopdracht, welke is ondergebracht bij de Taskforce.

2.3 Over de Brug

In oktober 2014 verscheen het rapport “Over de brug” met breed gedragen aanbevelingen over hoe de zorg voor mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen verbeterd kan worden. Hierin wordt landelijk de opdracht geformuleerd om te komen tot meer volwaardig burgerschap voor mensen met een ernstige psychische aandoening in de vorm van 30% meer herstel:

- Herstel van gezondheid (een derde gezondheidswinst c.q. minder psychiatrische en somatische problematiek).
- Maatschappelijk herstel (een derde meer participatie in werk of studie)
- Persoonlijk herstel (een derde meer verwezenlijking van individuele doelen).

De Taskforce omarmt dit rapport. Haar doelstellingen worden overgenomen en vertaald naar de Utrechtse situatie.

3. Proces Taskforce

Op basis van de in het vorige hoofdstuk geschetste aanleiding en context is op 6 november 2014 de Taskforce EPA Midden Westelijk Utrecht van start gegaan. De Taskforce kwam acht keer bijeen en de laatste bijeenkomst op 1 juli werd afgesloten met een lunchreferaat met Philippe Delespaul. De Taskforce richt zich op de gemeenten De Bilt, Bunnik, Zeist, Utrechtse Heuvelrug, Wijk bij Duurstede, Houten, IJsselstein, Nieuwegein, Vianen, Lopik, Stichtse Vecht, Ronde Venen, Woerden, Montfoort, Oudewater en Utrecht. Het proces van de Taskforce kenmerkt zich ook als 'een zoektocht', 'meervoudig kijken', 'energie genererend', 'nieuwsgierig' en 'wendbaar'.

3.1 Triëst

In december ging een aantal leden van de Taskforce op bezoek in Triëst, aansluitend op het waarde debat dat al enige tijd tussen de Utrechtse partijen met een groep medewerkers uit Triëst wordt gevoerd en het onderzoek dat hieromtrent heeft plaatsgevonden. Christien Muusse en Sonja van Rooijen beschrijven in het document 'Freedom First' (2015) waarden, idealen en visie van waaruit medewerkers in Triëst werken en van waaruit de zorg is georganiseerd. Deze waarden en ideeën worden verbonden met de praktijk door reflectie op het eigen handelen en het handelen als team, bijvoorbeeld in de dagelijkse teambesprekingen. Door deze continue reflectie ontstaat een cyclische beweging tussen praktijk en theorie (Mezzina, 2014). Om de verbinding tussen praktijkniveau en het niveau van ideeën te benadrukken spreken we in dit stuk van *leidende principes*: hiermee bedoelen we de waarden, ideeën en idealen die richtinggevend zijn voor het handelen. Deze drie principes; de holistische mensvisie, het bewaken van de mensenrechten en als laatste het ecologische perspectief. Door het proces van continue reflectie op het eigen handelen en het handelen als team, zijn deze perspectieven niet statisch, maar worden gevoed door ervaringen in de praktijk. Door het sterk tegengaan van dwang en drang handelingen ontstaan er vaak creatieve oplossingen waardoor de onderliggende waardes gehandhaafd blijven. De leidende principes krijgen ook inhoud door het delen van een specifieke taal. Vanuit het idee dat een taal een werkelijkheid kan scheppen, wordt er consequent en bewust omgegaan met de taal die wordt gebruikt. Er zijn geen cliënten of patiënten maar 'Utenti' (gebruikers) van voorzieningen. Het gaat niet om het behandelen van ziekte of symptomen, maar om 'tegenoet komen aan de behoeftes van iemand' en er wordt niet gesproken van behandeling, maar van een 'levensproject' dat wordt opgezet.

3.2 Uitkomsten Dialoogsessies

Verdeeld over vijf sessies waren begin maart 2015 ruim 200 mensen met elkaar in gesprek over hoe medeburgers met ernstige psychiatrische problemen een volwaardige plek in de samenleving kunnen innemen. De sessies vonden plaats in Zeist, Nieuwegein, Woerden en tweemaal in Utrecht.

De deelnemers werden gevraagd te reageren vanuit hun rol als cliënt, familielid, hulpverlener, ambtenaar of zorgverzekeraar, én vanuit de eigen burgerrol van buurman, wijkbewoner of collega: 'Hoe dragen we bij aan de verbetering van het leven van mensen, die door hun psychische problemen vaak buitengesloten worden, moeilijk een passende woning of werk vinden, en een klein sociaal netwerk hebben?' Er werd breed geogst, het belang van ontzorgen en ontschotten duidelijk benoemd. Gewoon doen en je eigen netwerk opbouwen en daar steun bij krijgen, normaliseren en ambulantisieren, zijn aandachtspunten die sterk naar voren zijn gekomen. Dat in de nieuwe structuren ook vormen van zorg nodig blijven is duidelijk. Hoe zorgen we voor 'vingeraan-de-pols'-contacten als het goed gaat en snel meer zorg bieden als dat nodig blijkt? Door eerder dan nu intensieve zorg te minderen maar wel te zorgen voor een stevig vangnet, wordt ruimte gecreëerd voor nieuw en divers aanbod. Bij de opbouw van nieuwe (zorg) netwerken wordt de cliënt meer leidend en diens zorgvraag het uitgangspunt en niet het beschikbare aanbod van de (zorg)organisaties. Hiervoor moet de GGZ zich transformeren naar meer integrale, lokale teams die goed aansluiten bij de wijk of regio. Daarbij moeten we zuinig zijn op en ruimte geven aan de rijke en gevarieerde (basis) infrastructuur van in het bijzonder de door cliënten zelf gestuurde initiatieven en andere burgerinitiatieven) waarin ervaringsdeskundigheid, zelfhulp en herstel een belangrijke rol vervullen.

4. Doelstellingen, ontwikkelopgaven en randvoorwaarden

De Taskforce poogt de ambities uit ‘Over de brug’ nader te concretiseren. Dit betekent dat we over organisatiebelangen heen bereid moeten zijn bestaande structuren los te laten en aan te passen ten gunste van volwaardig burgerschap voor mensen met een ernstige psychische aandoening.

Om hieraan invulling te geven beschrijven we in figuur 1 eerst de verschillende betrokkenen die gezamenlijk invulling gaan geven aan de benodigde zorgarrangementen binnen een lokale zorgstructuur.

Deze worden beschreven als “zorgschillen om de cliënt”, waarbij we er naar streven dat allen hieraan gaan bijdragen vanuit een gemeenschappelijke herstelondersteunende visie.

Vervolgens citeren we de doelstellingen uit het document ‘Over de brug’ met de daarbij behorende essentiële voorzieningen en functies in figuur 2.

Om in gezamenlijkheid te kunnen ontwikkelen is het belangrijk om afspraken te maken over de samenwerking en deze te vatten in gezamenlijke ambities, ontwikkelopgaven en ondersteunende randvoorwaarden.

De huidige zorgschillen om de cliënt heen, die een bijdrage kunnen leveren aan een nieuwe wijkgerichte zorgstructuur, ook wel de partners die met elkaar samen gaan werken, zijn beschreven in figuur 1. Voor de toekomst wordt bekeken of deze ook als zodanig moeten worden blijven ingedeeld.

Schillen		Partners
Eigen kracht en eigen netwerk	Familie, vrienden en ervaringswerkers	Familie(coaches), vrienden, lotgenoten, peers, recovery colleges, herstelcoaches
Basiszorg	Huisarts + POH GGZ Maatschappelijke zorg vanuit het sociaal domein	Gezondheidscentra, huisartsen en hun praktijkondersteuners GGZ Sociaal makelaar, sociale wijkteams, ervaringswerkers, werk en activering, publieke diensten
Aanvullende zorg	Aanvullende WMO zorg Generalistische basis GGZ specialistische GGZ	Begeleid / Beschermd wonen en intensieve ambulante begeleiding, schuld hulp verlening, maatschappelijke opvang Vrijgevestigde hulpverleners en diverse GGZ-aanbieders (incl. verslavingszorg) Gespecialiseerde vrij gevestigden, FACT-zorg en andere crisis-, ambulante en klinische (ook hoog specialistische GGZ) behandeling van diverse GGZ-aanbieders (incl. verslavingszorg)

Figuur 1: Zorgschillen om de cliënt

Wat we willen bereiken is benoemd als resultaten voor de cliënt in figuur 2 en wat we daarvoor in een nieuwe lokale zorgstructuur nodig hebben, is aangeduid met voorzieningen en functies.

De hieronder genoemde doelstellingen als weergegeven in over de brug, komen overeen met het ‘service outcome’ schema van William Anthony.

Resultaten voor de cliënt	Essentiële voorzieningen en functies
Waarborgen gelijke rechten en kansen	Belangenbehartiging, rechtshulp
Empowerment, ontwikkeling eigen kracht	Zelfhulpgroepen, hersteltrainingen, ervaringsdeskundigheid
Meer mogelijkheden tot activiteiten en participatie	Begeleiding en ondersteuning bij werken en leren (rehabilitatie)
Meer mogelijkheden tot persoonlijke ont-plooiing, een rijk leven,,	Begeleiding en ondersteuning bij ontdekken / ontwikkelen van capaciteiten
Toename sociale steun	(Ontwikkeling van) sociaal netwerk
Verbetering van fysieke gezondheid en wel-bevinden	Algemene gezondheids- en welzijnszorg, preventie en bevordering gezonde leefstijl
Waarborging basale, fysieke levensbehoeften	Woon-, opvangvoorzieningen, ambulante woonbegeleiding, thuiszorg, maaltijdverstrekking
Toegang tot hulpverlening en andere sociaal-maatschappelijk diensten	Casemanagement: triage en zorgcoördinatie
Afname van symptomen en psychisch leiden	Medisch-psychiatrische en psychologische behandeling
Waarborging persoonlijke veiligheid	Crisishulp, time-out voorzieningen, slachtofferhulp, buurtzorg, politie, justitie

figuur 2: doelstellingen

4.1 Gezamenlijke ambities

In onze gezamenlijke ambitie streven we naar een aanpak die bijdraagt en aansluit op de initiatieven in het sociale domein ten behoeve van volwaardig burgerschap in de regio Midden Westelijk Utrecht. Deze initiatieven richten zich op de drie dimensies als benoemd in 'Over de brug'.

- de gezondheidsfunctie: met als belangrijkste betrokkenen cliënten, hun familie, huisarts, GGz en zorgverzekeraar;
- de veiligheidsfunctie: familie, naasten, ook burens, woningcorporaties, OGGz, politie en justitie en maatschappelijke opvang (veiligheidshuizen);
- de participatiefunctie: naast cliënten, familie, GGz, somatische specialist, ook gemeenten, UWV, regionale arbeidsorganisaties, onderwijsinstellingen, werkgevers en welzijnsinstellingen.

Om deze ambities te bewerkstelligen is een co-creatie van cliëntinitiatieven, GGZ aanbieders en verschillende publieke partners nodig. Voorop blijft staan dat iemand uit de EPA-doelgroep die zorg nodig heeft, tijdig de juiste zorg krijgt. Dit vraagt om aansluiting van de GGZ, aanvullende zorg en huisartsenzorg (incl. POH) op het sociale domein en daarmee een veel meer wijkgerichte oriëntatie van GGZ-teams. Het is van belang dat deze teams bijdragen aan preventie, consultatie en triagering en daarmee de partners in het sociale domein actief ondersteunen. Dilemma's, zoals loslaten en/of ingrijpen, kansen en/of risico's, kracht en/of kwetsbaarheid, zakelijk en/of zachtmoedig moeten steeds worden meegenomen en gewogen in lastige en in kansrijke situaties.

4.2 Breder ontwikkelopgaven

De Taskforce heeft zich naast de diverse initiatieven een aantal bredere ontwikkelopgaven gesteld:

- Meer regie bij de cliënt, meer eigen kracht en uitbouw van het persoonlijk sociaal netwerk.
- Meer herstel op gebied van persoonlijke identiteit, gezondheid, en participatie
- Betaalbare GGZ zorg en ondersteuning (meer mensen met minder budget helpen)
- Groter bereik voor de doelgroep, ook voor mensen met een GGZ EPA profiel en meer aansluiting door werkwijze die inspeelt en rekening houdt met diversiteit
- Meer doorstroom vanuit Beschermd Wonen naar Begeleid Zelfstandig wonen.
- Minder opnames en de opnameduur verkorten
- Verdere ambulantisering en versteviging van het ambulante werk in de wijk.

Waarbij het afbouwen van klinische voorzieningen gepaard gaat met de opbouw van nieuwe vormen van ambulante ondersteuning, begeleiding en behandeling. Waarbij we wel moeten voorkomen dat er niet een nieuw van de wijk geïsoleerd ggz-centrum ontstaat. De realiteit is echter ook dat cliënten soms zorg moeten krijgen die tegen hun eigen wil ingaat. In dit verband zijn vormen van bemoeizorg van groot belang, ook als de cliënt geen grote problemen voor zichzelf ervaart en/of anderen niet tot last is. De hier geformuleerde ontwikkelopgaven en doelstellingen gaan partijen op korte termijn in vier proeftuinen uitproberen.

4.3 Arrangementen

Per regio zullen wij de beschikbare essentiële voorzieningen en functies in beeld brengen en met elkaar verbinden. Waar nodig vullen we deze aan en/of maken we ze toegankelijk voor de EPA-doelgroep.

We gaan daarbij op zoek naar vernieuwing, waardoor er meer combinaties van huidige los van elkaar georganiseerde taken en functies tot stand komen. Er ontstaat zo een pallet aan mogelijkheden op basis waarvan persoonlijke wensen en doelen een keuze gemaakt kan worden. Naast dat we nieuwe vormen opbouwen, gaan we daarbij ook actief op zoek naar wat we niet meer op de oude manieren moeten doen.

Uitgangspunt is steeds in te steken op gezondheid, veiligheid en participatie.

De hiermee in te richten arrangementen vragen nog een concretiseringslag. In de proeftuinen werken we deze slag, aansluitend op de vignettenstudie, verder uit. Bijlage 2 bevat de huidige arrangementen.

4.4 Digitalisering en communicatie platform (Psynet)

Bij psychiatrische aandoeningen is er veelal sprake van problematiek in diverse domeinen. Op dit moment is de ervaring dat behandeling vaak op één domein of één probleem gericht wordt, zonder in te gaan op eventuele achterliggende oorzaken en achtergronden, zoals bijvoorbeeld een traumatische ervaring. Of de behandeling wordt alleen ingestoken op het psychiatrische gedeelte, ondersteuning bij praktische zaken zoals het huishouden, toeleiding naar werk, doorbreken van sociaal isolement en financiën blijven achterwege. PsyNet faciliteert de mogelijkheid om de behandeling vanuit diverse levensdomeinen en invalshoeken in te steken en zo de cliënt gezamenlijk verder te helpen. Digitale platformen of netwerken kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van samenwerking danwel bijdragen aan een toename van de eigen regie. Systemen als Quli en het Karify worden nu al ingezet bij de zorgaanbieders. Zij gaan, indien wenselijk en mogelijk gekoppeld worden aan Psynet.

4.5 Toeleiding naar werk (IPS)

Een grote opgave is het vinden en behouden van betaald werk. Een (betaalde) baan en de maatschappelijke acceptatie van werknemers met een psychiatrische achtergrond is een belangrijke succesfactor voor het maatschappelijk participeren. Individual Placement and Support (IPS) is een bewezen effectieve methode om cliënten naar en in regulier betaalde banen te begeleiden, ook aanbevolen in de multi-sectorale en multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen. Onderzoek heeft aangetoond dat Individuele Plaatsing en Steun (IPS), het model waarin 'integratie van trajectbegeleiding en behandeling' één van de wezenskenmerken is, tot de beste resultaten leidt als het gaat om het verkrijgen en behouden van regulier betaald werk. In de proeftuinen, maar ook daarbuiten, krijgt IPS nadrukkelijk een plaats. Ook specifieke onderdelen van de rehabilitatie geven goede handvatten voor het onderzoeken van mogelijkheden vaardigheden op het gebied van werk en de toeleiding naar werk. Tegelijkertijd zijn er ook mogelijkheden te bedenken waar we de werkgevers ontvankelijker maken deze groep welkom te heten in het bedrijf. Daarbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld kwartier maken maar ook meer intensieve begeleiding voor medewerker en werkgever.

5. Proeftuinen

We gaan aan de slag met proeftuinen. Het doel van de in te richten proeftuinen is om met elkaar te ervaren wat werkt en niet werkt. We willen leren waarmee de gewenste resultaten worden bereikt. Het is zinvol hierbij elders opgedane ervaringen te onderzoeken en de lessen daarvan te leren. We willen snel aan het werk met het in samenhang brengen van de eerder genoemde essentiële voorzieningen en functies en daartoe worden er op korte termijn per proeftuin projectleiders aangesteld

We zetten in eerste instantie in op vier proeftuinen, respectievelijk Utrecht Overvecht, Utrecht Lunetten, Zeist en Woerden. Er wordt gestart in Utrecht en hopelijk snel gevolgd door Zeist en Woerden. In navolging hierop onderzoeken we de meerwaarde en ontwikkelopgaven voor verdere intensivering voor samenwerking in Houten en Utrecht Binnenstad.

5.1 Gebiedsindeling gebruikt bij vignettenstudie behoeft (enige) actualisering

Voor het verder vorm geven, monitoren en uitwerken binnen de proeftuinen is het wenselijk de indeling aan te sluiten op de gebiedsindeling van sociale wijkteams. Hierbij aandacht voor schaalgrootte en dat een lokaal GGZ team meerdere sociale wijkteams bedient. Een concretisering hiervan nemen we mee in de uitwerking van concrete plannen.

5.2 Wat we willen in de proeftuinen

Wij streven naar een aantal onderscheidende arrangementen waarbij voorop staat dat mensen zelf herstellen en waarbij de vraag is hoe het aanbod zich 'plooit' rondom de persoonlijke zorgbehoefte. Het herstelproces is veelal opgebouwd uit diverse lagen waarbij de verschillende domeinen interacteren.

De arrangementen dienen daarom zich te richten op 'hoe' de zorg wordt geboden in de sociale context waarin iemand leeft en diverse rollen vervuld.

De hieronder beschreven arrangementen geven al wel aan in welke richting gedacht kan worden. Helder moet zijn dat de verschillende onderdelen van het palet ook vaak in samenhang geboden kunnen worden. Essentieel hierbij is dat:

- Er meer inzet van (op elkaar afgestemde, ambulante) GGZ behandeling en begeleiding is in de wijk,
- deze herkenbaar en toegankelijk is,
- zij ook bereikbaar zijn buiten kantooruren,
- er duidelijke samenwerking is met huisartsen, sociale wijkteams, andere WMO-voorzieningen, wijkagenten, etc., waarbij functies en taken over en weer helder zijn afgestemd,
- en zoveel mogelijk functies worden aangeboden vanuit gezamenlijke huisvesting in de wijk
- er meer lokale mogelijkheden voor op- en afschaling zijn (dag- en nachtopvang, e.a.),
- er voldoende intramurale plekken zijn voor wie dat echt nodig is,
- ervaringswerkers, ook van familie, worden ingezet,
- beschikbaarheid van herstelcursussen / wrap trainingen in de wijk,
- er in steun aan en betrokkenheid van familie / naasten wordt voorzien.

Om de proeftuinen succesvol te laten functioneren is het essentieel om draagvlak te creëren. Welke ambities delen we en dragen we uit. Hoe gaan we dit bereiken bij de participanten in de proeftuin moet nog verder worden beschreven.

5.3 Oefenplaatsen

Proeftuinen zien wij als oefenplaatsen, waar uitgaande van bestaande wet- en regelgeving en financiële kaders, ervaring wordt opgedaan met nieuwe arrangementen. Waar ruimte is om vrij te kunnen schakelen tussen functies en voorzieningen, vrij om te gaan met financiële stromen, nieuwe (internationale) visies, ideeën en methodieken te oefenen, onderzoeken en toetsen en daarbij verantwoorde risico's te durven en te mogen nemen.

In de proeftuinen is aandacht voor de borging van cliënten invloed, regie en inzet van cliënten en familie ervaringsdeskundigheid. De inzet van het informele netwerk binnen de eigen context is daarbij essentieel. De multi-culturaliteit en diversiteit per wijk wordt bij aanvang in beeld gebracht en in de deelname van multiculturele organisaties wordt voorzien.

Aandacht voor ontwikkelvraagstukken kan verschillen per regio. In Utrecht Overvecht wil men zich in de ontwikkelopgave richten op diversiteit en in Lunetten vooral op stille problematiek en (preventie van) overlast. In Zeist op de afstemming met het sociale domein en in Woerden op het op- en afschalen van zorg. In bijlage 4 zijn de proeftuinen kort beschreven. Per proeftuin wordt beschreven welke evaluatiecyclus ondersteunend is en welke ketenlogistiek (afstemming, procesinrichting en beslisregels) nodig is.

Ook wordt in de uitwerking beschreven welke verantwoordelijkheden op voorhand zijn te beschrijven en waar mogelijk uitdagingen liggen. Deze uitwerking dient het tevens mogelijk te maken om de schadelast per bekostigingsvorm te bepalen.

5.4 Opzet en beschrijving van de proeftuinen

Dit leidt tot de volgende gelijk gevormde inhoudsopgave en een aantal uitgangspunten op hoofdlijnen voor elke in te richten proeftuin. De kunst is om vooral ook veel te gaan doen, te experimenteren. Pas dan komen de oplossingen naar voren die men vooraf niet bedenkt. Om dit tot stand te brengen beschrijft iedere proeftuin de doelgroep, de deelnemers en de ketenpartners, hoe er wordt samengewerkt en welke kaders nodig zijn in de financiering.

Doelgroep

De doelgroep betreft de mensen in het werkgebied met een ernstige psychische aandoening. Naast de algemene doelstellingen zijn er ook per proeftuin specifieke ontwikkelopgaven op het gebied van doelgroep. In de ene proeftuin zal meer aandacht zijn voor de culturele diversiteit in een andere bijvoorbeeld voor jongeren. Ook wordt beschreven hoe cliënten toegang tot zorg en ondersteuning krijgen. De doelgroep is te benaderen als drie te onderscheiden groepen:

- Mensen waar je soms moet opschalen, (kort en frequent),
- Zij die bezig is met herstel,
- En mensen die ogenschijnlijk redelijk lijken te functioneren, maar waarbij wel degelijk sprake is van een ernstig psychiatrische aandoening, die geen vraag stellen maar sociaal geïsoleerd leven en waarbij toenemende exclusie dreigend aanwezig is.

Ervaringsdeskundigheid

Beschrijft op welke wijze cliënt gestuurde initiatieven worden geïmplementeerd binnen de proeftuin (bijv. Recovery College of projecten van LPGGZ). hoe ervaringsdeskundigen zijn betrokken bij de planvorming en uitvoering van de proeftuin. Specifiek ook aandacht voor de familie ervaringsdeskundigen.

Familie en naastbetrokkenen

Er wordt beschreven hoe familie en andere naastbetrokkenen bij de proeftuin worden ingezet.

Participatie en werk

Iedere proeftuin beschrijft op welke wijze aan terugkeer naar / behoud van werk alsmede activering invulling wordt gegeven.

Experimenteren en onderzoeken

Hoe er oog is voor ruimte om te leren, te experimenteren en te komen tot maatwerk en de ambulante vormen van opschaling, zoals bed-op-recept, stoel overdag, telefoon-op-recept, scherm-op-recept, etc..

Partners

Naast de samenstelling van het lokale GGZ team, waarin door GGZ-aanbieders wordt samengewerkt en waar zorg op integrale wijze wordt geboden, beschrijft iedere proeftuin hoe de rol van de huisartsen en hun POH een plek krijgen. De wijze waarop wordt samengewerkt en afgestemd met het sociale domein: gemeente, sociaal buurtteam, andere voorzieningen in het WMO-veld en hoe de samenwerking en afstemming met de Basis GGZ is vormgegeven.

Hierbij is ook aandacht en zorg voor de stakeholders, zorg voor reële verwachtingen en haalbare resultaten, neem alle stakeholders steeds mee in je proces en beschrijf hoe je dat gaat doen.

Daarnaast wordt vastgelegd op welke wijze wordt samengewerkt en afgestemd met de (zorg)voorzieningen en andere stakeholders als politie, woningcorporaties, algemene ziekenhuizen, e.d. En hierbij is het essentieel om heldere afspraken te maken over de regievoering en de inbreng van expertise per proeftuin.

5.5 Planning en evaluatie

Iedere proeftuin plant haar activiteiten in de tijd en plant ruimte voor evaluatiemomenten. Er zal in de aanloop naar de inrichting scherp worden ingestoken op een 'doorbraakachtige' wijze van werken. Iedere twee maanden wordt de voortgang gerapporteerd en beschreven voor het 'bestuurlijk overleg'. De projectleider bewaakt hierbij of de leidende principes, de ambities en de visie op herstel daadwerkelijk leiden tot innovatie en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

5.6 Samenstelling en naamgeving van de Lokale GGZ-teams in de proeftuinen

De GGZ-teams in de proeftuinen worden materieel samengesteld uit de behandelaren en begeleiders op het gebied van GGZ. De vraag is wel welke functies in de teams een plek krijgen en welke functies buiten dit GGZ-team blijven. Hier kan per proeftuin in gevarieerd worden en hangt samen met hoe het in de totale context optimaal aansluit. Het gaat in ieder geval om de multidisciplinaire capaciteit van de huidige FACT-teams van Altrecht en Victas en de (persoonlijk) begeleiders van Lister en Kwintes. Naast de bekende teams worden zoveel mogelijk andere functies als maatschappelijke opvang, de ouderenpsychiatrie, de forensische psychiatrie, psychiatrie en verstandelijke handicap of jongvolwassenen in de teams opgenomen. De begeleiders van Lister en Kwintes en de maatschappelijke opvang partijen als Leger des Heils en de Tussenvoorziening bieden, naast hun beschermd wonen, ambulante zorg vanuit de "gespecialiseerde aanvullende zorg". Daarnaast zijn naadloze verbindingen nodig met huisartsen (inclusief poh), de buurtteams.

De verantwoordelijkheden voor begeleiding en behandeling blijven gedurende de proeftuinen formeel bij de beschermd wonen partners c.q. GGZ-partijen, maar in de uitvoering fungeren zij als één. In de proeftuinen wordt de afstemming en samenwerking in één geheel onderzocht en geëxpliciteerd. Door het werken vanuit gezamenlijke kantoor / ontmoetingsplekken en een duidelijk basis voor het Lokale GGZ team is het voor de diverse schillen een herkenbaar team.

De naamgeving staat nog ter discussie. Het is van belang om met elkaar herkenbaar te zijn. Er zijn diverse opties. Een sterke voorkeur heeft een naam die helder aangeeft waar hij voor staat. Een term / woord dat duidelijk is voor burgers, waarmee de GGZ zich helder organiseert en profileert. Er zijn diverse namen genoemd maar als werktitel hanteren wij voorlopig Lokale GGZ teams

Er wordt daarbij aandacht gegeven aan de gezamenlijke waarden en normen. Een gezamenlijk draagvlak en heldere beeldvorming voor de keten en netwerkpartners.

5.7 Verruiming ambulante beschikbaarheid en bereikbaarheid

Opschalen van FACT-zorg in avonduren en weekenden gebeurt nu via de crisisdienst en de kliniek (FACT-centrum en open opname kliniek: telefonische bijstand, bed, bad, brood, scherm thuis, huisbezoek, stoel of groep overdag). Er zijn in den lande initiatieven om de ambulante beschikbaarheid en bereikbaarheid uit te breiden. Of dit kan, hangt samen met de wijze waarop buiten kantooruren de beschikbare capaciteit wordt ingezet en op basis waarvan keuzes worden gemaakt wanneer het werk wordt overgelaten aan de crisisdienst en aan IHT (intensive home treatment, onderdeel van Acute psychiatrie). Een grote (in tijd) bereikbaarheid en toegankelijkheid zal de kans van slagen aanzienlijk vergroten. Hierbij kan ook de inzet van specialistische begeleiding, waar mogelijk en zoals deze nu wordt geleverd door de RIBW / Maatschappelijke opvang, worden overwogen. Dit vereist uiteraard ook heldere afspraken over de financiering van een en ander.

Abrona en Leger des Heils zijn in samenwerking van voornemens om in het derde kwartaal van 2015 in de avond- en nachturen en weekeinden de mogelijkheid van een time out-bed te bieden. Een bed voor burgers met acute problematiek die te licht zijn voor een opname in de GGZ en even niet handelbaar in de wijk. Beide instellingen verbinden op deze wijze hun expertise het gebied van JZ, VG, V&VT, MO en GGZ voor een doelgroep van 0 tot 100 jaar. Het doel is dat betrokken partij dan wel buurtteam de begeleiding op de eerst volgende werkdag weer overneemt.

5.8 Aansluiting op het netwerk

Om de proeftuinen succesvol te laten ontwikkelen is het belangrijk dat de proeftuinen één duidelijke, herkenbare en toegankelijke positie creëren ten aanzien van de andere partijen die deel uit maken van het netwerk rondom de cliëntengroep. Aansluiting, samenwerking en heldere taak- en functiegrenzen zijn hierbij aspecten die geëxpliciteerd moeten worden. Bewust van de onmogelijkheid alle partijen in beeld te hebben streven we naar afstemming met de hiernavolgende partijen. Binnen de proeftuinen is het gewenst dat er geschoold wordt in systeemgericht werken. Veel stress komt voort vanuit het systeem en de aandacht en support vanuit een goed werkend systeemgerichte interventies zijn daarbij onontbeerlijk.

Cliënt- en familie- initiatieven

Initiatieven op het gebied van peer support, recovery colleges, familie coaching, ervaringscoaches, ervaringswerkers dienen integraal deel uit te maken van de proeftuinen en daar zoveel als mogelijk in betrokken te worden. Per proeftuin wordt beschreven welke invulling er wordt gegeven aan dit onderdeel en wie in het projectteam en bij de uitwerking betrokken worden. Hierbij is aandacht voor culturele achtergronden gewenst. Naast de cliënten met ervaring, de peerworkers, zijn ook de familie ervaringsdeskundigen goed in te zetten binnen de proeftuinen.

Wijkteams

De Lokale GGZ-teams dienen naadloos aan te sluiten op de wijkteams. Omdat het echte expert-teams zijn dient zoveel mogelijk dubbelingen met wijkteamfuncties voorkomen te worden. Zij bieden hun expertise aan de wijkteams aan en nemen alleen wanneer dat geïndiceerd is de behandeling van de wijkteams (tijdelijk) over. Met de Buurtteamorganisatie Utrecht willen we samen uitwerken wat hiervoor noodzakelijk is. Daarbij willen we ook ruimte nemen voor 'out-of-the-box' nieuwe inrichtingsvoorstellen en doelgroep benaderingen.

Huisarts en haar praktijkondersteuner (POH)

Er is in verschillende wijken al intensieve samenwerking met de huisartsen of het eerstelijns gezondheidscentrum. Deze is essentieel om meerdere redenen. Uit onderzoek is duidelijk dat de levensduur van de psychiatrische patiënt 10-15 korter is dan die van andere burgers in de samenleving. Deze achterstand in gezondheid en levensverwachting is een gezamenlijke taak van GGZ en huisartsen.

De integratie van de gezondheidsfuncties psychiatrie en somatiek is derhalve essentieel en vraagt om een betere samenwerking tussen de betrokken zorgverleners. In ons beleid moeten we ook rekening houden met de beperkingen die mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen hebben om een goede behandeling en begeleiding te verkrijgen en vervolgens vol te houden.

Werk en dagbesteding

Participeren in de maatschappij betekent ook een bijdrage leveren. Dit kan zowel betekenen dat er activiteiten worden gedaan in het kader van dagbesteding, toeleiding naar werk, vrijwilligers werk of een betaalde baan naar vermogen. De samenwerking wordt gezocht met de betrokken stakeholders, zoals bijvoorbeeld met WIJ3.0 als het om IPS gaat en de sociaal makelaar in de wijken. Ook initiatieven als Enik, waar leren en ontwikkeling voorop staan, spelen hierin een rol. Dagbesteding wordt hierbij ingezet als herstel instrument, maar ook initiatieven als Panoramix, ontmoetingsplekken waar mensen laagdrempelig en dichtbij huis ontmoetingen vinden. Ook is hier vanzelfsprekend aandacht voor alle andere vormen en mogelijkheden voor werk en dagbesteding die voor iedere burger beschikbaar zijn.

5.9 Psynet en andere vormen van digitale ondersteuning

Bij, in ieder geval de Utrechtse, proeftuinen wordt gebruik gemaakt van **'Psynet'** dat dient ter ondersteuning van en verbinding tussen de hier bovengenoemde essentiële voorzieningen en functies en alle betrokkenen. Het wordt benut om de cliënt met diens persoonlijk netwerk te verbinden met de zorgverleners.

Cliënten geven bij inclusie in de proeftuin toestemming voor communicatieve ondersteuning via Psynet. De huisartsen in de binnenstad van Utrecht en Overvecht zijn al aangesloten.

Voor een toename van eigen regie heeft ook inzicht in eigen dossier, dan wel een cliënten portal een belangrijke rol.

Binnen iedere proeftuin wordt actief ingezet op digitale ontwikkelingen. Nieuwe vormen van cliënt ondersteuning en ook inzet van applicaties voor medewerkers en deelnemers

5.10 Tot slot

Op korte termijn worden er 1 projectleider en 2 proeftuinleiders aangesteld die in beginsel worden geworven door en vanuit de partijen van de Taskforce.. De proeftuinen gaan rond 1 oktober 2015 gefaseerd van start en worden ten minste jaarlijks geëvalueerd (zie ook hoofdstuk 6), waarbij expliciet de vraag aan de orde is of de proefperiode afgerond kan worden en er een meer structurele situatie ontstaat, dat verlenging wenselijk is dan wel dat we moeten concluderen dat de proeftuin de ambities niet heeft gerealiseerd. Logisch om ook na te gaan in hoeverre de ervaringen vanuit de proeftuinen elders (spontaan) navolging hebben gekregen. Ook kunnen er tussentijds nieuwe proeftuinen ontstaan. Dit alles gaat er hopelijk toe leiden dat er de komende jaren een proces ontstaat dat er via proeftuinen uiteindelijk in Midden en Westelijk Utrecht een rijk geschaakte variatie aan voorzieningen en functies aanwezig zijn die de doelstellingen van Over de brug hebben gerealiseerd. Met andere woorden dat volwaardig burgerschap voor mensen met een ernstig psychische aandoening sterk is verbeterd.

6. Onderzoek, meten en resultaten

In hoofdstuk 2 melden we al, dat de Taskforce de doelstellingen van 'Over de brug' als leidraad voor haar handelen neemt. 30% meer herstel: Persoonlijk, Symptomatisch en Maatschappelijk. Daarnaast ook klanttevredenheid en tevredenheid in de directe omgeving van de cliënt. Hoe brengen we het resultaat van onze plannen in beeld?

De monitoring kan geschieden op 2 hoofdlijnen. Ten eerste aan de hand van verschuivingen tussen vignetten en schadelast en ten tweede aan de hand van genoemde prestatievelen uit 'Over de brug'. De eerste manier om de doelen te monitoren is aan de hand van verschuivingen tussen aantallen EPA-cliënten in de vignetten. Conform bovenstaande doelen en in lijn met 'Over de brug' zet de Taskforce EPA in op gewenste verschuivingen tussen de vignetten. Het is wenselijk om voor de start van de proeftuinen nog een foto van de vignetten te maken.

In de tabel in bijlage 2 wordt de richting waarin verschuivingen dienen te gaan weergegeven en zijn de cijfers opgenomen van de vignettenstudie uit 2011. Het is aannemelijk dat er inmiddels al talrijke verschuivingen hebben plaatsgevonden in het kader van gerealiseerde bedden afbouw, de komst van de sociale wijkteams, de invoering van de Basis GGZ, de komst van de praktijkondersteuners en al ingezette samenwerkingstrajecten in de wijken.

Om tot een meting van de vignetten te komen moet er een nieuwe 'foto' gemaakt worden van de doelgroep en hun verdeling over de vignetten. Wanneer we in oktober 2015 een nieuwe meting, kan deze als 0-meting dienen en kan er na een jaar een nieuwe meting worden gedaan per proeftuin. Wanneer we 2016 als proeftuinjaar nemen zullen de (schadelast)resultaten pas begin 2018 meetbaar zijn. Hoewel zeker de moeite waard, vergt het ook nog veel geduld.

Het ligt dan ook voor de hand meting met behulp van de vignetten te combineren met een monitoring op resultaatgebieden uit de 'Over de Brug'.

Naast het in kaart brengen van de mate waarin plannen zijn gerealiseerd (input-evaluatie) en het verzamelen van procesinformatie uit de proeftuinen (throughput-evaluatie) om met elkaar van te leren, gaat het uiteindelijk om de concrete meerwaarde voor de cliënten (output-evaluatie) in termen van 30% meer herstel. Het is niet het doel van de Taskforce om een uitgebreide sociaalwetenschappelijke effectstudie op te zetten. Daarvoor ontbreekt het aan middelen. Wat we wel kunnen doen is gebruik maken van verschillende bestaande en elkaar controlerende databronnen en kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden. Daarnaast is het zinvol te onderzoeken hoe en of we mee kunnen in het onderzoeken van de promovendus Niels Zwikker. Hij gaat onder begeleiding van het Trimbos instituut en Professor Filip Smit de monitor uitvoeren die gaat lopen rondom PsyNet met een promovendus Niels Zwikker. Hij gaat de resultaten van PsyNet bekijken en ze ook vergelijken met proeftuinen in Groningen en Maastricht. Hier kan de regio Utrecht met de taskforce op mee liften. Op dit moment loopt een subsidie aanvraag voor PsyNet (Horizon 2020 en subsidie via VGZ). Als deze gehonoreerd worden is er veel geld voor de regio Utrecht dat we voor PsyNet maar ook breder voor de Taskforce in kunnen zetten.

In het meten en evalueren is het nadrukkelijk de wens dit óók door niet zorgprofessionals te laten uitvoeren. Het netwerk van cliënten, cliënten zelf, maar ook de (informeel) betrokken stakeholders kunnen daarbij betrokken worden. Voordat we kunnen gaan meten dienen we de belangrijkste doelen op het gebied van persoonlijk, symptomatisch en maatschappelijk herstel met elkaar te benoemen/operationaliseren om vervolgens te komen tot een passende en haalbare meting. Het ligt daarbij voor de hand om met elkaar te gaan werken met een instrumentarium dat de mate van herstel meet.

Daarvoor lijken momenteel 3 opties in beeld:

1. Bij ROM Zorgmonitor voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) gebruikte men tot nu toe alleen instrumenten voor het meten van psychiatrische symptomen, zorgbehoeften en kwaliteit van leven. Het ontbrak nog aan een instrument dat ook herstel van het sociaal maatschappelijk functioneren goed kan meten. In het licht van het landelijke rapport 'Over de Brug' vormt dit juist wel een centrale uitkomstmaat voor de GGZ. Altrecht heeft meegewerkt aan een pilot ter validering van het zogenaamde Functionele Remissie Instrument (FR) dat sociaal maatschappelijk herstel meet. Het is een kort instrument dat vraagt om een beoordeling over het afgelopen half jaar op drie gebieden van functioneren; 1. wonen en zelfzorg; 2. werken, (beroeps)opleiding of doelgerichte dagbesteding; 3. sociale contacten. Het instrument blijkt gemakkelijk in te vullen en heeft een goede validiteit. Dit instrument is bedoeld als aanvulling op andere instrumenten die symptomatisch herstel en persoonlijk herstel meten¹.
2. De Nederlandse empowermentsschaal, de NEL die is ontwikkeld om het herstelproces beter te leren begrijpen en om na te gaan waar mensen in dat proces staan.
3. De I-ROC), een instrument, dat vanuit het cliëntenperspectief 'herstel' meetbaar maakt, waarvan Bea Tiemens van Pro Persona de implementatie in Nederland coördineert. Onze regio zou hieraan deel kunnen nemen.
4. Zelfredzaamheidsmonitor

Wat meten	Meetinstrument	Frequentie
Mate van herstel van cliënten in de proeftuinen.	Navraag met de FR aan deelnemende cliënten per proeftuin	voor en na proeftuin
Aantal ingezette ervaringswerkers.	Navraag per proeftuin	bij einde proeftuin
Aantal gerealiseerde nieuwe IPS-trajecten	Navraag per zorgaanbieders	bij einde proeftuin
Aantal gerealiseerde nieuwe werkvormen in de wijk (bv. familie coaching, WRAP training,)	Navraag per proeftuin	bij einde proeftuin
Aantal aanwezige afstemmingsafspraken tussen lokale GGZ teams en overige ketenpartners	Navraag per proeftuin	bij einde proeftuin
Aantal gerealiseerde toeleiding naar werk	Navraag per proeftuin	bij einde proeftuin
Cliënt tevredenheid	Navraag met de Mansa aan deelnemende cliënten en hulpverleners per proeftuin	voor en na proeftuin
Aantal afgebouwde klinische bedden / plaatsen.	Navraag per zorgaanbieder	bij einde proeftuin
Aantal klinische verblijfsdagen	Navraag bij zorgaanbieders per proeftuin	bij einde proeftuin
Aantal acute opnames en duur van acute opnames	Navraag bij zorgaanbieders per proeftuin	bij einde proeftuin
Kosten verblijf WMO, ZVW en WLZ	Op basis van vignettenstudie	Voor en na proeftuin
Kosten ambulante ZVW, WMO	Op basis van vignettenstudie	Voor en na proeftuin

¹ Op basis van tekst van W. Swildens voor Altranet.

In de voorbereiding van de proeftuinen dient nog een keuze gemaakt te worden welk instrument gebruikt wordt tijdens de pilots. Naast de ZRM maakt Lister ook graag gebruik van de herstel schaal.

Uiteindelijk kunnen we met elkaar een monitor opzetten met een aantal doelen naar keuze. Figuur 3 geeft hier een exemplarische aanzet voor. In het najaar zal een definitieve monitor worden opgesteld.

6.1 Eindresultaten van de proeftuinen en overige regio's

De missie, visie en ambities zoals beschreven in dit document worden in de proeftuinen in praktijk gebracht. Elke proeftuin, kan in het verlengde van de gezamenlijk opgestelde monitor, te bereiken doelen formuleren.

Enkele voorbeeld waaraan men dan kan denken zijn:

Bij de evaluatie van de proeftuin op datum... hebben we bereikt dat:

- De cliënttevredenheid is toegenomen met 5% t.o.v. de nulmeting
- Procentueel meer mensen (10%?) werk of anderszins zinvolle dagbesteding hebben, werk passend bij hun draagkracht
- Aantal crisisopnames in de SGGZ is gelijk gebleven of gedaald
- De duur van de crisisopname is met 25% (?) verkort

Tevens blijkt er een samenhangend aanbod van informele zorg, voorzieningen en verzekerde zorg beschikbaar is.

- Inzichtelijk is welke niveau van samenwerking aangewezen is: koppeling, coördinatie of integratie
- Inzichtelijk is welke nieuwe vormen van zorg / samenwerking tot stand is gekomen.
- Inzichtelijk is hoe op en afschalen gerealiseerd is
- Resources kwalitatief en kwantitatief beschreven zijn per bouwsteen
- De bekostiging per bouwsteen herleidbaar is naar financieringsstromen.

6.2 Vervolg

De komende tijd wordt het voorgaande verder uitgewerkt en nagegaan in hoeverre samenwerking met een universiteit, hogeschool en/of kennisinstituut wenselijk is. Deze opdracht zal bij de projectleider worden belegd.

7. Financiering

Hoe we de financiële aspecten concretiseren wordt in de zomer van 2015 verder uitgewerkt. Wel is op hoofdlijnen al een aantal zaken te benoemen.

Als eerste is het is de wens om nu nog niet heel veel energie te steken in de budgetten, maar ons vooral te richten op de inhoud in de vorming van de proeftuinen om hiermee ons proces niet te vernauwen en de proeftuinen zoveel mogelijk met gesloten beurs uit te voeren.

We leveren een inhoudelijk geïntegreerd aanbod, maar financiering houden we in aanloop nog gescheiden, tenzij voortschrijdend inzicht anders vraagt. Wel zal er hier en daar al gefaciliteerd worden met vastgoed, waarbij de samenwerking wordt gerealiseerd vanuit bijvoorbeeld één locatie.

Medewerkers blijven onderdeel van de eigen organisatie, inclusief aansturing op functioneren en qua faciliteiten, of middels detachering.

Onderdeel van de uitwerking zal verder zijn hoe we de financieringen stroomlijnen /afstemmen. De Lokale GGZ- teams worden betaald door de zorgverzekeringswet en de Wmo. De huisartsen en hun POH en de basis ggz worden gefinancierd door de zorgverzekeringswet en daarbinnen vindt reeds substitutie van SGGZ naar basis GGZ en huisarts en POH plaats.

Recovery college, Platform volwaardig burgerschap en andere cliënt- en familie initiatieven hopen op financiering vanuit beide financiers.

8. Vervolgstappen en planning

Met de in dit document beoogde ontwikkelopgaven en doelstellingen geeft de Taskforce richting aan de te maken afspraken tussen cliënten- en familieorganisaties, zorgaanbieders en financiers. Precieze concretisering is een zaak van partijen en niet van de Taskforce EPA, gelet op richtlijnen ACM.

Nadat het document op 1 juli is goedgekeurd is er een start gemaakt met de hiervoor beschreven procedure voor werving en selectie van projectleider en proeftuinleiders.

Er gaat hiermee een nieuwe fase in voor de Taskforce. De huidige structuur is daarvoor aangepast. Bestuurders van de betrokken partijen zijn inmiddels uitgenodigd deel te nemen aan het per 2 september startende bestuurlijk overleg, er ontstaat hiermee een open bestuurlijk overleg binnen de regio. Er ontstaat daarmee een nieuwe dynamiek. Waarbij opgelet moet worden dat concurrentiele overwegingen niet de slagkracht van de Taskforce beperken. Het financiële aspect zal verder worden opgepakt door verzekeraar en gemeente. In het bestuurlijk overleg en binnen de proeftuinen moet het gaan over de kwaliteitsaspecten. Wanneer ook de proeftuinen in de regio gestart worden zal er opnieuw naar de structuur en de inrichting gekeken worden.

8.1 Communicatie

De inhoud van dit document “Volwaardig burgerschap en psychiatrie” en de vervolgvactiteiten worden breed intern en extern bekend gemaakt via berichten in de eigen communicatiemiddelen van de partijen binnen de Taskforce, via (externe) nieuwsbrieven en er wordt aandacht voor gevraagd in de relevante media. Ook op eigen website wordt verwezen naar dit document en binnen de aangesloten organisaties wordt de voortgang gedeeld. Nadat de in bijlage 1 genoemde partijen het document hebben ontvangen zal het ook breder verspreid worden.

Agenda vervolg

Maand	Onderwerp
Juli 2015	werving projectleiders en uitwerken proeftuinen
Juli 2015	notitie volwaardig burgerschap naar alle betrokkenen
Augustus 2015	inrichten proeftuinen
Augustus 2015	opstellen plan van aanpak per proeftuin
Na 21 Augustus 2015	sollicitatiecommissie
2 september 2015	eerste bestuurlijke overleg
September 2015	aanstellen projectleider en proeftuinleider
4 september 2015	conferentie Volwaardig burgerschap en psychiatrie
Oktober 2015	afspraken maken over proeftuinondersteuning en onderzoek en meten van resultaten
December 2015	eerste tussentijdse evaluatie en stand van zaken proeftuinen

Bijlagen

Bijlage 1 Leden Taskforce en verdere betrokkenen bij de Taskforce

Leden van de Taskforce

Altrecht	Roxanne Vernimmen en Gerard de Valk
Enik	Martijn Kole
Gemeente Utrecht	José Manshanden
Kwintes	Jan Willem van Zuthem
Lister	Marlies van Loon
Platform Volwaardig Burgerschap GGZ Utrecht.	Maryam Gazoul, Wilhelmine van der Giessen en Richard Makkinga
Victas	Herman Geerdink
Zorgverzekeraar Zilveren Kruis	Evert Hans van Woerkom en Peter van Zuidam
Voorzitter Taskforce	Leen van Leersum
Ambtelijk secretaris	Machteld van Raalte

Partijen die betrokken zijn

Buurtteam organisatie	Peter de Visser, Chris Smallenbroek en Ingrid Horstik
Gemeente Utrecht	Marga Vink en Diederik de Klerk
Gemeente Houten	Jocko Rensen
Gemeente Woerden	Nanda de Ridder en Lucy Kroes
Gemeente Zeist	Marcel Fluitman
HUS (huisartsen Utrecht stad)	Marcel van der Vaart en Judith van Leeuwen
Indigo	Christine Weenink, Carin de Kok, Ruud Coenen en Judith Meijer
Leger des Heils	Jan Jans
Phrenos	Jaap van Weeghel
Steunpunt GGZ Utrecht	Huub Beijers
Tussenvoorziening	Jules van Dam en Kay Neven
Trimbos	Christien Muuse en Sonja Van Rooijen
Wij 3.0	Menno van Piggelen
UMC Utrecht	Floor Scheepers

Bijlage 2 Arrangementen

Naam	Korte omschrijving	Doel	Door wie
Sociale prestatie	dat bestaat uit cliënt- en familie gestuurde initiatieven, die we voor de EPA-doelgroep toegankelijk willen maken naast het palet aan sociale, basiszorg en gespecialiseerde ggz diensten of	dat bestaat uit initiatieven van burgers om mensen met een ernstige psychische aandoening te ondersteunen bij hun 'eigen herstel' en in hun burgerschap.	recovery college, (Enik) , familiecoaching, WRAP, Platform volwaardig burgerschap, Steunpunt GGZ Participatieformule, Buurtcoaches, e.d.. per WMO-regio willen we het beschikbare zorgarrangement in beeld brengen, waar nodig aanvullen en toegankelijk maken
Arbeidsmatige activering Maatwerkvoorziening	uit initiatieven vanuit het sociale (WMO) domein om mensen met een ernstige psychische aandoening volwaardig te laten meedoen in de wijk.	een zinvolle dag invulling te bezorgen, te begeleiden naar en bij school en werk (zoals via IPS), etc..	wijkteams, Talentonen, WIJ 3.0 en anderen om mensen laagdrempelig op te vangen en te begeleiden bij hun burgerschap . Het is van belang dat er samenhang ontstaat in dit arrangement.
Basiszorg in de wijk	initiatieven die passen binnen maatwerkvoorzieningen in het kader van de zelfredzaamheid in de basis	meedoen in de wijk, gezondheid en financieel welzijn	buurtteams of wijkteams en individuele ondersteuning
Aanvullende zorg in de wijk	intensieve begeleiding bij herstel traject, curatief, maatschappelijk en persoonlijk	volwaardig participeren in eigen wijk en netwerk	RIBW, MO en wonen met zorg
Basis in de wijk & somatiek'	dat bestaat uit somatische zorgverlening en niet te complexe en ongevaarlijke klacht-, onderhoud- of ontwikkelgerichte geestelijke gezondheidszorg trajecten ten bate van de EPA-doelgroep door	kern hiervan zijn afspraken over somatische zorg, samenwerking en consultatie en overdracht & op- en afschaling van zorg bij toenemende complexiteit, ernst en gevaar.	huisartsen en hun POH, thuiszorg, wijkverpleging, basis GGZ en vrij-gevestigden. Hier gaat het om samenhang en ketenafspraken tussen cliënten, hun netwerk en betrokkenen uit de sociale schil, de basiszorgschil en de gespecialiseerde ggz-zorgschil.
Zorgarrangement 'ggz in de wijk'	dat bestaat uit een integrale teambenadering vanuit bestaande GGZ-aanbieders om bij toenemende complexiteit, ernst en gevaar	nader bepaald dient te worden welke deskundigheden en functies in zo'n team worden ondergebracht en welke steun vanuit dit arrangement aan de andere arrangementen kan worden gegeven.	gespecialiseerde GGZ-zorg per WMO-regio (en daarbinnen afgebakende werkgebieden) op een wijkgerichte wijze aan te bieden. integratie van bestaande deskundigheden en zorgfuncties, die nu nog door verschillende zorgaanbieders (of teams) worden aangeboden.
Opschaling in de wijk'	samenhangend pakket aan ambulante opschaling mogelijkheden, van telefoon, scherm, stoel (opvang overdag), bad, maaltijd en bed (opvang voor de nacht),	ter voorkoming van decompensatie en acute opname, evenals ter verkorting van klinische opnameduur.	lokaal GGZ team

Bijlage 3 Vignetten

In de hierna volgende tabel worden deze verschuivingen weergegeven en zijn de cijfers opgenomen van de vignettenstudie uit 2011. Het is aannemelijk dat er inmiddels al talrijke verschuivingen hebben plaatsgevonden in het kader van gerealiseerde bedden afbouw, de komst van de sociale wijkteams, al ingezette samenwerkingstrajecten in de wijken en de verschuiving van chronische cliënten in de generalistische basis GGZ.

Vignet	Aantal 2011	Doelstelling
0	709	Eerst toename in aantal (een deel van de EPA-doelgroep krijgt nu nog geen zorg), daarna afname.
1	383	Afname in aantal in de richting van BGGZ en HA+POH.
2	1.793	Toename, primair binnen het domein van buurt-/wijkteams, nauwe afstemming tussen deze teams en RGGZ-teams.
3	1.094	Toename, primair binnen het domein van RGGZ-teams.
4	2.025	Toename, binnen het domein van RGGZ-teams.
5	1.064	Toename in aantal, binnen het domein van RGGZ-teams. Afname in totaal aantal verblijfsdagen, in acute opnames en wat betreft gemiddelde kostprijs.
6	305	Afname in aantal in de richting van vignetten 2 t/m 5: zelfstandig wonen in de wijk, verhoging doorstroming ten behoeve van instroom vanuit vignet 7, meer gericht op herstel naar volwaardig burgerschap.
7	407	Komende jaren nog geen afname noch toename: capaciteit vormt de kern van beschermd verblijf. Er is nog steeds veel vraag naar en behoefte aan zorg volgens vignet 7. Wel verhoging doorstroming, mede ook ten behoeve van instroom vanuit vignet 8. Begeleiding meer gericht op herstel naar volwaardig burgerschap. Ook erkenning voor de 'ernstig er aan toe zijnde groep' waarvoor dit het maximaal haalbare zorgniveau is, maar geen hopeloos eindstation. Voor de langere termijn en bij voldoende huisvestingsalternatieven, kan afbouw een reële mogelijkheid worden.
8	148	Afname in de richting van vignet 7, verhoging doorstroming, behandeling meer gericht op herstel naar volwaardig burgerschap met inzet van Triple C.

Bijlage 4 De proeftuinen

Utrecht Overvecht

Doelstelling

Het vergroten van het functioneren en inclusie binnen de eigen omgeving van de cliënt, door binnen de wijk op maat de juiste ondersteuning vorm te geven zodanig dat een acute crisis wordt voorkomen. Hiermee dragen we bij aan een samenleving waarin mensen ondanks de gevolgen van hun psychiatrische aandoening kunnen participeren in hun omgeving.

Doelgroep

Cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de wijk Overvecht waarbij het accent ligt op cliënten in de vignetten 4 t/m 8 die op dit moment cliënt zijn van Altrecht FACT, Victas FACT, Lister, Leger des Heils en de Tussenvoorziening. Daarnaast is er nadrukkelijk ruimte voor cliënten die op dit moment geen cliënt van deze teams maar (tijdelijk) wel gebaat zijn bij het aanbod van het specialistische GGZ-team.

Wat gaan we doen

- Realiseren van een herkenbaar, lokaal ggz-team in de wijk waarin zowel behandeling als begeleiding is vertegenwoordigd, waarin integraal wordt samengewerkt en waarin een brug wordt geslagen tussen klinische en ambulante interventies.
- Nauw samenwerken met huisartsen, buurtteam, politie, corporaties en andere ketenpartners zodat bij een dreigende decompensatie of crisis of bij signalen van overlast snel kan worden opgeschaald. Het lokale GGZ-team biedt een consult-functie en kan zo nodig direct, zonder drempels, worden ingeschakeld. Binnen het team wordt bekeken welke expertise hierbij moet worden ingezet. Zodra dit mogelijk is wordt zorg (op onderdelen) weer afgeschaald naar de basiszorg.
- Bij cliënten die decompenseren en in crisis (dreigen te) raken wordt datgene gedaan dat nodig is om deze periode thuis of in de wijk te kunnen doorlopen. In nauwe samenwerking met naastbetrokkenen.
- Werken vanuit één fysieke hoofdlocatie die 24/7 bereikbaar is, waar een inlooptmogelijkheid is en waar een logeerfunctie / BOR-bed wordt gerealiseerd. Voor cliënten uit Overvecht vervangt dit het aanbod dat nu geleverd wordt vanuit het FACT-Centrum.
- Herstelwerkgroepen binnen de wijk in samenwerking met Enik. Het aanbod is voor alle EPA-clieënten.
- Investeren in het netwerk van de cliënt o.a. door het bieden van psycho-educatie aan naastbetrokkenen.
- Aandacht voor diversiteit borgen in herstelgroepen, aanbod v. psycho-educatie en in personeelsbeleid.
- Actief inzetten op deelname van alle cliënten in PsyNet.

Deelnemers in het specialistisch ggz team

Altrecht FACT, Lister en Victas. In de verdere uitwerking worden afspraken gemaakt met het Leger des Heils en de Tussenvoorziening over hun deelname binnen het lokale ggz-team en wordt onderzocht in hoeverre ook de ACT-teams van Altrecht kunnen aanhaken. Daarnaast wordt de samenwerking uitgewerkt met andere partijen die een rol spelen in de ondersteuning van de doelgroep zoals partijen op het gebied van dagbesteding, werk en participatie.

Beoogde resultaten

- Het vergroten van het persoonlijk, maatschappelijk en symptomatologisch herstel van epa-clieënten
- Een herkenbare specialistische ggz in de wijk Overvecht die goed aansluit en samen werkt met huisartsen, buurtteams, politie, woningcorporaties en andere ketenpartners.
- Het verminderen van aantal opnames en opnamedagen in de acute psychiatrie en het FACT-Centrum.
- Het vergroten van de uitstroom vanuit beschermd wonen.

Randvoorwaarden

- Om de beschreven rol te kunnen vervullen zal het voorkomen dat interventies gedaan worden die niet direct declarabel zijn. Hiervoor moet ruimte gecreëerd worden binnen de financieringskaders.
- Via subsidie-afspraken / inkoop 2016 betrokkenheid van andere partijen in het sociale domein organiseren (bijvoorbeeld de BTO, aanbieders op het gebied van activering).
- In overleg met woningcorporaties / aansturen op het creëren van mogelijkheden om cliënten vanuit beschermd wonen ambulant te laten wonen.
- Schotten tussen organisatie verwijderen: direct zorg kunnen leveren zonder wachttijd door intakeprocedures.

Utrecht Lunetten

Doelstelling

Het vergroten van het functioneren en inclusie binnen de eigen omgeving van de cliënt, door binnen de wijk op maat de juiste ondersteuning vorm te geven zodanig dat een acute crisis wordt voorkomen. Hiermee dragen we bij aan een samenleving waarin mensen ondanks de gevolgen van hun psychiatrische aandoening kunnen participeren in hun omgeving.

Doelgroep

Cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in de wijk Lunetten uit de vignetten (3) 4 t/m 8. Hierbinnen wordt speciale aandacht besteed aan de groep jonge psychotici en de groep zorgmijders en/of cliënten met 'stille' problematiek.

Wat gaan we doen

- Realiseren van een herkenbaar, lokaal ggz-team in de wijk waarin zowel behandeling als begeleiding is vertegenwoordigd, waarin integraal wordt samengewerkt en waarin een brug wordt geslagen tussen klinische en ambulante interventies.
- Nauw samenwerken met huisartsen, buurtteam, politie, corporaties en andere ketenpartners zodat bij een dreigende decompensatie of crisis of bij signalen van overlast en stille problematiek snel kan worden opgeschaald. Het specialistische GGZ-team biedt een consult-functie en kan zo nodig direct, zonder drempels, worden ingeschakeld. Binnen het team wordt bekeken welke expertise hierbij moet worden ingezet. Zodra dit mogelijk is wordt zorg (op onderdelen) weer afgeschaald naar de basiszorg.
- Bij cliënten die decompenseren en in crisis (dreigen te) raken wordt datgene gedaan dat nodig is om deze periode thuis of in de wijk te kunnen doorlopen. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met naastbetrokkenen.
- Werken vanuit één fysieke hoofdlocatie die 24/7 bereikbaar is, waar een inloopmogelijkheid is en waar een logeerfunctie / BOR-bed wordt gerealiseerd. Voor cliënten uit Lunetten vervangt dit het aanbod dat nu geleverd wordt vanuit het FACT-Centrum en een deel van het aanbod vanuit ABC. Actief inzetten op deelname van alle cliënten in Psynet.

Deelnemers in het specialistische ggz team

Altrecht FACT, Altrecht ABC, Lister, Victas. Deelname van de ACT-teams wordt nader onderzocht. Daarnaast wordt de samenwerking uitgewerkt met andere partijen die een rol spelen in de ondersteuning van de doelgroep zoals partijen op het gebied van dagbesteding, werk en participatie.

In het kernteam rondom de proeftuin worden in ieder geval ook Buurtteam Lunetten en het Gezondheidscentrum Lunetten (POH GGZ) betrokken.

Beoogde resultaten

- Het vergroten van het persoonlijk, maatschappelijk en symptomatologisch herstel van epa-clieënten in Lunetten.
- Een herkenbare specialistische ggz in de wijk Lunetten die goed aansluit en samen werkt met huisartsen, buurtteams, politie en andere ketenpartners.
- Het verminderen van het aantal opnames en opnamedagen in de acute psychiatrie, Altrecht ABC en het FACT-Centrum.
- Het vergroten van de uitstroom vanuit beschermd wonen.

Randvoorwaarden

- Om de beschreven rol te kunnen vervullen zal het voorkomen dat interventies gedaan worden die niet direct declarabel zijn. Hiervoor moet ruimte gecreëerd worden binnen de financieringskaders.
- Via subsidie-afspraken / inkoop 2016 betrokkenheid van andere partijen in het sociale domein organiseren (bijvoorbeeld de BTO, aanbieders op het gebied van re-integratie en activering).
- In overleg met woningcorporaties aansturen op het creëren van mogelijkheden om cliënten vanuit beschermd wonen ambulant te laten wonen.
- Schotten tussen de organisaties verwijderen: direct zorg kunnen leveren zonder wachttijd door intakeprocedures.

Proeftuinen in opbouw

In de gemeenten Zeist en Woerden wordt in de maanden juli – augustus eveneens gewerkt aan de opzet van twee proeftuinen. In september zullen de voorstellen worden voorgelegd aan de Taskforce en zal worden bepaald of er in deze gemeenten eveneens een proeftuin van start kan gaan.

Zeist

Binnen de gemeente Zeist willen Altrecht, Kwintes en Victas een Lokaal Gespecialiseerd GGZ team opzetten, conform de kaders uit dit rapport, door de goed lopende afstemming tussen de FACT-zorg van Altrecht en de begeleidingszorg van Kwintes uit te breiden met de FACT-zorg van Victas én af te stemmen op en met het sociale WMO-domein. De gemeente Zeist zal hier ook nadrukkelijk bij worden betrokken. De proeftuin zoekt net als de proeftuinen in Utrecht in op de implementatie- en coördinatievragen rondom de opzet van zo'n lokaal team, dat in feite gaat functioneren als een geïntegreerd netwerk. Hierbij willen we ook nagaan of Psynet kan worden ingezet, om de geïntegreerde aanpak digitaal te ondersteunen.

Voor wat betreft de afstemming met het sociale domein, zal het plan van aanpak "Meedoen in Zeist, op naar de nieuwe samenleving" een belangrijke leidraad vormen, naast de landelijke notitie 'Over de Brug'. De proeftuin zal moeten leiden tot overdraagbare werkvormen voor dergelijke Lokale GGZ teams en voor vormen van afstemming met het sociale domein, voor de WMO-regio's Utrecht, Lekstroom, Utrecht West en Zuid-Oost Utrecht (of: de vier WMO-gebieden in Midden West Utrecht) en mogelijk ook daar buiten.

Op basis van de antwoorden op bovenstaande aandachtspunten, alsmede de ervaringen uit de andere proeftuinen, kan berekend worden hoeveel Lokale GGZ-teams er nodig zijn in genoemde WMO-gebieden en op welke wijze deze gefinancierd worden. De uitkomsten zullen in afstemming met de Task Force EPA, cliënten- en familieorganisaties en financiers op hun waarde worden beschouwd.

Woerden

Op dit moment maken mensen met een ernstige psychische aandoening waar het tijdelijk niet goed mee gaat, gebruik van een crisisopname, time-out of bed-op-recept in het RPC Woerden. In WMO-regio Utrecht West verdwijnt de huidige open opnamecapaciteit van Altrecht in het Hofpoort ziekenhuis en verhuist de acute opnamecapaciteit naar Utrecht, waardoor de mensen uit deze regio bij een ernstige crisis voortaan in de stad Utrecht worden opgenomen. Altrecht brengt daarvoor in de plaats extra ambulante en outreachende zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Naast de inrichting van een lokaal gespecialiseerd GGZ-team zoals in Utrecht en Zeist, zal in deze proeftuin ook worden nagegaan of het mogelijk is voor een time-out of bed-op-recept een alternatief uit te werken met behulp van opvang in een beschermende woonvorm in Woerden en/of Maarsse, binnen de bestaande functies en financiële kaders?

De woonvormen bieden momenteel 24-uurs begeleiding. Met een dergelijk alternatief kan ambulante behandeling en begeleiding door dezelfde professionals worden voortgezet (continuïteit van zorg), wordt een veelal ontwrichtende crisisopname mogelijk voorkomen en blijft een patiënt in zijn of haar vertrouwde omgeving. De proeftuin moet antwoord geven op vragen als: hoe vaak kan een ernstige crisisopname worden voorkomen? Hoe ervaren patiënten, verwanten en professionals de tijdelijke opvang in een beschermende woonvorm? Wat vraagt deze opvang van de afstemming tussen ambulante behandelaars/ begeleiders en de medewerkers van de beschermende woonvorm?

Naast de antwoorden op deze zorginhoudelijke vragen kan berekend worden hoeveel opvangcapaciteit voor deze regio nodig is en hoe de opvang kan worden gefinancierd. De uitkomsten kunnen worden gebruikt voor een verdere uitrol in andere regio's.