

2019

Plan van aanpak Wachttijden GGZ regio Apeldoorn



TASKFORCE

Midden IJssel ~ Oost Veluwe

Mirjam Schleijpen

GGNet

10-5-2019

Inhoudsopgave

1. Inleiding	pag. 2 t/m 3
(bijlage 1*: werkprogramma EPA Taskforce)	pag. 10 t/m 42
2. Regionale knelpunten bij in-, door- en uitstroom	pag. 3 t/m 4
3. Knelpunten die landelijk aangepakt moeten worden	pag. 4 t/m 6
4. Mogelijke oplossingsrichtingen	pag. 6
5. Gekozen oplossingsrichtingen in de regio Midden IJssel/Oost Veluwe voor 2019	pag. 6 t/m 7
6. De vijf pilots/projecten in het kort	pag. 7 t/m 9
o Ketenoverleg Tactus-Riwis-Leger des Heils-IrisZorg (bijlage 2*)	pag. 43 t/m 44
o Plan van aanpak uitwisseling personeel Wijkteams/FACT-teams (bijlage 3*)	pag. 45 t/m 46
o Gezamenlijke intake verwarde personen/problemen op meerdere levensgebieden (bijlage 4*)	pag. 47 t/m 52
o Faciliteren netwerkzorg (bijlage 5*)	pag. 53 t/m 67
o Mogelijkheden inzet ervaringsdeskundigen vergroten door oprichting Herstelacademie, Korak	pag. 68 t/m 75

Plan van aanpak Wachttijden GGZ regio Apeldoorn

1. Inleiding

In de regio Apeldoorn e.o. zijn gemeenten, verzekeraar en zorgaanbieders enkele jaren geleden gestart met de EPA-Taskforce Midden IJssel - Oost Veluwe Apeldoorn. Daarnaast kwam verleden jaar de uitnodiging van KPMG om vanuit een regionale Taskforce Wachttijden GGZ een plan van aanpak te maken voor het verkorten en wegwerken van de wachttijden in de GGZ.

In deze eerste bijeenkomst "Regionale Taskforce wachttijden GGZ regio Apeldoorn" is besloten om niet een tweede Taskforce te starten in deze regio maar het thema wachttijden GGZ onder te brengen bij de al bestaande EPA-Taskforce Midden IJssel - Oost Veluwe Apeldoorn. Op geleide van de agenda van de EPA-Taskforce kunnen naast de vaste deelnemers van de Taskforce ook anderen uitgenodigd worden, b.v. de huisartsen (HOOG) zodat bij bespreking van het thema wachttijden de juiste partijen aan tafel zitten.

Samenstelling EPA-Taskforce

In de EPA-Taskforce zitten vertegenwoordigers op bestuurlijk niveau namens

- GGNet
- Riwis Zorg & Welzijn (verder Riwis)
- IrisZorg
- Leger des Heils
- Tactus Verslavingszorg
- Zorgbelang Gelderland
- een delegatie van de betrokken cliënt- en familievertegenwoordigers
- Gemeenten (Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde, Voorst, en recent ook Hattem. Aangevuld met Zutphen en Lochem (kennisdeling en waar mogelijk aanhaken; Zutphen en Lochem werken op het gebied van Maatschappelijke Opvang/ Beschermd Wonen structureel samen met centrumgemeente Deventer)
- Zilveren Kruis

Opdracht EPA-Taskforce

Alle partijen hebben zich gecommitteerd aan onderstaande opdracht:

1. De Taskforce doet kwalitatieve en kwantitatieve voorstellen voor de opbouw van ambulante zorg zowel vanuit WMO als ZVW perspectief. De Taskforce geeft inzicht in feitelijk aanwezige opname- en verblijfcapaciteit in de regio in de komende jaren en neemt het kader van de commissie Toekomst Beschermd Wonen daar in mee.
2. Tegelijkertijd met de afbouw van de opname- en verblijfcapaciteit wordt het opbouwen van een ambulante wijk/dorp/stadsdeel opgepakt. Het gaat daarbij om het opbouwen van een op herstel gerichte en georganiseerde sociale infrastructuur. Door middel van experimenten en pilots wordt toegewerkt naar structurele oplossingen op het gebied van wonen, werken en herstel. Dit wordt gedaan in dialoog en in samenwerking met het netwerk van professionals en gebruikers van deze voorzieningen en dit alles in een 'gemonitorde lerende opzet'.
3. Tevens in samenspraak met gemeenten en zorgverzekeraar te verkennen wat nodig is in de structuur om de benodigde vernieuwing en samenwerking tot stand te brengen.

Stip op de horizon 2014-2018

De EPA-Taskforce werkt toe naar een inclusieve samenleving met aandacht voor herstel, ontwikkeling, participatie en eigen regie van cliënten. Het kijken naar mogelijkheden, en niet zozeer naar de beperkingen van een cliënt, staat centraal. Een sterk, kwalitatief hoogstaand ambulant zorgnetwerk - met op elkaar aansluitende voorzieningen in het medisch en het sociaal domein - zorgt ervoor dat cliënten niet tussen wal en schip vallen. Medisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel vraagt om passende en samenhangende ondersteuning op deze drie gebieden. Waar mogelijk herstellen cliënten in hun eigen leefomgeving met passende ondersteuning.

De Taskforce is er van overtuigd dat de afhankelijkheid van zorg voor de EPA-doelgroep sterk kan worden teruggedrongen door betere preventie en herstelgerichte zorg.

Over het vervolg van de EPA-Taskforce (2019 en verder) is afgesproken dat de EPA-Taskforce wordt voortgezet waarbij de focus van de missie zou moeten veranderen van 'ambulantiseringsopdracht' naar het verder vormgeven van goede zorgstructuren in de wijk. De Taskforce zal prioriteiten benoemen waar zij de komende periode mee aan de slag gaat en op basis van de agenda zullen aanvullende deelnemers worden uitgenodigd. De doelgroep 'EPA' zou moeten worden losgelaten. De focus moet liggen op herstel van mensen met GGZ-problematiek waardoor hun dagelijks leven ontwricht is.

Momenteel wordt door de EPA Taskforceleden uitvoering gegeven aan het werkprogramma van deze taskforce. Dit werkprogramma is niet specifiek gericht op de aanpak van wachttijden in de regio maar is gericht op het met elkaar vormgeven van goede zorgstructuren in de wijk en draagt daarmee bij aan het bieden van de passende behandeling en begeleiding op het goede moment dicht bij waar de burger/cliënt/patiënt woont. Indirect draagt het werkprogramma hier uiteraard wel aan bij (zie bijlage 1*. Werkprogramma EPA-Taskforce Midden IJssel - Oost Veluwe Apeldoorn e.o.).

Opgave vermindering wachttijden

In een tweetal sessies, begeleid door KPMG, zijn voor de regio Apeldoorn globaal in kaart gebracht welke knelpunten spelen, en waar mogelijk oplossingsrichtingen zijn. Vervolgens is een keuze gemaakt voor de aanpak van de wachttijden in deze regio voor 2019.

In wisselende samenstelling waren vertegenwoordigers van Zorgbelang Gelderland, Mind, Tactus, Riwis Zorg & Welzijn, Leger des Heils, IrisZorg, GGNet, Zilveren Kruis, Huisartsenorganisatie Oost Gelderland (HOOG), PsyQ, Coöperatieve Vereniging Psyzzorggroep Overgelder/Psychologencentrum, Gemeente Apeldoorn aanwezig.

2. Regionale knelpunten bij in-, door- en uitstroom

Overkoepelende knelpunten

Beperkte capaciteit en onbekendheid met elkaar (en elkaars mogelijkheden)

Verschillende plekken in de keten zitten "op slot" door beperkt beschikbare capaciteit. Denk aan: beperkt beschikbare capaciteit bij de POH, onderbezetting in de BGGZ door inzet van deel BGGZ bij POH's en lange wachttijden in de SGGZ door complexe problematiek. Hierdoor is er weinig ruimte tot flexibel op- en afschalen van zorg.

Wijkteam en FACT(behandel)-teams van de verschillende zorgaanbieders kennen elkaar onvoldoende. Daardoor wordt er te weinig gebruik gemaakt van elkaars kennis en kunde. Het snel op en afschalen bij complexe, chronische patiënten wordt bemoeilijkt door verschillende financierings- en registratievormen. Een patiënt met een complex chronisch probleem zou wanneer nodig een keer in de zoveel tijd vanuit de huisarts, wijkteam of psycholoog in de wijk moeten kunnen opschalen naar de SGGZ en dan weer terug.

1. Suboptimale instroom

Bij de instroom is sprake van verschillende knelpunten.

- De regio heeft onvoldoende, integraal inzicht in wachtenden op wachtlijst. De omvang van de wachttijdproblematiek is daarmee nog te ondoorzichtig. De Vektis-data bieden niet de juiste inzichten en de informatie in de regio is verspreid over verschillende spelers. Er is integraal inzicht nodig in doelgroepen met onaanvaardbare wachttijden om focus te bieden.
- Consultatie en overleg tussen huisartsen en GGZ aanbieders in de regio loopt, maar kan verder worden geoptimaliseerd. Een goede triage en informatievoorziening door de POH bespoedigt de intake bij een GGZ aanbieder.
- Huisartsen, Sociale Wijkteams en zorgaanbieders in de regio moeten elkaar beter weten te vinden met korte lijnen om behandeling en begeleiding op de verschillende levensgebieden vanuit de verschillende partijen naast of na elkaar effectief te kunnen inzetten.

- Crisisgevoelige patiënten worden niet geaccepteerd bij kleinere aanbieders. Deze patiënten worden verwezen naar geïntegreerde instellingen met crisisdiensten. Door de grote vraag en het tekort aan specialistische expertise van psychiaters, die steeds meer als zelfstandige gaan werken, loopt het daar vast.

2. Suboptimale uitstroom

Suboptimale uitstroom creëert opstopping van de doorstroom en daarmee wachttijden aan de voorkant. Oorzaken hiervoor zijn:

- Onvoldoende mogelijkheid tot afschalen van de SGGZ naar de BGGZ, doordat een deel van de BGGZ medewerkers van GGNet momenteel worden ingezet in de huisartsenpraktijk als POH GGZ. Daarom loopt de inzet van de POH GGZ in de huisartsenpraktijken goed en wordt er veel opgeleid. Dit biedt nu kansen om GGNet medewerkers terug te halen naar de BGGZ, maar dit vraagt om de nodige voorzichtigheid. Een vertegenwoordiger van de vrijgevestigden geeft aan dat er zelden een cliënt vanuit de SGGZ wordt afgeschaald naar de BGGZ in hun praktijken. Ook is er in de praktijk een verschuiving in zorgzwaarte zichtbaar, cliënten blijven langer in behandeling in de BGGZ omdat er wachttijden zijn voor de SGGZ. SGGZ-zorgaanbieders geven aan dat een verduidelijking in wachttijden zou helpen; bijvoorbeeld een opsplitsing naar zorgvraag en urgentie, maar ook het voorkomen van dubbelingen.
- Onvoldoende mogelijkheid tot overdracht naar de huisarts, onder andere door beperkte beschikbaarheid van de POH. De POH's zitten vol.

3. Knelpunten die landelijk aangepakt moeten worden

Naast regionale knelpunten (waarvan er twee op landelijk niveau aangepakt moeten worden) zien de ketenpartners ook een aantal knelpunten rondom wachttijden die buiten de invloedssfeer van de regio liggen. Deze knelpunten moeten worden geadresseerd aan de landelijke tafel. Hieronder staat om welke thema's en knelpunten het gaat.

Arbeidsmarkt en gebrek aan opleidingsplaatsen

Het thema 'Arbeidsmarkt/gebrek aan opleidingsplaatsen' is in het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022 (HLA GGZ) gekoppeld aan de wachtlijsten, maar hier zit geen voortgang op.

GGZ aanbieders zitten met onvervulde vacatures voor regiebehandelaren, SPV'ers en verpleegkundigen. Daarentegen zijn basispsychologen in overvloed aanwezig. De regio ziet een mogelijkheid in het bijscholen van basispsychologen tot GZ-psychologen om de capaciteit onder regiebehandelaren landelijk te vergroten.

Het toegekende aantal opleidingsplaatsen zit aan de onderkant van het advies van het capaciteitsorgaan. Aan de bovenkant gaan zitten helpt hier. Specifiek: de opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten lijken niet te kunnen groeien. Ook hier is druk vanuit de overheid noodzakelijk.

Verzekeraars en ministeries kunnen voor psychiaters het draaien van diensten als eis stellen om geaccrediteerd te worden, dat maakt het zzp-schap minder aantrekkelijk. Hier ligt echt een rol voor verzekeraars en ministerie.

Administratieve lasten

Het thema Administratieve Lasten is in het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2019-2022 (HLA GGZ) gekoppeld aan de wachtlijsten, maar ook hier zit geen voortgang op. Administratieve lasten in de GGZ bedragen nu 30%. Halveren hiervan lost in één klap de wachtlijsten op, en het arbeidsmarktprobleem.

Er zijn zowel in de vorm van registratie als in de vorm van kwaliteitsverplichtingen zo veel handelingen die, zonder de patiënt daar direct voordeel van heeft, gedaan moeten worden. Dit gaat ten koste van behandeltijd. Suggestie: Meldpunt paarse krokodil?

De WVGZ (wet Verplichte GGZ) zal meer tijd vragen van behandelaren. Het is nog onduidelijk hoeveel extra administratieve tijd van de behandelaren deze Wet gaat vragen. De financiële consequenties zijn eveneens onduidelijk terwijl de Wet budgetneutraal wordt ingevoerd.

Financiering Consultatie(team) en financiering advies, training en scholing

Wijkteam en FACT(behandelteam)-team kennen elkaar onvoldoende. Daardoor wordt er te weinig gebruik gemaakt van elkaars kennis en kunde. Een liaisonfunctie kan dit ondervangen maar knelpunt hierbij is de financiering. Consultatie door een behandelaar aan het sociaal wijkteam kan helpen om opschalen naar SGGZ te voorkomen. Hier is geen betaaltitel voor. Ook niet voor een tijdelijke korte opname (BOR bed op recept) of de mogelijkheid voor een patiënt om even uit de thuissituatie weg te zijn naar b.v. een respijthuis. Het snel op en afschalen bij complexe, chronische patiënten wordt bemoeilijkt door verschillende financierings- en registratievormen. Een patiënt met een complex chronisch probleem zou wanneer nodig een keer in de zoveel tijd vanuit de huisarts, wijkteam of psycholoog in de wijk moeten kunnen opschalen naar de SGGZ en dan weer terug. Ook hier is experimenteerruimte nodig. Inmiddels is duidelijk dat in het hoofdlijnenakkoord mogelijkheden worden ondersteund.

Daarnaast is er nog onvoldoende vaardigheid en expertise van GGZ-problematiek bij medewerkers in het sociaal domein, dit geeft risico's voor patiënten, medewerkers en burgers. Gericht deskundigheidsbevordering op thema's als persoonlijkheidsstoornissen, LVB, systeem aanpak, verslaving, psychose en herstelondersteunende zorg is nodig. Knelpunt is de structurele financiering van deze training en scholing. De huidige ZonMw subsidies zijn tijdelijk van aard.

Experimenteerruimte om patiënten op de juiste plek zorg te laten ontvangen

Onvoldoende mogelijkheid tot opschalen bij terugval (i.e. volumeknop). Dit geldt vooral voor de chronische groep patiënten. Hoe organiseer je binnen de bestaande systeemkaders de achterkant zodanig, dat veilige overdracht mogelijk is met garantie tot tijdelijke beschikbaarheid van SGGZ bij terugval? Denk bijvoorbeeld aan een waakvlamfunctie.

Kwaliteitsstatuut en veldnorm rond regiebehandelaarschap is beperkend

In de optiek van de zorgverzekeraar dient het kwaliteitsstatuut aangepast te worden, omdat zij geen bilaterale afspraken per regio kunnen maken over de kwalificatie-eisen voor bepaalde functies. Veel zaken zijn nu voorbehouden aan regiebehandelaren en dit betreft een beperkte groep hoogopgeleide professionals waar landelijk een groot tekort aan is.

De veldnorm rondom regiebehandelaarschap is ook beperkend wanneer zorgaanbieders met elkaar willen samenwerken in de zorgverlening voor een patiënt. Deze vereist een intake, diagnose en behandelplan van beide zorgaanbieders, wanneer zij samenwerken aan de zorg voor één patiënt. Bijvoorbeeld in gevallen waarbij een patiënt in behandeling is bij zorgaanbieder A, maar tijdelijk een module wil volgen bij zorgaanbieder B. De patiënt moet dan bij beide instellingen een regiebehandelaar hebben met bijbehorende eisen. Dergelijke eisen vertragen de doorstroom en dragen daardoor bij aan langere wachttijden aan de voorkant. In afstemming met een van de zorgverzekeraars zullen we op dit punt een voorstel doen om gebruik te maken van het protocol gecontroleerde experimenteerruimte GGZ Kwaliteitsstatuut.

Structurele Financiering IPS

De financiering van IPS werktoeleidingstrajecten is zeer lastig. IPS staat voor Individuele Plaatsing en Support en is de enige evidence-based werktoeleidingsmethodiek voor mensen met psychische problemen. Veel gemeenten geven aan zelf trajectbegeleiders in dienst te hebben, deze werken echter niet met IPS- methodiek. Of financiering komt er niet doordat er schotten zitten in de gemeentelijke domeinen van participatie/WMO/dagbesteding en werk en inkomen, waardoor de kosten en opbrengsten in verschillende en ook financieel gescheiden domeinen vallen.

Gevolg is dat IPS-trajecten niet structureel gefinancierd worden en cliënten onnodig werkloos en in de bijstand blijven hangen, een zinvolle daginvulling door werk ontberen en onnodig lang in behandeling in de SGGZ blijven. Nu moeten afspraken gemaakt worden met individuele gemeenten (dat zijn 355 afspraken). De gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Hattem, Heerde en Voorst financieren momenteel IPS-trajecten b.v. uit het regionale budget voor Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen. Onderzocht moet worden of er in de regelgeving rond de Participatiewet uniformere/betere handvatten voor deze doelgroep kunnen worden vastgelegd.

4. Mogelijke oplossingsrichtingen

1. Intensiveren van de samenwerking rondom de wachttijden van de GGZ. Inzicht krijgen in elkaars wachttijden, de cliënten op deze wachttijsten in beeld brengen, hun zorgvraag definiëren en tijdig een (al dan niet gezamenlijke) behandeling/begeleiding bieden. Dit zodat de beschikbare (arbeids-)capaciteit zo optimaal mogelijk kan worden benut. Dit geldt zowel voor de wachttijden voor Beschermd Wonen-voorzieningen als voor wachttijden SGGZ.
2. Heralloceren van het GGZ-aanbod. Nu worden crisisgevoelige patiënten niet geaccepteerd bij kleinere aanbieders. Is het mogelijk dat zij ook (delen van) behandelingen van deze patiënten bieden. Hiervoor zou een pilot gedraaid kunnen worden met een beperkte doelgroep, zodat het in eerste instantie behapbaar wordt gemaakt.
3. Mogelijk maken dat zorgaanbieders naar elkaars modules kunnen doorverwijzen wanneer cliënten vanwege multiproblematiek verschillende behandelingen nodig hebben voor hun herstel. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van elkaars groepsbehandelingen, maar ook voor specifiekere zorgvragen van cliënten.
4. De consultatiefunctie voor de huisartsen kan geoptimaliseerd worden. Hierdoor kunnen huisartsen even schakelen/overleggen en mogelijk beter doorverwijzen.
5. Ditzelfde zou moeten worden gerealiseerd voor de op-, en afschaling van wijkteam/WMO naar SGGZ; de cliënt dient een zachte landing te krijgen. Snel kunnen schakelen is een belangrijke voorwaarde om, indien het mis gaat, de zorg voor een cliënt snel en goed op te schalen. Wijkteam en FACT(behandelteam)-team kennen elkaar onvoldoende. Daardoor wordt er te weinig gebruik gemaakt van elkaars kennis en kunde. Een liaisonfunctie kan dit ondervangen maar knelpunt hierbij is de financiering. Consultatie van een behandelaar aan het sociaal wijkteam kan helpen om opschalen naar SGGZ te voorkomen. In het kader van de samenwerking FACT-SWT zijn er subsidietranches vanuit ZonMW om een consultatieteam WMO/SWT vorm te geven.
6. Samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgaanbieders (SGGZ en BGGZ) en de partijen in het sociaal domein aan de voordeur. Juist de samenwerking, die nu nog niet altijd vanzelfsprekend is, kan meer gestalte krijgen. In dit kader dient ook meer verbinding gezocht te worden met de Sociale Wijkteams.

5. Gekozen oplossingsrichtingen in de regio Midden IJssel/Oost Veluwe voor 2019

Gekozen is om de punten 1 (voor het deel wachttijden Beschermd Wonen-voorzieningen) en 5 en 6 uit te werken tot pilots/projecten die dit jaar van start gaan. De pilots/projecten zijn of worden ondergebracht in het werkprogramma van de EPA-Taskforce. Daarmee is ook meteen de voortgang, verantwoording en borging geregeld op regionaal niveau.

Concreet zijn 5 projecten gestart:

- A. Ketenoverleg Tactus-Riwi-Leger des Heils-IrisZorg
- B. Uitwisseling personeel Wijkteams/FACT-teams
- C. Gezamenlijke intake verwarde personen/problemen op meerdere levensgebieden
- D. Faciliteren netwerkzorg
- E. Mogelijkheden inzet ervaringsdeskundigen vergroten door oprichting Herstelacademie, Korak

Oplossingsrichting 1 (voor het deel inzicht en samenwerking wachttijden SGGZ) en 2 (heralloceren GGZ-aanbod) worden (nog) niet opgepakt. De wachttijden SGGZ zitten in deze regio met name bij GGNet (en niet bij de andere EPA-taskforce-leden) en bij kleinere zorgaanbieders. Het blijkt lastig om deze kleinere aanbieders rond de tafel te krijgen. Dit maakt het tevens lastig om inzicht te krijgen in elkaars wachttijden, beter samen te werken en te heralloceren.

Het voorkomen van wachttijden voor BW-voorzieningen wordt wel in regionale samenwerking opgepakt (zie boven).

Uiteraard heeft GGNet een plan van aanpak Wegwerken Wachttijden in uitvoering voor 2019 en 2020 dat gedeeld wordt/is met verzekeraars.

Punt 3 is (naast eerder genoemde knelpunten die landelijk aangepakt moeten worden) meegegeven aan verzekeraars en KPMG om op de landelijke tafel te agenderen.

Punt 4 wordt opgepakt in bilaterale verbanden en niet op regionaal-niveau.

6. De vijf pilots/projecten in het kort

A. Ketenoverleg Tactus-Riwis-Leger des Heils-IrisZorg (zie bijlage 2)

Deelnemers

Tactus, Riwis, Leger des Heils, IrisZorg

Doel

- . wegwerken wachtlijst Beschermd Wonen binnen de regio Apeldoorn
- . op- en afschalen bij vastgelopen casuïstiek en creëren van time-out plekken
- . casuïstiek tafel bij complexe zorgvragen
- . delen van expertise, versterken trajectmatig werken en monitor trends en ontwikkelingen

Stand van zaken

Gestart in maart 2019, verdere uitwerking volgt.

B. Uitwisseling personeel Wijkteams FACT-teams (zie bijlage 3)

Deelnemers

Gemeente Apeldoorn en GGNet

Doel

Creëren van een situatie waarin we patiënten kunnen bespreken en beleid en onderlinge acties kunnen afstemmen zodat we snel en makkelijk zorg kunnen opschalen en afschalen en een aantal behandelingen cq. begeleiding gezamenlijk kunnen uitvoeren

Stand van zaken

Tweede helft 2018 is het plan van aanpak uitgewerkt, begin 2019 is tot financiële overeenstemming gekomen en in maart 2019 is gestart met het project middels deelname aan elkaars teams voor overleg, afstemming, op- en afschaling, gezamenlijke uitvoering van behandeling en begeleiding van cliënten en consultatie.

Evaluatie eind 2019.

C. Gezamenlijke intake verwarde personen/problemen op meerdere levensgebieden (zie bijlage 4)

Deelnemers

Tactus, IrisZorg, BAS Basiszorg, gemeente Apeldoorn, GGNet, 's-Heeren Loo, huisartsen, POH, WMO loket en CMO's (vroegere wijkteams), ervaringsdeskundigen, Zorgbelang Gelderland

Doel

De pilot wordt opgezet om samen te werken om zo snel mogelijk adequate zorg in te kunnen zetten op het moment dat verward gedrag wordt geconstateerd en er een hulpvraag is. Daardoor kan verergering en/of onnodig lang voortbestaan van klachten en problemen voorkomen worden.

- Door gezamenlijk signalen vroegtijdig te herkennen kan er direct doorgepakt worden
- Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning gebeurt vanuit een passende persoonsgerichte aanpak

Het project zal zich richten op het organiseren van een gezamenlijke intake aan de voordeur, dus direct na doorverwijzing van huisarts.

Stand van zaken

Voor het ontwerpen van een proces van gezamenlijke intake en het maken van een projectplan voor het implementeren en borgen van de gezamenlijke intake is een startsubsidie aangevraagd bij ZonMW. Deze is toegekend en momenteel worden 2 bijeenkomsten gepland om in april/juni 2019 in een tweetal begeleide sessies een gezamenlijke intake te ontwerpen. Beoogde startdatum juni/juli 2019.

D. Faciliteren netwerkzorg (zie bijlage 5)

Deelnemers: cliënten, informeel betrokkenen en professionals

Doel

Bevordering netwerkzorg, door alle betrokkenen rond een cliënt (met toestemming van die cliënt) met elkaar in contact te brengen.

Stand van zaken

Binnen een groot deel van het werkgebied van de EPA-Taskforce (nl. binnen de huisartsenregio Apeldoorn) is een implementatie gaande van OZOverbindzorg. Een communicatiesysteem dat netwerkzorg rond een cliënt kan ondersteunen. En daarbij met de cliënt als regisseur behalve professionals uit het medisch en sociaal domein ook het informele netwerk betreft. Met OZO kunnen betrokken partijen rond een cliënt elkaar makkelijk raadplegen en samen optrekken.

Voor de implementatie is het hele jaar uitgetrokken. In totaal zijn nu (na het 1ste kwartaal van de implementatie) medewerkers van ca. 150 (onderdelen van) organisaties getraind.

E. Mogelijkheden inzet ervaringsdeskundigen vergroten door oprichting Herstelacademie, Korak (zie bijlage 6)

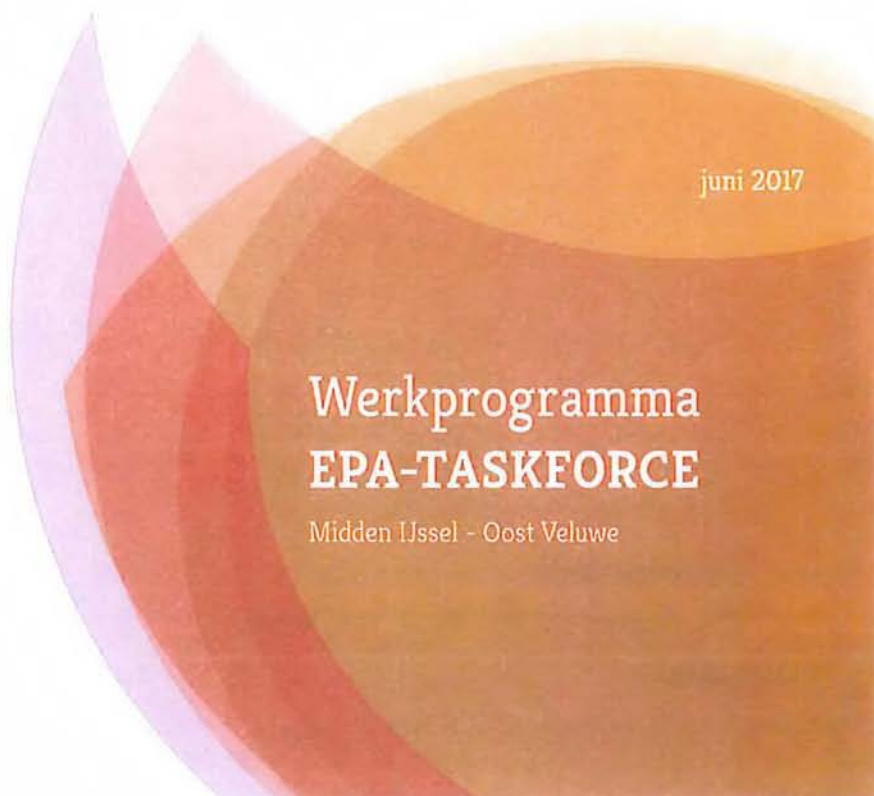
Stand van zaken

Met de start in januari 2019 van een regionaal centrum voor ervaringsdeskundigheid, Korak, kunnen we cliënten ook een perspectief op ondersteuning vanuit ervaringsdeskundigheid bieden. Het programma van Korak wordt nog verder vormgegeven maar bestaat nu al uit de samenvoeging van herstelondersteunende groepen, trainingen en educatie door ervaringsdeskundigen van de verschillende deelnemende organisaties.

Doel

Het herstelcentrum wordt opgericht in een context waarbij er sprake is van steeds kortere behandelingen en verschuiving van de zorg van intramuraal naar extramuraal. Het herstelcentrum kent bewust een bredere doelgroep dan alleen de EPA-doelgroep omdat het centrum preventief en herstel bevorderend werkt. Het herstelcentrum wil er zijn voor alle mensen met een psychische kwetsbaarheid, mensen die geraakt zijn door verslaving, en naastbetrokkenen. Daarvoor zijn ook contacten met het sociaal domein (wijkteams) belangrijk. Deelname is ten allen tijde op basis van vrijwilligheid. De activiteiten zijn gericht op het persoonlijk herstel: de ontwikkeling van eigen kracht door de deelnemers. Het primaire doel van het Herstelcentrum zich te richten op het persoonlijk herstel. De verwachting is dat maatschappelijk of medisch herstel hier uit voort kan vloeien.

Bijlage 1: Werkprogramma EPA Taskforce





Werkprogramma

EPA-Taskforce Midden IJssel - Oost Veluwe

juni 2017

Inhoud

1	Achtergrond	4
1.1	Regionaal Zorglandschap 2014-2018	4
1.2	Commissie Toekomst Beschermd wonen	4
1.3	Woord vooraf: landelijke context beddenafbouw en ambulantisering	5
1.4	Aantallen mensen met EPA in de regio Midden IJssel/Oost Veluwe	6
2	EPA-Taskforce	7
2.1	Samenstelling	7
2.2	Opdracht	7
2.3	Stip op de horizon	7
2.4	Werkwijze	7
3	Aanpak en status werkprogramma	9
3.1	Vervolg	9
3.2	Proces	9
4	Het werkprogramma	10
4.1	Intramurale capaciteit	10
4.2	In-, door- en uitstroom	11
4.3	Lacune in overgang van klinisch verblijf naar Beschermd Wonen (BW)	12
4.4	Beschikbaarheid van diversiteit aan betaalbare woonvormen	13
4.5	Opstapregeling	15
4.6	Stimuleren scheiden wonen-zorg in de regio	16
4.7	Opnamecapaciteit voor bovenregionale specialistische GGZ/ verslavingszorg	17
4.8	Verbeteren kwaliteit opnamevoorziening door High Intensive Care	18
4.9	Herstelacademie	19
4.10	Respijtoorzieningen	19
4.11	Verbeterde (her)diagnostiek en uitbouw en kwaliteitsverbetering psychologische hulp, waaronder traumabehandeling	20
4.12	Vergroten kennis en verbeteren van vaardigheden van professionals	20
4.13	FACT	21
4.14	Netwerkontwikkeling gezondheidszorg	23
4.15	Personen met verward gedrag	23
4.16	Sociale steunstructuren	24
4.17	Mantelzorgondersteuning	25
4.18	24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid	26
4.19	E-health ondersteuning	27
4.20	Behoud van werk/re-integratie/dagbesteding	27
4.21	Individuele Plaatsing en Steun (IPS)	28
4.22	Proeftuin re-integratie gemeente Apeldoorn	28
4.23	Monitoring	28
4.24	Aan de slag!	29
5	Overzicht acties	30
6	Bijlagen	33

Werkprogramma EPA-Taskforce Midden IJssel - Oost Veluwe



Achtergrond

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn in de afgelopen periode verschillende ingrijpende transities in gang gezet. De transities moeten bijdragen aan betere en effectievere zorg en ondersteuning voor mensen met een Ernstige en/of langdurige Psychische Aandoening (EPA). Twee belangrijke transities zijn de ambulantisering van de GGZ en de hervorming van de langdurige GGZ (overheveling van voorheen vanuit de Awbz gefinancierde onderdelen van de GGZ naar de Wlz en Wmo).¹ Daarbij is het streven om cliënten meer mogelijkheden te bieden op en ondersteuning te bieden bij hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het doel is ervoor te zorgen dat cliënten een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk betrokken leven kunnen leiden.

Regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, financiers, cliëntenorganisaties en andere maatschappelijke organisaties is cruciaal voor een goed verloop van deze transities. Dit staat beschreven in het in 2016 verschenen Handvat regionale samenwerkingsagenda dat in opdracht van het ministerie van VWS door het Trimbos instituut is opgesteld.² In deze transities hebben de betrokken financiers, gemeenten en zorgverzekeraars, een belangrijke regierol. Zo ook in de regio Midden IJssel en Oost Veluwe. In deze regio hebben betrokken gemeenten³ en zorgverzekeraar Zilveren Kruis begin 2016 de EPA-Taskforce Midden IJssel/Oost Veluwe, verder EPA-Taskforce genoemd, opgericht.

1.1 Regionaal Zorglandschap 2014-2018

De start van de EPA-Taskforce is een logisch vervolg op het initiatief Regionaal Zorglandschap 2014-2018. Dit is in 2013 gestart door de vijf grote GGZ instellingen (GGNet, Riwis Zorg & Welzijn, Iriszorg, Tactus Verslavingszorg en het Leger des Heils) in de regio Oost Veluwe en de Achterhoek, de belangrijkste zorgverzekeraars in deze regio (Zilveren Kruis en Menzis in een latere fase) en de gemeente Apeldoorn, mede namens omliggende gemeenten, in de persoon van de betrokken wethouder. Aanleiding van dit traject was het afsluiten van het Bestuurlijk akkoord GGZ 2013-2014.⁴ Hierin is een beddenafbouw (Wlz, Zvw) van een derde afgesproken voor de jaren 2014-2020 ten opzichte van de capaciteit in 2008. Voorwaarde van een dergelijke afbouw is dat er een sterk, kwalitatief hoogstaand ambulant zorgnetwerk wordt gevormd. Bij ontbreken van voldoende intensieve ambulante hulp zal de druk op klinische voorzieningen weer toenemen, met nieuwe wachtlijsten en lange wachttijden als gevolg.

Dit bestuurlijke samenwerkingstraject heeft medio 2015 geresulteerd in een gezamenlijk visiedocument en ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) in de regio (zie bijlage 1).⁵ Doel van de ontwikkelagenda is om concrete stappen te zetten in de richting van een zorglandschap dat mensen met ernstige psychische aandoeningen meer kansen biedt op een zelfstandig, gezond, veilig en sociaal en maatschappelijk leven en waarin het aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen met een derde afneemt. Deze visie en ontwikkelagenda is onderbouwd door onderzoek van het Trimbos instituut naar de toenmalige en de in 2018 benodigde voorzieningen en hun capaciteit in de betrokken regio's. Deze ontwikkelagenda vormt een belangrijk kader voor de uitwerking van het zorglandschap voor de EPA-Taskforce Midden IJssel-Oost-Veluwe.

Landelijk staat dit traject in de schijnwerpers. Onze regio was landelijk een van de twee koploperregio's. In het rapport Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen wordt het regionaal zorglandschap 2014-2018 als een van de drie praktijkvoorbeelden van bestuurlijke samenwerking genoemd.

¹ Landelijke monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016 (Trimbos instituut).

² Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda (Trimbos instituut 2016)

³ Apeldoorn, Brummen, Zutphen, Lochem, Epe, Haltem en Heerde

⁴ Bestuurlijk akkoord GGZ 2013-2014. Den Haag 18 juni 2012

⁵ Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Visiedocument en ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen (Trimbos-instituut, Utrecht 2015).

1.2 Commissie Toekomst Beschermd wonen

Tegelijkertijd staat ook de ontwikkeling van de visie en de strategie in het veld Beschermd Wonen en Maatschappelijke opvang niet stil. De landelijke commissie Toekomst Beschermd Wonen -ook wel commissie Dannenberg genoemd- heeft verregaande voorstellen gedaan in opdracht van de gemeenten om het Beschermd Wonen te transformeren. De gemeenten uit de regio Oost Veluwe omarmen deze visie. Door adequate ondersteuning bij het vergroten of stabiliseren van de zelfredzaamheid en participatie wil men bereiken dat mensen zo goed mogelijk zelfstandig kunnen (blijven) wonen. In lijn hiermee hebben de gemeenten Oost-Veluwe (Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst) een Transformatie-agenda Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen 2016-2020 opgesteld (zie bijlage 2). De afbouw van de GGZ bedden in de regio en de gelijkblijvende financiële middelen veroorzaken een toenemende vraag naar beschermde woonvormen. Binnen het beschermd wonen komt de focus te liggen op cliënten met (zeer) ernstige psychiatrische problematiek, eventueel gecombineerd met andere problemen zoals verslaving, agressief gedrag en/of een licht verstandelijke beperking. Dit vraagt andere vormen van begeleiding gecombineerd met behandeling. Binnen de maatschappelijke opvang ligt de focus op het bieden van tijdelijk verblijf aan mensen zonder dak boven hun hoofd, gekoppeld aan zorg en begeleiding en/of het verhelpen van een crisis. Deze Transformatie-agenda vormt een kader voor de EPA-Taskforce daar waar het gaat om de transitie van het Beschermd Wonen.

1.3 Woord vooraf: landelijke context beddenafbouw en ambulantisering

Ambulantisering kan opgevat worden als het afbouwen van intramuurlijke zorg (zorg binnen de muren) tussendoor mensen met ernstige psychische problemen zo goed mogelijk op te nemen en zo veel mogelijk zelfstandig te laten wonen en indien nodig in hun eigen omgeving te behandelen en te begeleiden. 'Beter worden dan je thuis'. Deze beddenafbouw kan alleen gerealiseerd worden als deze gepaard gaat met de bijbehorende ambulante opbouw in de regio.

Bovenstaande betreft een landelijke ambitie. Tussen regio's en tussen verzekeraars zijn sterke verschillen zichtbaar in de mate waarin zij ambulante opbouw ondersteunen. Tot nu toe geven de resultaten van de landelijke marktambulantisering en hervorming langdurige GGZ 2016 uitgevoerd door het Trimbos-instituut nog niet het beeld te zien van een substantiele uitbouw en intensivering van de ambulante zorg. Minister Schipper heeft op grond van dit rapport aangegeven dat de opbouw van de ambulante zorg en ondersteuning moet worden versneld en geventureerd, dat de ondersteuning in het sociaal domein naar een hoger plan moet worden gelift en dat de samenwerking tussen de zorg en het sociaal domein substantieel beter moet (GGZ Nederland bericht 15-12-2016).

9 februari 2017 debatteerde de Tweede Kamer met minister Schipper over de Zorgverzekeringswet. De minister heeft aangegeven dat de inkoop van ambulante (EAC) zorg beter moet en heeft toegezegd dat de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) in haar onderzoek naar de zorgplicht de inkoop van verzekeraars op de ambulante (EAC) zorg zal meenemen.

Uit een quick scan van GGZ Nederland onder haar leden (bericht d.d. 12-10-2016) blijkt dat er sprake is van wachtlijstproblematiek voor ambulante ondersteuning. GGZ Nederland is van mening dat problemen bij jongeren en volwassenen kunnen optapelen als gevolg van lange wachttijden en dat zij als gevolg daarvan annuïtatie in crisissituaties kunnen komen. Daarbij geeft GGZ Nederland aan dat er geld bedoeld voor de GGZ eind 2016 over blijft. De minister heeft inmiddels gevraagd om meer inzicht in de wachtlijstproblematiek (GGZ Nederland, 10-2-2017).

6 Stand van zaken Ambulantisering, 15 oktober 2015, Trimbos instituut (p. II).

7 Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, Verkenning van praktijkvoorbeelden (Trimbos instituut, 2016 Utrecht).

8 Van beschermd wonen naar een beschermd thuis, Advies Commissie Toekomst beschermd wonen (in opdracht van de VNG 2015)

9 Transformatie agenda Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen 2016-2020 Oost-Veluwe. Gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst

1.4 Aantallen mensen met EPA in de regio Midden IJssel/Oost Veluwe

Begin dit jaar heeft Vektis het initiatief genomen om per gemeente de omvang van de doelgroep mensen met EPA in beeld te brengen. Het gaat om gemiddeld 12% van het totaal aantal patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Landelijk gaat het om 160.000 mensen. Onderstaand zijn de aantallen per gemeente in beeld gebracht (peildatum 2014). Vektis heeft overigens per gemeente tot op wijkniveau cijfers beschikbaar.

Gemeente	aantal mensen met EPA in 2014
Apeldoorn	1.680
Brummen	165
Epe	185
Hatterij	55
Heerde	60
Lochem	215
Voorst	130
Zutphen	795

2

EPA-Taskforce

2.1 Samenstelling

In de EPA-Taskforce zitten vertegenwoordigers op bestuurlijk niveau namens

- GGNet
- Riwis Zorg & Welzijn (verder Riwis)
- Iriszorg
- Leger des Heils
- Tactus Verslavingszorg (verder Tactus)
- Zorgbelang Gelderland
- een delegatie van de betrokken cliënt- en familievertegenwoordigers
- Gemeenten (Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde, Voorst, en recent ook Hattem. Aangevuld met Zutphen en Lochem (kennisdeling en waar mogelijk aanhaken; Zutphen en Lochem werken op het gebied van Maatschappelijke Opvang/ Beschermd Wonen structureel samen met centrumgemeente Deventer),
- Zilveren Kruis

De Taskforce wordt geleid door een onafhankelijk voorzitter en heeft de beschikking over een secretaris/projectleider. De EPA-Taskforce komt 2 maandelijks bijeen. Cliënt- en familievertegenwoordigers koppelen halfjaarlijks terug aan een bredere achterban van cliënten, ervaringsdeskundigen en familie.

2.2 Opdracht

Alle partijen hebben zich gecommitteerd aan onderstaande opdracht:

1. De TaskForce doet kwalitatieve en kwantitatieve voorstellen voor de opbouw van ambulante zorg zowel vanuit Wmo als Zvw perspectief. De Taskforce geeft inzicht in feitelijke aanwezige opname- en verblijfs capaciteit in de regio in de komende jaren en neemt het kader van de commissie Toekomst Beschermd Wonen daar in mee.
2. Tegelijkertijd met de afbouw van de opname- en verblijfs capaciteit wordt het opbouwen van een ambulante wijk/dorpsdeel opgepakt. Het gaat daarbij om het opbouwen van een op herstel gerichte en georganiseerde sociale infrastructuur. Daar middel van experimenten en pilots wordt toegewerkt naar structurele oplossingen op het gebied van wonen, werken en herstel. Dit wordt gedaan in dialoog en in samenwerking met het netwerk van professionals en gebruikers van deze voorzieningen en dit alles in een 'gemonitorde lerende opzet'.
3. Tevens in samenspraak met gemeenten en zorgverzekeraar te verkennen wat nodig is in de structuur om de benodigde vernieuwing en samenwerking tot stand te brengen.

Zie voor de verdere uitwerking bijlage 3 Opdracht Taskforce EPA Midden IJssel/Oost Veluwe.

2.3 Stip op de horizon

De EPA-Taskforce werkt toe naar een inclusieve samenleving met aandacht voor herstel, ontwikkeling, participatie en eigen regie van cliënten. Het kijken naar mogelijkheden, en niet zozeer naar de beperkingen van een cliënt, staat centraal. Een sterk, kwalitatief hoogstaand ambulant zorgnetwerk -met op elkaar aansluitende voorzieningen in het medisch en het sociaal domein- zorgt ervoor dat cliënten niet tussen wal en schip vallen. Medisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel vraagt om passende en samenhangende ondersteuning op deze drie gebieden. Waar mogelijk herstellen cliënten in hun eigen leefomgeving met passende ondersteuning.

De Taskforce is er van overtuigd dat de afhankelijkheid van zorg voor de EPA-doelgroep sterk kan worden teruggedrongen door betere preventie en herstelgerichte zorg.

2.4 Werkwijze

De EPA-Taskforce is gevraagd een werkprogramma op te leveren om bovenstaande opdracht te realiseren. Ze heeft ervoor gekozen om de opdracht stapsgewijs en pragmatisch op te pakken. Een werkgroep onder leiding van de onafhankelijk voorzitter en bestaande uit de drie 'beddenabouwende partijen' GGNet, Rivis en Iriszorg¹⁰, en de gemeente Apeldoorn heeft een aanzet tot een werkprogramma geformuleerd. De bovenstaand genoemde kaders zijn daarbij uitgangspunt geweest.

¹⁰ Bij Tactus en Leger des Heils is de beddenabouw eerder al afgerond.

 3

Aanpak en status werkprogramma

De werkgroep is in de maanden december 2016- februari 2017 drie keer bij elkaar geweest. De thema's uit het Visiedocument zijn als startpunt voor de dialoog gebruikt. GGNet, Riwis en Iriszorg hebben de stand van zaken ten aanzien van deze thema's beschreven evenals hun inzet op de thema's voor de komende jaren voor zover bekend.

Aan de hand van deze input is het gesprek vormgegeven en zijn werkafspraken geformuleerd. Omdat de werkafspraken voor degenen die niet bij de werksessies aanwezig zijn geweest te weinig contextinformatie bevatten, is een concept-werkprogramma geschreven. Bij elke afspraak is een regievoerder (instelling en naam) en indien bekend de contactpersoon die meedenkt vanuit de andere werkgroepleden aangegeven. Verder wordt per afspraak/opgave een onderscheid gemaakt tussen afspraken/opgaven die de instellingen individueel zullen oppakken en zelfstandig uitvoeren en afspraken/opgaven die in samenwerking met elkaar en andere partijen moeten worden opgepakt. Deze laatste opgaven horen nadrukkelijk thuis op de regietafel van de EPA-Taskforce.

Over het concept-werkprogramma is vervolgens met de andere deelnemers van de Taskforce overleg geweest. Het resultaat is dit document, het definitieve werkprogramma.

De EPA-Taskforce beschouwt het werkprogramma uitdrukkelijk als een werkdocument dat verder invulling krijgt in de uitwerking van diverse projecten. Ook zal de verbinding worden gelegd naar de landelijke en regionale lopende ontwikkelingen rond het thema Personen met Verward Gedrag.

Bij alle nadere uitwerkingen geldt steeds dat de inhoud leidend moet zijn, en dat cliëntprofielen het uitgangspunt zijn bij het vaststellen van de benodigde capaciteit voor (klinische) behandeling en (beschermd) wonen.

Het werkprogramma geeft zeker geen kant en klaar antwoord op de vragen uit de opdrachtformulering. Het gaat om een tussenstand met vervolg-actiepunten/opgaven om een volgende stap te kunnen maken.

3.1 Vervolg

De Taskforce komt in de komende periode 1x per kwartaal bijeen. In deze bijeenkomsten zal de voortgang van de gezamenlijke projecten worden gevolgd. Over de opgaven die de instellingen zelfstandig kunnen uitvoeren wordt in de Taskforce twee keer per jaar de stand van zaken teruggekoppeld (danwel eerder als er knelpunten zijn dan wel successen gevierd kunnen worden). Intentie is de regionale samenwerking in de keten structureel te borgen.

3.2 Proces

Het werkprogramma wordt gedragen door alle EPA-Taskforce partijen. Voor bekendmaking en commitment aan de eigen organisaties zijn alle partners zelf verantwoordelijk. Inbedding in jaarprogramma's, inkoopbeleid en eventueel begrotingen is noodzakelijk. Veelal zal dit pas aan de orde zijn zodra van de diverse projectonderdelen nadere uitwerkingen beschikbaar en geaccordeerd zijn. De vertegenwoordigers van de verschillende partijen nemen op zich hiervoor zorg te dragen. Voor de gemeenten betekent dit in ieder geval dat het werkprogramma zal worden aangeboden aan de verschillende colleges van B&W.

4

Het werkprogramma

Hieronder worden de acties en opgaven één voor één beschreven.

4.1 Intramurale capaciteit

Opname- en verblijfs capaciteit, ontwikkeling beschermde woonvoorzieningen en verwachte verschuivingen in de keten van klinisch opname en verblijf, naar beschermde woonvoorzieningen en zelfstandig wonen

Belangrijke opgave voor de EPA-Taskforce is het inzichtelijk maken van de verwachte verschuivingen in de intramurale bedden capaciteit binnen de GGZ/verslavingszorg en (mede) in relatie hiermee de verwachte verschuivingen van cliënten richting Beschermde Wonen (BW) en de uitstroom van cliënten naar zelfstandig wonen. (actie 1) Sinds 2015 zijn de gemeenten in het kader van de Wmo verantwoordelijk voor het BW en de ambulante begeleiding van zelfstandig wonende cliënten in de regio.

Belangrijk is om de verwachte knelpunten ten gevolge hiervan in beeld te brengen, bijvoorbeeld de uitstroom van cliënten naar een beschermde woonvoorziening binnen een andere gemeente dan waar zij voorheen opgenomen waren.

Stand van zaken afbouw en inzet komende jaren - GGNet

GGNet heeft de afgelopen jaren 2012-2016 in de gehele regio waarvoor zij werkt jaarlijks zo'n 40 bedden afgebouwd (160 zowel Zvw als Wlz). Grofweg de helft in onze regio Oost Veluwe. Deze afbouw is mogelijk geworden door herstelgerichte zorg. Onderstaande specificatie van het heden en de prognose Zvw en Wlz bedden is aangeleverd.

In onderstaande tabel is de prognose op de regio Oost Veluwe toegespitst. Dit is een indicatie onder voorbehoud van de uitkomsten van toekomstige medezeggenschapstrajecten en kan dus nog bijgesteld worden.

	2016	2018	2020 ¹¹
Acute opname bedden (Buurse, Apeldoorn, Zvw)	22	20 in HIC	20 in HIC
Verslavingspsychiatrie Apeldoorn			
(combinatie Lggz/Zvw)	20 verwachte beweging naar Warnsveld	0	0
Zeer Intensieve behandeling (ZIB) Apeldoorn			
(combinatie Zvw/Wlz)	0	10	10
IVB Apeldoorn (Wlz)	40	20 Wlz waaronder 10 tbv traininghuizen 10 mogelijk V&V	20 Wlz waaronder 10 tbv traininghuizen 10 mogelijk V&V
Respijtovereenkomst omgeving Apeldoorn	0	1	1
Ouderen Apeldoorn	Ongeveer 60	60 (20 Zvw acute bedden; 40 intensieve vervolgbehandeling combinatie Lggz/Wlz)	60 idem 2018

¹¹ Zilveren Kruis merkt hierbij op dat de door GGNet genoemde aantallen prognoses zijn, die mede afhankelijk zijn van de concrete effecten van de IHT/HIC voorziening

In deze prognose is rekening gehouden met de ontwikkeling en implementatie van een High Intensive Care in Apeldoorn in combinatie met voldoende capaciteit Intensive Home Treatment (zie verder actiepunten 15 HIC) en FACT-teams (zie verder actiepunten 22 FACT) en de ontwikkeling van respijtoorzieningen (zie actiepunten 17 Respijtoorzieningen). De grote aanbouwopgave is achter de rug. De huidige intramurale capaciteit is toereikend in combinatie met herstelgerichte zorg.

Riwis

Riwis heeft in de periode 2012-2016 28% van haar beschermd woonplaatsen afgebouwd. Het aantal BW plaatsen was 1 januari 2012 613 in haar hele regio. Met ingang van 1 januari 2017 heeft Riwis nog 382 beschermde woonplekken in regio Oost Veluwe.

Visie van Riwis voor de komende jaren is vol inzetten op 100% scheiden van wonen en zorg als fundament en op- en afschaling van de zorg op grond van behoefte van de cliënt (mits zorginhoudelijk en financieel haalbaar). De inschatting is dat dit bij 60% van de cliënten mogelijk zou kunnen zijn en dat overgegaan kan worden op dat wat voorheen Volledig Pakket Thuis (VPT) werd genoemd. In de Wmo bestaat de term VPT niet meer. In Oost-Veluwe heet dit "groepswoon" (scheiden wonen-zorg; dit betekent dat de cliënt zelf huur betaalt in het pand van de zorgaanbieder of zelfstandig woont). 40% van de cliënten, zo is de verwachting, zal all inclusive 24 uur zorg nodig hebben. In Oost-Veluwe heet dit "woonzorg". Dit betekent 24 uur zorg op locatie en ondersteuning op alle levensgebieden. Belangrijke voorwaarde voor deze ontwikkeling is voldoende FACT capaciteit en crisisopvang-mogelijkheden. Riwis heeft qua woonarrangementen vier nieuwe arrangementen ontwikkeld in aansluiting op de bouwstenen van de regio Oost-Veluwe.¹² Deze zijn modulaair opgebouwd en kunnen diensetgevolge op- en afgeschaald worden en zijn allen om te zetten naar het model van scheiden wonen-zorg. Wonen heeft een lerend, tijdelijk, karakter. Doorstroming zou veelal in een traject van één tot twee jaar moeten kunnen plaatsvinden. Naar verwachting zullen jaarlijks ongeveer 25 cliënten uitstromen naar woningen die via de woningbouwcorporaties voor cliënten beschikbaar worden gesteld.

¹² Beleidsregels Beschermd Wonen vanaf 2017 vastgesteld door de vijf colleges van B&W. De verschillende bouwstenen zijn:

Langdurig zorgafhankelijk (groep 1): De cliënt heeft meerdere diagnoses en ontvangt ondersteuning gericht op herstel en stabiliteit. Deze inzet is gericht op ondersteuning bij het herstel, zodat er meer stabiliteit ontstaat. Het is de vraag of de cliënt op termijn kan uitstromen. Mogelijk is het bieden van stabiliteit het maximaal haalbare. Inzet van Bouwsteen woonzorg herstel (24 uur zorg en toezicht aanwezig), of bouwsteen groepswoon herstel (24 uur zorg en toezicht aanwezig).

Ontwikkeldgericht (groep 2): De cliënt ontvangt begeleiding in het kader van herstel en uitstroom binnen 1 tot 3 jaar. De begeleiding is gericht op de ontwikkeling van de zelfredzaamheid en participatie op alle levensdomeinen. Er wordt gewerkt aan uitstroom, maar de inzet om het herstel van de cliënt te bewerkstelligen, vraagt nog de meeste aandacht. Inzet van Bouwsteen woonzorg herstel (24 uur zorg en toezicht aanwezig), of bouwsteen groepswoon herstel (24 uur zorg en toezicht aanwezig).

Uitstroomgericht (groep 3): De cliënt is naar verwachting in staat om binnen een jaar zelfstandig te gaan wonen. De ondersteuning is vooral gericht op het zich eigen maken van de vaardigheden die daarvoor nodig zijn. De begeleiding richt zich ook op het vinden van passende woonruimte. Inzet van Bouwsteen woonzorg uitstroom (24 uur zorg en toezicht nabij), of bouwsteen groepswoon uitstroom (24 uur zorg en toezicht nabij).

Zelfredzaam (groep 4): De cliënt woont zelfstandig in de wijk en ontvangt ambulante begeleiding, gericht op herstel en/of stabiliteit. Het kan hierbij gaan om enkele uren begeleiding per week tot en met intensieve begeleiding. Cliënten die gebruik maken van het overgangrecht op basis van een CI2-indicatie die is afgegeven vóór 1 januari 2015 en deze extramuraal verzilveren, vallen onder deze groep. Na afloop van het overgangrecht (per 31 december 2019) of het aflopen van de CI2-indicatie, zal een groot deel van deze cliënten doorstromen naar ambulante ondersteuning in de lokale Wmo.

	2012	2017	2020 prognose	Jaarlijks, indicatief
Totaal aantal plekken Oost Veluwe	613	382	414 w.v. 60% groeps wonen (=ca. 249) en 40% (= ca. 165) woonzorg	
Uitstroom via Opstapregeling				25

Iriszorg

Daar waar het gaat om beschermde woonvoorzieningen heeft Iriszorg in de periode 2012-2016 acht bedden afgebouwd tot 122.¹³ Deze 122 bedden zijn onderverdeeld in 14 forensische, 6 Wlz, en 102 Wmo bedden. De maatschappelijke opvangvoorzieningen zijn afgebouwd van 16 naar 10 bedden crisisopvang op het Vellertzoom.¹⁴

De 60-70 cliënten die verblijven op het Hoogeland hebben een zodanig intensieve zorgbehoefte dat zij langdurige (Wlz) zorg nodig hebben. Deze cliënten blijven op het Hoogeland, en zullen niet uitstromen naar de wijk.

	2012	2017	2018 e.v. prognose
Beschermde Wonen	130	122 w.v.	
14 forensisch			
6 Wlz			
102 Wmo			
	idem		
Maatschappelijke opvang, crisisopvang Vellertzoom	16	10	idem

De komende tijd focust Iriszorg zich op het ombouwen van haar bedden naar trainingshuizen als nieuw woonconcept (woonarrangement) bij Hoogeland op grond van de visie 'Alles is ambulant tenzij'. In de trainingshuizen wordt gewerkt met de (vaste) combinaties Wonen, Werk en Behandelen/Begeleiden.

Tevens onderzoekt ze -net als Riwis- de mogelijkheid (financieel en inhoudelijk) voor het scheiden van wonen en zorg. Iriszorg signaleert een groeiend aantal jeugdigen dat een beroep op haar voorzieningen doet.

Tactus en Leger des Heils

Tactus en Leger des Heils voorzien voor de komende jaren geen verdere afbouw van bedden (klinisch noch beschermd wonen). Door beide instellingen wordt grote zorg uitgesproken naar aanleiding van de reeds gerealiseerde afbouw. Deze afbouw, in combinatie met onvoldoende kennis van verslavingsproblematiek bij andere ketenpartners, veroorzaakt nu opbouw van ernstige verslavingsproblematiek. Terugval is frequent aan de orde en noodmaatregelen zijn steeds vaker nodig. Daarnaast raken de voorzieningen voor verslavingszorg verstopt. Door de afbouw van bedden is de vraag naar "wonen" toegenomen. Van vervolgvoorzieningen wordt daardoor meer gevraagd dan in het verleden, zeker wanneer er sprake is van een combinatie met licht verstandelijke beperkingen/zwakbegaafdheid.

¹³ Hoogeland had 130 bedden. De 13 bedden Ons Thuis zijn dicht en met de 5 bedden Vellertzoom BW maakt dit 122

¹⁴ NB: deze aantallen zijn arbitrair omdat de soort beschikking het aantal bedden vertegenwoordigt en dit dus fluctueert. Dus voor de duidelijkheid geldt voor de Vellertzoom: 10 bedden CO, 5 bedden BW, 5 bedden Wonen met Kansen jonge moeders (is geen 24 uren zorg niet voor EPA doelgroep en dus niet meegenomen) en 1 bed daderopvang. Informatie van Omniszorg is niet meegenomen, dat valt onder Tactus).

De verslavingszorginstellingen signaleren in vervolgvoorzieningen tolerantie van gebruik. En vragen om deze tolerantie los te laten. In ieder geval dienen voldoende abstinente (-"droge" voorzieningen, waar gebruik van alcohol of drugs niet is toegestaan) woonvoorzieningen beschikbaar te zijn. Dit lijkt in eerste instantie haalbaar te zijn door een heldere segmentatie binnen de bestaande beschermd wonen plekken. Nader onderzoek naar aantallen en een vertaling daarvan in concrete afspraken is nodig (actie 2).

In dit verband heeft het Leger de Heils zelf bij de Wending een programma gecreëerd om cliënten de mogelijkheid te bieden om verdere abstinente begeleiding te krijgen. Door een langzame verschuiving in accent van behandeling naar begeleiding worden cliënten voorbereid op een vervolgstap. In de laatste (transfer)fase is verbinding en samenwerking met vervolgvoorzieningen aan de orde.

Ook vragen Tactus en het Leger des Heils aandacht voor voldoende deskundigheid bij FACT-teams voor de expertise "verslavingszorg", evenzo geldt dit voor LVB/zwakbegaafdheid. Ditzelfde geldt voor betrokkenen bij de indicatiestelling. Tenslotte signaleren beide instellingen dat ambulante thuisbehandeling door de grote afstanden die moeten worden overbrugd vaak weinig efficiënt en kostbaar is.

Samenvattend

De grote afbouw van bedden is in de regio Oost Veluwe vrijwel achter de rug. Alleen bij GGNet ligt nog een kleine afbouwdoelstelling op de intramurale capaciteit. De belangrijkste uitdaging nu is de verdere opbouw van ambulante zorg en specialistische begeleiding, en het realiseren van scheiden woon/zorg plekken in Beschermd Wonen.

actie	wie	wanneer
1. inzichtelijk maken intramurale capaciteit	zorgaanbieders en centrumgemeente Apeldoorn	gereed
2. inventarisatie behoefte abstinente BW-plekken en segmentatie BW conform behoefte	Tactus, Leger des Heils, Iriszorg en centrumgemeente Apeldoorn (Lennart Oosterloo)	gereed december 2017

4.2 In-, door- en uitstroom

Het is zaak dat informatie omtrent verwachte instroom, door- en uitstroom (en wachtlijsten) uit de Wlz en Zvw en Wmo richting BW en zelfstandig wonen structureel met elkaar gedeeld wordt. Liefst gerelateerd aan de verschillende betrokken gemeenten en indien mogelijk - meerjarig. De gemeenten moeten namelijk weten of de huidige capaciteit van voorzieningen BW en zelfstandig wonen voor nu en de komende jaren toereikend is of niet. Zeker ingeval de Wlz toegankelijk gaat worden voor mensen met psychiatrische problematiek en dan mogelijk ook direct toegankelijk wordt en niet pas na 3 jaar klinisch verblijf Zvw en Lggz. (actie 3).

De gemeente Apeldoorn zorgt in deze voor afstemming met het project Wonen-zorg en met de Opstapregeling (toewijzingskader voor het met voorrang toewijzen van een woning bij uitstroom)

Eind december 2016 stonden zo'n 45 cliënten op de wachtlijst voor BW bij Riwis en Iriszorg. Signaal dat Riwis en Iriszorg afgeven is dat in het recente verleden de planningstijd voor keukentafelgesprek te lang was. De gemeente Apeldoorn heeft dit erkend en opgepakt. Voorkomen zal worden dat dit zich wederom voordoet. Dit is een eigen opgave van de gemeente. (actie 4)

Een totaal overzicht van beschikbare plekken en eventuele wachtlijsten per voorziening BW ontbreekt. Dit overzicht zal worden opgesteld. (actie 5) Het kan zijn dat cliënten op een wachtlijst bij een specifieke aanbieder staan, terwijl elders nog plekken beschikbaar zijn. Meer inzicht hierin is wenselijk, waarbij dan ook duidelijk moet worden of de huidige segmentering passend is (zie ook de oproep van de verslavingszorginstellingen om meer abstinente voorzieningen).

actie	wie	wanneer
3. structurele informatie uitwisseling in- door- en uitstroom	zorgaanbieders en gemeente Apeldoorn	huidig inzicht gereed. Jaarlijks te actualiseren
4. keukentafelgesprek en ontwikkeling binnen afgesproken termijnen	gemeente Apeldoorn	gereed
5. overzicht opstellen van beschikbare plekken/inzicht in wachtlijsten BW	gemeente Apeldoorn	gereed december 2017

4.3 Lacune in overgang van klinisch verblijf naar Beschermd Wonen (BW)

- Riwis heeft zorgen over het toenemend aantal crisissen in het Beschermd Wonen vanwege het steeds zwaardere cliëntprofiel (middenlengtegebruik, psychiatrie en/of verstandelijke handicap). Ook in de Transformatie-agenda van de gemeente wordt gesignaleerd dat de zwaarte van de problematiek binnen BW toeneemt. De vraag die GGNet en Riwis zich stellen is of de overgang van cliënten naar BW niet getemporeerd moet worden en er eerst meer deskundigheid aangebracht moet worden binnen BW van Riwis ten aanzien van psychiatrie en verslavingszorg in combinatie met het verder optuigen van de FACT teams (zie 4.13 FACT voor nadere specificatie wat nodig is).
- Ten aanzien van het bovenstaande pleiten de verslavingszorginstellingen (Tactus, IrisZorg en Leger des Heils) eveneens voor een versterkte aandacht voor verslaving bij Beschermd Wonen. Zowel aan de voorkant (screening, indicatiestelling, triage en toeleiding) als tijdens het traject. Een toename van 'droge' voorzieningen¹⁵ met een sterk inhoudelijk profiel vanuit verslavingsdeskundigheid, is nodig. De huidige praktijk houdt een vicieuze cirkel in stand: van een 'natte' Beschermd Wonen voorziening naar de verslavingszorg en weer terug etc. (actie 6).
- Door de verslavingszorginstellingen wordt gesignaleerd dat er is een kloof tussen (kort) klinisch verblijf en de vervolgvoorziening, die veelal 'nat'/onveilig is. Cliënten, zeker waar sprake is van een combinatie van verslaving, laag IQ en (dreigende) dak- of thuisloosheid, vallen snel terug in gebruik met al gevolg maatschappelijke overlast en uiteindelijk hernieuwde opname in de verslavingszorg. Het Leger des Heils heeft ervoor gekozen om nu deze kloof te dichten met een eigen programma.¹⁶ Door integratie van behandeling en begeleiding (met een langzame verschuiving van de een naar de ander) in één programma wordt voorkomen dat cliënten weer naar een nieuwe tijdelijke vervolgvoorziening moeten.
- Riwis en GGNet signaleren dat er een lacune is in de keten tussen klinisch verblijf bij GGNet en BW van Riwis voor cliënten die 24 uren zorg en begeleiding nodig hebben. GGNet gaat samen met Riwis deze lacune opheffen door intensieve trainingshuizen te ontwikkelen. GGNet biedt ambulante behandeling vanuit de FACT teams. Daarnaast wordt er door ambulante woonbegeleiders van GGNet en ambulante woonbegeleiders van Riwis samen gewerkt aan de doelstellingen van cliënten, ieder vanuit hun eigen specifieke expertise. GGNet op het gebied van complexe psychiatrie en Riwis vanuit haar sociaal maatschappelijke expertise. Middels deze co-productie wordt bijgedragen aan een ontwikkeltraject voor de cliënten die zonder ernstige breuklijnen kan verlopen. De betrokken cliënten blijven in deze trainingsfase in de Wlz zo is de verwachting (actie 7).
- Verder verkennen beide partijen of in co-productie de woonbegeleiders van GGNet de woonbegeleiders van Riwis kunnen trainen voor het leveren van de zorg aan de cliënten als zij de volgende stap maken richting BW (actie 8). Uitgangspunt is dat GGNet als 2de lijns instelling verantwoordelijk is voor het overdragen van kennis en kunde op het gebied van (complexe) psychiatrie naar de samenleving inclusief het sociale domein zodat deze goed toegerust cliënten die afkomstig zijn uit de specialistische ggz kan ontvangen.

¹⁵ Vooralsnog wordt niet uitgegaan van een uitbreiding van de totale Beschermd Wonen capaciteit, maar van een andere segmentering.

¹⁶ In beginsel kan het Leger des Heils, vanuit haar deskundigheid op terrein van zowel verslavingszorg als beschermd wonen, dit programma alleen bieden. In de laatste fase van het programma echter (transferfase) wordt de verbinding en samenwerking met vervolgvoorzieningen (veelal BW, al dan niet droog) van belang.

actie	wie	wanneer
6.versterkte aandacht voor verslaving in BW	Riwis/Tactus/Leger des Heils/Iriszorg	2017/2018
7.ontwikkeling intensieve trainingshuizen	GGNet/Riwis	gereed december 2017
8. training woonbegeleiders Riwis door woonbegeleiders van GGNet	GGNet/Riwis	gereed december 2017

4.4 Beschikbaarheid van diversiteit aan betaalbare woonvormen

Uit een overzicht onder de leden van de bondenorganisaties Federatie Opvang, GGZ Nederland en de FIVB Alliantie is gebleken dat de juiste randvoorwaarden om zelfstandig wonen van hun cliënten mogelijk te maken ontbreken. Het gaat dan om een gebrek aan geschikte en betaalbare woningen, vooral ook om de benodigde begeleiding in de Wmo en de Zvw die te veel afgeschaald kan worden afhankelijk van de levensfase van de bewoner. Daarnaast zijn ook goede schuldhulpverlening en dagbesteding belangrijke randvoorwaarden. Dit leidt ertoe dat mensen die in staat zouden zijn om zelfstandig te wonen nogal lang een plek in de instelling bezetten. Dit is voor de betreffende cliënten uiteraard frustrerend en leidt bovendien tot problemen voor mensen die wel een plek in de instelling nodig hebben (GGZ connect 21 november 2016 naar aanleiding van Actieplan Weer thuis). Belangrijk is dat elke gemeente, met betrokken zorgaanbieders, woningbouwcorporaties, de eigen opgave in huis brengt op dit gebied. Zo ook in onze regio.

De werkgroep vindt het belangrijk dat er een verbinding komt tussen de ontwikkelingen binnen de EPA-Taskforce en de ontwikkelingen en vraagstukken op de terreinen Wonen en Zorg. De gemeente zal de deelnemers aan de EPA-Taskforce op de hoogte houden van de ontwikkelingen die gaande zijn (actie 9).

actie	wie	wanneer
9. informatieverstrekking inzake wonen-zorg	gemeente Apeldoorn	continu, wordt afgerond met nieuwe woonvisie/agenda naar verwachting in 2018

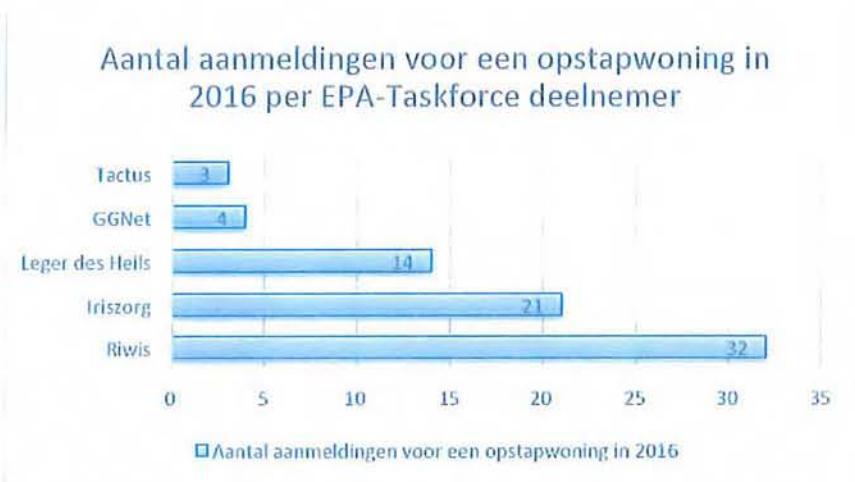
4.5 Opstapregeling

Jaarlijks stellen de woningcorporaties in gemeente Apeldoorn 100 woningen beschikbaar voor cliënten die doorstromen uit een intramurale setting. Hiervoor hebben de gemeente en woningcorporaties de Opstapregeling afgesproken. Afspraken lopen t/m 2018. Zo ook voor 2017. Deze woningen zijn onder andere bedoeld voor mensen met een psychische of sociale kwetsbaarheid die voldoende zijn hersteld om weer zelfstandig te gaan wonen. Ze krijgen maximaal twee jaar een tijdelijk huurcontract. Daar hoort bij dat de huurder een aantal uren per week begeleiding krijgt. Mocht er sprake zijn van een terugval, overlast of een huurschuld, dan grijpt de hulpverlener in. Afhankelijk van de uitkomsten van het overleg over de verwachte in- door- en uitstroom naar beschermd en zelfstandig wonen de komende jaren in de verschillende betrokken gemeenten, zullen gemeenten prestatieafspraken maken met de betrokken woningbouwcorporaties over het aantal woningen dat zij voor deze doelgroep beschikbaar moeten stellen (actie 10). In de Transformatie-agenda spreken alle betrokken gemeenten de ambitie uit om voor 1 januari 2018 te komen tot een regionale samenwerkingsovereenkomst Opstapregeling met alle regionaal opererende woningcorporaties. Op dit moment is de regeling namelijk alleen beschikbaar voor de gemeente Apeldoorn. Financieel passende toewijzing is uitgangspunt (waarbij aandacht wordt gevraagd voor de totale woonkosten, dus ook de energierekening), en voor een passende woonomgeving.

Gesignaleerd wordt dat de financiële toelatingscriteria een knelpunt kunnen zijn voor het in aanmerking komen voor de Opstapregeling. Daar voldoen mensen met ernstige psychische aandoeningen niet altijd aan. Dit maakt dat zij langer op duurdere plekken blijven zitten. Dit is ongewenst. Uitgezocht wordt wat de precieze knelpunten zijn en hoe daar een oplossing voor gevonden kan worden. Dit gebeurt aan de hand van een evaluatie van de Opstapregeling in samenwerking met woningbouwcorporaties en andere aanbieders (actie 11). De evaluatie zal voorzien in concrete aanbevelingen. Naar verwachting betreffen deze onder meer budgetbeheer, woonvaardigheidsvereisten, en dagbesteding. De gemeente Apeldoorn is trekker en werkt bij de evaluatie in ieder geval samen met Riwis en Iriszorg. Ook staat bij de gemeente Apeldoorn een opdracht uit ten aanzien van de benodigde sociaal juridische ondersteuning van cliënten bij hun financiën (Transformatie-agenda) (actie 12).

Tactus geeft aan dat cliënten gemiddeld 4 maanden klinisch verblijven en daarna overwegend terugkeren naar een eigen woning of een beschermd wonen voorziening. Slechts 2-3 cliënten per jaar moeten opnieuw gehuisvest worden. Het Leger des Heils voorziet een jaarlijkse uitstroom uit BW in de regio Oost Veluwe van 12 naar zelfstandig wonen, terwijl indicatief 28 mensen jaarlijks uitstromen uit een behandelkliniek naar zelfstandig wonen in de regio.

In onderstaand schema staat het aantal aanmeldingen in 2016 voor een opstapwoning per EPA-Taskforce zorginstelling weergegeven.



Het aantal daadwerkelijk toegewezen woningen ligt lager vanwege verschillende redenen. Zo kan het voorkomen dat een aanmelding niet wordt goedgekeurd of dat de cliënt na goedkeuring (onverwachts) te maken krijgt met een terugval. De evaluatie van de opstapregeling zal een nadere uiteenzetting bieden van deze doorstroomknelpunten.

Indicatie jaarlijkse uitstroom naar zelfstandig wonen via de Opstapregeling (regiobreed)

GGNet	-
Riwis	25
Tactus	3
Leger des Heils	40 (Dit betreft een indicatie van het totaal aantal uitstromers naar een zelfstandige woning. Sommige cliënten gaan wonen in een andere gemeenten of zoeken een woning via de particuliere markt. Het daadwerkelijke aantal cliënten dat een beroep doet op opstapwoningen zal daarom lager zijn.)
Iriszorg	6

Afgesproken actiepunten zijn:

actie	wie	wanneer
10. afspraak aantal beschikbaar te stellen woningen door woningcorporaties	gemeenten	jaarlijks als onderdeel van prestatieafspraken
11. evaluatie opstapregeling incl. aanbevelingen	gemeente Apeldoorn	gereed zomer 2017
12. noodzakelijke sociaal-juridische cliëntondersteuning	gemeente Apeldoorn (Antonie de Vlieger)	2017/2018

4.6 Stimuleren scheiden wonen-zorg in de regio

De gemeenten Oost Veluwe willen scheiden wonen-zorg stimuleren. Cliënten kunnen via deze constructie wennen aan zelfstandig wonen (Transformatie-agenda). Op dit moment loopt er een (financieel -technische) pilot met als doel in meer panden scheiden wonen en zorg te realiseren. Doel van de pilot is om praktische belemmeringen aan te pakken en vast te stellen of de tarieven die de gemeente hanteert passend zijn voor cliënten die zelfstandig huur betalen. Ook wordt in beeld gebracht wat de effecten zijn op het inkomen van de cliënt. Riwis geeft aan dat zij de ambitie heeft om het huidige vastgoed om te bouwen naar een duurzaam scheiden wonen-zorg model. Iriszorg is niet voornemens om al haar vastgoed geschikt te maken voor scheiden wonen-zorg. Aan de pilot doen mee: gemeente Apeldoorn, Riwis, De Passerel, Leger des Heils en Horeb. Iriszorg is volgend. De resultaten van de pilot worden in de stuurgroep teruggekoppeld (actie 13).

actie	wie	wanneer
13. terugkoppeling pilot wonen-zorg	gemeente Apeldoorn (Marion Boogers)/Riwis/Leger des Heils	najaar 2017

4.7 Opnamecapaciteit voor bovenregionale specialistische GGZ/ verslavingszorg

In het Visiedocument is aangegeven dat deze capaciteit tot 2020 blijft zoals deze nu is. In de werkgroep is dit ten aanzien van de specialistische GGZ bevestigd. Het gaat dan om 23 Zvw bedden Scelta (persoonlijkheidsstoornissen in Apeldoorn) van GGNet.

Echter de gemeente Apeldoorn geeft geen garanties voor het honoreren van de landelijke instroom vanuit de forensische en verslavingszorg die een extra druk leggen op de beschikbare capaciteit in de Wmo. De huidige capaciteit beschermd wonen en de bijbehorende financiering is bepaald op grond van historie. Vanaf 1-1-2020 zal de financiering

worden bepaald aan de hand van objectieve maatstaven op basis van de eigen regionale bevolkingssamenstelling. Van oudsher kwamen uit het hele land cliënten via de forensische zorg en verslavingszorg naar Apeldoorn voor een BW plek. De gemeente behoudt zich het recht voor, als zij geen financiering meer krijgt op grond van historie, maar op grond van 'eigen mensen', om cliënten uit het forensisch en verslavingszorg circuit die oorspronkelijk niet uit Oost-Veluwe komen en die nu of in de toekomst een aanvraag doen in Apeldoorn voor BW te weigeren op het moment dat de financiële middelen uitgeput zijn. De gemeente zal dit monitoren en de betrokken instellingen hiervan op de hoogte stellen. (actie 14). Vanaf 1-1-2017 geldt al de regel dat cliënten die korter dan 1 jaar in Oost-Veluwe verblijven, een verantwoordelijkheid zijn en blijven van de gemeente van herkomst. De gemeente van herkomst is verantwoordelijk voor het realiseren van een vervolg-plek. De gemeenten hebben hierover onderling een convenant gesloten.¹⁷ Voor de Maatschappelijke Opvang bestaat al langer een convenant, daar is regiobinding een belangrijke factor in het toelaten van cliënten van buiten de regio.

Zonder afbreuk te doen aan bovenstaande wordt geconstateerd dat -ondanks goede intenties van alle partijen (incl. de financiers)- in de praktijk cliënten en instellingen soms tegen schotten aanlopen die tussen financiers in staan. Enerzijds tussen zorgverzekeraars en gemeenten (klinische behandeling en begeleiding verlopen vanuit cliëntenbehoefte niet altijd volgtijdelijk, maar tegelijkertijd), anderzijds ook tussen gemeenten onderling. Voor een deel van de cliënten geldt dat problemen weliswaar op een aanwijsbare plaats zijn ontstaan (gemeente van herkomst), maar - voortkomend uit de aard van de problematiek: o.a. verslaving, dak- of thuisloosheid, verkeerd netwerk - niet altijd (en veelal juist niet) daar kunnen worden opgelost. Geschotte financiering staat dan een ontschotte oplossing in de weg. Vraagstukken die zich voordoen zullen in de Taskforce besproken worden, met de intentie tot structurele oplossingen te komen.

actie	wie	wanneer
14. informatieverstrekking over gevolgen objectief verdeelmodel	gemeente Apeldoorn	zodra aan de orde

4.8 Verbeteren kwaliteit opnamevoorziening door High Intensive Care

GGNet bereidt de implementatie van een High Intensive Care (HIC) in de regio Apeldoorn en Doetinchem voor als onderdeel van het toekomstig klinisch landschap. De HIC, bestaande uit 20 bedden, is een acute opname afdeling voor cliënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken en voor wie een gesloten opnamesetting nodig is. Hoe slechter het met een cliënt gaat hoe intensiever het contact met de cliënt is. De zorg wordt opgeschaald. Dit in tegenstelling tot de traditionele manier van gesloten opname waarbij het contact met de cliënt eigenlijk verminderd werd en (eenzaam) separeren de uiterste consequentie was. Doel van de HIC is dat de cliënt zo snel mogelijk zijn eigen regie weer kan pakken en zijn kracht hervindt om te werken aan zijn herstel. Als gevolg hiervan wordt de zorg ook zo snel als kan afgeschaald. De basis is opname vervangende behandeling zoals Intensive Home Treatment (IHT)¹⁸ en FACT (zie thema 7). De verwachting is dat met de introductie van de HIC er minder opnames, maar wel duurdere opnames zullen komen die korter zullen duren waardoor cliënten snel weer terug in de maatschappij komen. Voor het succes van de HIC is voldoende FACT en Intensive Home Treatment capaciteit nodig. Het belang van deze drie voorzieningen wordt door de werkgroep onderstreept en het realiseren hiervan heeft een hoge prioriteit. Voor wat betreft de HIC's: de planning is dat beide HIC's in 2017 worden gerealiseerd. Over de financiering van de HIC heeft GGNet afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Het gaat hier om een opgave die GGNet zelfstandig kan uitvoeren. Naast de reguliere update 2 x per jaar wordt de EPA-Taskforce bij knelpunten die de realisatie in gevaar brengen geïnformeerd. (actie 15)

actie	wie	wanneer
15. informatievoorziening voortgang HIC	GGNet	tenminste 2 x per jaar

¹⁷ Handreiking en beleidsregels Landelijke toegang Beschermd Wonen

Handreiking (en beleidsregels) Landelijke toegang Maatschappelijke Opvang

¹⁸ IHT biedt direct leverbare crisisbehandeling, acute en intensieve behandeling, risicotaxatie. De methodiek is gericht op het voorkomen en verkorten van opnames door intensieve, multidisciplinaire behandeling te bieden in de thuissituatie, zo nodig buiten kantooruren en meerdere keren per dag. Door problemen in de eigen omgeving aan te pakken is bij veel patiënten sneller en beter herstel mogelijk dan bij opname. De behandeling richt zich op het herstel van maatschappelijke rollen, identiteit en dagelijks functioneren. Nauwe samenwerking met partners is van groot belang om gelijktijdig hulp te bieden bij problemen op het gebied van huisvesting, financiën, werk etc.

4.9 Herstelacademie

Clënten en familie hechten zeer veel belang aan inbreng van hun eigen ervaringen, kennis en kunde. Om herstel te laten slagen, wordt deze inbreng nadrukkelijk gevraagd door de Taskforce. Dit kan (onder meer) vorm krijgen bij de oprichting van een zgn. herstelacademie. De herstelacademie biedt een vrije ruimte, een ontwikkelplek waar mensen met een kwetsbaarheid middels educatie en zelfhulp kunnen werken aan hun herstel en aan het ontwikkelen van hun krachten en talenten. Peer support is leidend. De herstelacademie wordt gerund voor en door peers. De herstelacademie moet breed toegankelijk zijn voor cliënten. Financiering van de herstelacademie is nog nader uit te werken. Zorgbelang is -als vertegenwoordiger van cliënten- gevraagd dit actiepunt te trekken. Zorgbelang zal daarbij ondersteund worden door de strategisch adviseur herstel van het Herstelcentrum van GGNet, Wilma Boevink.

(actie 16). Natuurlijk worden relevante andere partijen hierbij uitgenodigd waaronder de gemeente Apeldoorn, als mogelijke subsidieverstrekker en Riwis en Iriszorg. Ook huidige aanbieders van herstelinitiatieven worden bij de planvorming betrokken. Plan van aanpak inclusief begroting moet voor 1 september 2017 gereed zijn in verband met de subsidiecyclus van de gemeente Apeldoorn.

Er wordt afstemming gezocht met de Nota Algemene Voorzieningen van de gemeente Apeldoorn.

actie	wie	wanneer
16. ombouw huidige herstelinitiatieven tot Herstelacademie	Trekker is Zorgbelang Gelderland, met betrokkenheid van GGNet (Wilma Boevink), Gemeente Apeldoorn (Lennart Oosterloo), Riwis (Liesbeth Keppel), Iriszorg (Lydia Hovink). En met huidige aanbieders.	< 1-9-17

4.10 Respijtvorzieningen

Een klein deel van de opnamecapaciteit in de betrokken regio wordt omgezet in respijtvorzieningen. GGNet heeft hier in de voorziene afbouw van intramurale capaciteit de komende jaren rekening mee gehouden. De werkgroep geeft het realiseren van deze voorziening een hoge prioriteit. Een respijtvorziening biedt de cliënt en zijn naasten een adempauze. Respijtzorg is de tijdelijke en volledige overname van de zorg met het doel de mantelzorger vrijaf te geven en de cliënt laagdrempelig steun te bieden. Hierdoor kunnen mantelzorgers de zorg daadwerkelijk langer volhouden en kan de zorgvrager langer thuis wonen. De respijtvorziening wordt gerund door ervaringsdeskundigen. Belangrijk is te zorgen voor een goede back up voor hen. Onderzocht zal worden of de respijtvorziening kan worden opgezet vanuit de herstelacademie (zie 4.9).

Een hierbij op te lossen vraagstuk is de financiering. Omdat deze voorziening in het kader van de afbouw van bedden nodig is, zou deze mogelijk uit vrijgevalle middelen gefinancierd kunnen worden. Er zijn voorbeelden waarbij initiatieven die volledig cliëntgestuurd zijn gefinancierd worden in coproductie door gemeenten/zorgverzekeraar. Gemeente Apeldoorn wil hier graag in meedenken. Op moment dat de gemeente besluit tot (mede-)financiering kan dit zijn in het kader van de zorginkoop 2019 of via een subsidieaanvraag. In het kader van de zorginkoop 2019 gaat het om een open aanbesteding waar elke aanbieder aan mee kan doen. Welke keuze (subsidie of zorginkoop) wordt gemaakt hangt af van de wijze waarop de respijtvorziening wordt georganiseerd.

Trekkers zijn GGNet en Riwis. Zij zullen samen met betrokken (familie)ervaringsdeskundigen een inventarisatie maken van de initiatieven. Ook de gemeente wordt in dit traject betrokken. Belangrijk onderdeel van de opgave is het preciseren van de benodigde capaciteit in de betrokken regio (actie 17).

actie	wie	wanneer
17. opzet respijtovereenkomst (event. In combinatie met herstelacademie)	GGNet/Riwis/gemeente Apeldoorn	Voor 1-9-2017 indien in combinatie met herstelacademie

4.11 Verbeterde (her)diagnostiek en uitbouw en kwaliteitsverbetering psychologische hulp, waaronder traumabehandeling

Het streven is om zo'n 3000 cliënten die langer dan 2 jaar in zorg zijn te herdiagnosticeren (actie 18). Focus ligt hierbij op de ambulante cliënten.

In het actieplan van GGNet is het versterken van de capaciteit en de expertise binnen de instelling op het gebied van trauma, maar ook op het gebied van verslaving, autisme verwante contactstoornissen en licht verstandelijke handicap een speerpunt. Zowel in het kader van de diagnostiek van alle mensen die in zorg komen bij GGNet en hun behandeling, als ook in de herdiagnostiek van degenen die al langer dan 2 jaar in zorg zijn.

Tot kennisversterking roepen ook de verslavingszorginstellingen Tactus en Leger des Heils op. Alleen wanneer middelengebruik meegenomen wordt in de indicatiestelling, kan een passende behandeling volgen.

Traumabehandeling krijgt ook binnen Iriszorg extra aandacht via ITB (Intensieve Trauma Behandeling) en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Dit vermindert de kans op opnames. Iriszorg heeft in de planning om op termijn haar diagnostiek te verbeteren door naast diagnostiek op ziektebeeld ook diagnostiek toe te passen op de vaardigheden van de mensen die zich aanmelden (actie 19).

Het gaat hier om opgaven die de betrokken instellingen zelf kunnen uitvoeren. Naast de reguliere terugkoppelmomenten in de EPA-Taskforce worden eventuele knelpunten in de beoogde voortgang in de EPA-Taskforce gemeld.

actie	wie	wanneer
18. herdiagnostiek ambulante cliënten die langer dan 2 jaar in zorg zijn	eigen opgave GGNet (Mirjam Schleijpen/Frans Kamsteeg)	2017-2018
19. verbetering diagnostiek: naast ziektebeeld ook aandacht voor vaardigheden	eigen opgave Iriszorg	2018

4.12 Vergroten kennis en verbeteren van vaardigheden van professionals

Natuurlijk heeft elke instelling zijn eigen interne opleidingsprogramma, die als eigen opgave wordt gerealiseerd.

De in de Taskforce gemaakte afspraken zullen in de eigen opleidingsprogramma's verankerd worden. (actie 20)

Daarnaast moeten professionals waarmee in de keten wordt samengewerkt weten hoe ze mensen met ernstige psychische aandoeningen en/of verslaving moeten begeleiden en behandelen. Door de transitie veranderen de cliëntdoelgroepen waarmee de professionals van de verschillende zorgaanbieders te maken krijgen. Ze worden voor elke zorgaanbieder zwaarder. De kennis en vaardigheden van professionals moeten hiermee in lijn worden gebracht. Echter ook omgekeerd is er kennis nodig over het sociaal domein.

In de werkgroep is aangegeven dat het goed is om over en weer bij elkaar in de keuken te kijken, stage te lopen, maar ook om gezamenlijke leertrajecten over de organisatiegrenzen heen te organiseren (learning on the job). Helpend kan daarbij zijn als duidelijk is wat de specifieke deskundigheden zijn binnen de verschillende instellingen, partijen. Primaire focus ligt hierbij op de psychiatrie en verslavingszorg/interventiekunde. GGNet stelt voor om te onderzoeken of en zo ja hoe er gebruik gemaakt kan worden van het (elearning)aanbod van haar GGZ Academie. Ook stelt de EPA-Taskforce dat het belangrijk is professionals uit het sociaal domein te betrekken waaronder het Wmo loket en sociale wijkteams.

Binnen de gemeente is het leerprogramma Kwaliteitskader opgesteld. Om binnen het sociaal domein professionals handen en voeten te geven in het omgaan met de verschillende waarden die onderliggend zijn aan de decentrale en de hierna samenhangende wetten Wmo, Participatie en Jeugd is er een overkoepelend Kwaliteitskader¹⁹ gemaakt. Het bevat de basis voor het maken, uitvoeren en evalueren van nieuw beleid als gevolg van deze nieuwe wetten en het kan ook gebruikt worden als lijnpunt voor bijvoorbeeld deskundigheidbevordering en samenwerking binnen het sociaal domein maar ook daarbuiten. De gemeente vindt het belangrijk dat de andere leden van de werkgroep ook kennis nemen van dit document.

Riwis heeft aangeboden om de mogelijkheden te verkennen voor het vergroten en verbeteren van kennis en vaardigheden van professionals rekening houdend met bovengenoemde suggesties en als trekker te fungeren (actie 31). Zij pakt dit op vanuit het leercentrum. De planning is om eind oktober met een voorstel te komen. Daarnaast maakt Riwis zich zorgen zoals ook eerder aangegeven onder 4.1 Beddenafbouw intramurale capaciteit en beschermd wonen en verschuivingen in het regionale 'beddenlandschap' over het toenemend aantal crises in het beschermd wonen vanwege het steeds zwaardere cliëntprofiel (middelengebruik, psychiatrie en/of verstandelijke handicap) en terugtrekkende politie. De competenties van professionals moeten in lijn hiermee worden gebracht. In dit kader zijn maken Riwis en GGNet nadere afspraken in het kader van de eigen opleidings/trainingsprogramma's (zie actie 20).

actie	wie	wanneer
20. verankering afspraken in eigen opleidingsprogramma's/ personeelsbeleid	zorgaanbieders en gemeente Apeldoorn	2017 e.v.
21. onderzoek naar manieren om de overdracht van kennis en vaardigheden van professionals van betrokken instellingen te versterken op het gebied van begeleiding en behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar ook vwb kennis over het sociale domein.	Riwis (Erna ten Have) als trekker i.s.m. GGNet	gereed oktober 2017

4.13 FACT

FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. Het gaat hierbij om ambulante behandeling en begeleiding van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Naast problemen op psychiatrisch gebied is er veelal sprake van problemen op meerdere levensdomeinen. Belangrijkste basisprincipes van het FACT model zijn een insteek op geïntegreerde, outreachende en zo nodig intensieve zorg vanuit multidisciplinaire teams (met een gedeelde caseload) en anderzijds een netwerkbenadering waarin vanuit de teams nauw wordt samengewerkt met het netwerk van cliënten en met voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, opleiding, werk etc. Behandeling is gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening. Begeleiding kan zich richten op alle levensdomeinen. In een FACT team werken verschillende hulpverleners samen. Een FACT team bestaat uit de volgende mensen: Psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, IPS trajectbegeleider, (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, casemanagers en ervaringsdeskundigen. Daarnaast moet in het team verslavings- en rehabilitatiedeskundigheid aanwezig zijn, d.w.z. kennis over middelengebruik en behandeling hiervoor en over rehabilitatiemethodieken die meehelpen aan het door de cliënt weer opnemen van rollen in de maatschappij (herstel). Duidelijk is dat cliënten die gebruik maken van FACT naast hun psychiatrische problematiek vaak ook last hebben van verslavingsproblematiek en/ of een licht verstandelijke handicap (website FACT Nederland).

19 Visiedocument: Kwaliteit in tijden van transitie en transformatie Meedoen naar vermogen. Schets 3D-kwaliteitskader uitvoeringspraktijk Zorg, Jeugd en Participatie. 2016 Christien Moene.

Stand van zaken

Iriszorg heeft 1 FACT team in Apeldoorn specifiek gericht op verslavingsproblematiek.

GGNet heeft in de betrokken regio 4 FACT teams werkzaam. 3 in Apeldoorn en 1 in Zutphen. De caseload van de GGNet FACT teams is ver boven de norm van gemiddeld zo'n 200 cliënten (in een werkgebied van gemiddeld zo'n 50.000 inwoners). Vandaar dat er een noodzaak is om de capaciteit van de FACT teams in overeenstemming te brengen met de behoefte. Uitgaande van de benodigde capaciteitsberekening door het Trimbosinstituut, onderliggend aan het Visiedocument, moet deze regio uitbreiden met minimaal 2 teams in de komende twee jaar. Op dit moment heeft GGNet geen middelen om deze uitbreiding in FACT teams door te voeren.

Voor een van de elementen van de FACT methodiek, de toeleiding naar werk, bestaat eveneens een financieel knelpunt. Voor de financiering van IPS (Individuele plaatsing en steun) toeleiden naar werk van cliënten, zijn evenmin toereikende middelen beschikbaar. Dit wordt onderstaand verder uitgewerkt (4.20/4.21).

Deze knelpunten, uitbreiding FACT en toeleiding naar werk via IPS worden, naast andere zaken, ook genoemd in het landelijke beeld in de landelijke monitor Ambulantisering en hervorming langdurige zorg 2016.

Positieve ontwikkeling op dit gebied is dat minister Schippers heeft aangegeven dat de inkoop van ambulante zorg beter moet en dat de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) in haar onderzoek naar de zorgplicht de inkoop van zorgverzekeraars op de ambulante (FACT)zorg zal meenemen (zie ook 1.3).

Ook heeft de regio Midden IJssel/Oost Veluwe recent afspraken gemaakt over een pilot van 1 jaar met Jeugd Fact plus. Dit Factteam (waarin 7 instellingen samenwerken) is gericht op 0-18 jarigen, met een uitloop tot de 23ste verjaardag. De pilot loopt van 1 maart 2017 tot 1 maart 2018.

Casusonderzoek in-, door- en uitstroom FACT

Het is voor de werkgroep duidelijk dat goed functionerende FACT teams met voldoende capaciteit een essentiële schakel zijn in de zorgketen. Zeker ook vanuit het principe van snel op- en afschalen van de zorg. De wachtlijsten voor ambulante behandeling in de regio Oost Veluwe zijn een knelpunt en vormen een risico voor de doorstroming van cliënten naar scheiden wonen-zorg arrangementen en zelfstandig wonen. GGNet zet in 2017 krachtig in op het wegwerken van de wachtlijsten en het helpen van nieuwe cliënten. Iriszorg geeft eveneens aan wachtlijsten te hebben voor FACT.

De noodzaak tot uitbreiding en op niveau brengen van de FACT teams wordt herkend en heeft een hoge prioriteit. De verslavingszorginstellingen benadrukken het belang van aanwezigheid van de expertise verslavingszorg in de FACT-teams. Risico bij uitbreiding is de schaarste op de arbeidsmarkt van (regie)behandelaren. GGNet werkt daarom ook aan een plan om haar aantrekkelijkheid op de arbeidsmarkt te versterken.

Vraag is of de uitstroom uit de FACT teams gefaciliteerd kan worden. Daarnaast moet een goede link met de wijkteams georganiseerd worden. Riwis ziet zichzelf als linking pin tussen de domeinen van welzijn (nu maatschappelijke ontwikkeling), FACT en de wijkteams. Om deze functie goed te kunnen vervullen heeft Riwis aan duidelijkheid over de cliëntprofielen van de FACT en de wijkteams. Belangrijke vraag is hoe het op- en afschalen binnen FACT wordt georganiseerd en gefinancierd en wat eventuele knelpunten zijn. Duidelijk moet worden welke rollen ieder heeft binnen het FACT team maar ook naar ketenpartners toe inclusief de partners in het sociaal domein. Vervolgvraag daarbij is in hoeverre FACT teams, wijkteams/Wmo-loketten in de praktijk op structurele basis hun samenwerking vorm geven om te komen tot een soepele op- en afschaling van begeleiding en behandeling. Afsproken wordt dat aan de hand van een aantal casussen waar bij de in-, dan wel door- dan wel uitstroom vanuit FACT niet goed loopt, te analyseren. Per casus wordt vastgesteld wat het beste behandel- en begeleidingsplan zou zijn en wie in de keten het beste welke bijdrage kan leveren voor uitvoering van het plan en wat dit betekent voor de benodigde competenties van de professionals. Tevens wordt de cliënten- vertegenwoordiging gevraagd de behandel- begeleidingsplannen van de casussen te toetsen (is dit de beste behandeling/begeleiding of niet?) Daaropvolgend worden de financiële beperkingen in kaart gebracht om het behandel- begeleidingsplan uit te kunnen voeren. Het gaat hier met name over onderzoek van de knelpunten op de snijvlakken van de Zvw/Wmo.

GGNet, Riwis en Iriszorg werken dit samen met de gemeente uit. GGNet is de trekker. Een cliëntenvertegenwoordiging wordt hierbij betrokken (actie 22).

Geïntegreerd multidisciplinair FACT-team vanuit meerdere zorgaanbieders

Vanuit cliëntperspectief is een zo geïntegreerd mogelijke behandeling en begeleiding wenselijk. Er bestaat reeds een FACT-team waarin meerdere zorgaanbieders met elkaar samenwerken. Zaak is ook de aansluiting op het sociaal domein te versterken, en vervolgens te beoordelen of deze aanpak succesvol is en verbreed moet worden.

Bij de uitwerking hiervan spelen ook vragen op het gebied van privacy en financiering. Wellicht is het zaak met elkaar experimenteerruimte te creëren. GGNet zal in dit traject als trekker fungeren (actie 23).

actie	wie	wanneer
22. casusonderzoek in, door en uitstroom FACT	GGNet: Mirjam Schleijsen	
Riwis: Liesbeth Keppel		
gemeenten: nader te bepalen	2017	
23. opdrachtformulering evaluatie, verbreding en eventueel uitrol geïntegreerd multidisciplinair FACT team vanuit meerdere zorgaanbieders	GGNet: Mirjam Schleijsen	
Riwis: Liesbeth Keppel		
gemeenten/ZK: nader te bepalen	2018	

4.14 Netwerkontwikkeling gezondheidszorg

In de werkgroep is dit thema slechts kort aangestipt. Belangrijk is dat huisartsen en vrijgevestigden en andere relevante partijen geïnformeerd worden over het werkprogramma van de EPA-Taskforce en wat dit betekent voor de samenwerking in de keten. Zodra het werkprogramma is vastgesteld zal communicatie met hen plaatsvinden. Ook over resultaten zal gecommuniceerd worden. Bij de communicatie zal zoveel mogelijk worden aangesloten bij bestaande bijeenkomsten/sessies met deze partijen (actie 24).

actie	wie	wanneer
24. informeren netwerkpartners over werkprogramma en de gevolgen hiervan voor de samenwerking in de keten	afhankelijk van de sessie/bijeenkomst waarbij aangesloten wordt	direct na 19 juni (beoogde datum vaststelling werkprogramma)

4.15 Personen met verward gedrag

Landelijk wordt momenteel aandacht gevraagd voor Personen met verward gedrag. Afstemming met partijen die aanvullend betrokken zijn bij deze problematiek (m.n. in het veiligheidsdomein) zal plaatsvinden. Het is de bedoeling dat alle gemeenten en regio's per 1 oktober 2018 beschikken over een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag. Deze ontwikkeling wordt aangejaagd en ondersteund door het landelijk Schakelteam Personen met Verward Gedrag. Ook zijn er initiatieven vanuit het Veiligheidshuis regio Noord en Oost Gelderland.

Binnen de groep Personen met verward gedrag is er één groep die extra aandacht behoeft, en overeenstemt met een deel van de EPA-doelgroep. Het betreft een kleine groep mensen, veelal bekend bij de (verslavings-)zorg met die veelvuldig voor overlast zorgt, maar waarvoor oplossingen niet voor de hand liggen. Handelingsverlegenheid treedt daardoor op. De werkgroep is nog niet in gesprek gegaan over deze specifieke groep cliënten.

Verwarde personen kunnen GGZ cliënten zijn, maar dat hoeft niet. De onderliggende problematiek van mensen die verward gedrag vertonen is divers van aard en bevat naast mensen met GGZ problematiek ook mensen die verslaafd zijn, dementie of gedrag vertonen of niet verstandelijk beperkt zijn. Vaak wordt een relatie gelegd tussen de (vermeende) toename van het aantal verwarde personen en de ambulantisering van de GGZ. Deze zijn dan de hand van de bekende cijfers niet een op een te leggen aldus de Factsheet 'verwarde personen' van het Trimbos instituut (qqr connect 16-22-16). Wel is er sprake van een stijging van de politiev strategies onder de code E93 overlast door verwarde of overspannen personen -zo ook in onze regio- waarvan naar schatting een kwart tot een derde van de gevallen sprake is van een vermoeden van psychische problematiek. Na een analyse van de risicofactoren voor escalatie van psychosociale problematiek of dan niet resulterend in 'verward gedrag' of beter gezegd neutraal zonnend worden onder andere de volgende oplossingsrichtingen geformuleerd in de Factsheet:

Meer aandacht voor de financiële situatie van kwetsbare groepen, de beschikbaarheid van betaalbare woningen, de toegang tot arbeid, onderwijs, en andere participatie voorzieningen en voor stigma bestrijding. In het kader van handelingsverlegenheid in psychosociale crisissituaties worden genoemd: het duidelijk vastleggen van afspraken rond overdrachtsmomenten, het organiseren van eerste opvanglocaties en passend vervoer, de ontwikkeling van respijtoorzieningen en de doorontwikkeling van voorzieningen voor intensieve crisisbegeleiding thuis. Als antwoord op de geïdentificeerde discontinuïteit en fragmentatie in de zorg wordt o.a. gepleit voor een betere 'domeinoverstijgende' ketensamenwerking.

De regio Oost Veluwe maakt deel uit van de samenwerkende veiligheidsregio's in Oost Nederland. De betrokken gemeenten werken aan een sluitende aanpak aan de hand van 9 bouwstenen, te weten: 1. Inbreng mensen met verward gedrag en omgeving; 2. Preventie en levensstructuur; 3. Vroegtijdige signalering; 4. Melding; 5. Beoordeling en risicotaxatie; 6. Toeleiding; 7. Passend vervoer; 8. Passende ondersteuning, zorg en straf; 9. Informatievoorziening. De leden van de EPA-Taskforce hebben de gemeenten dringend geadviseerd aansluiting en afstemming te zoeken bij de initiatieven die op dit gebied in het Veiligheidshuis al ingezet zijn.

Binnen onze regio zijn 2 ZonMW subsidie- aanvragen ingediend binnen het actieprogramma Lokale initiatieven mensen met verward gedrag voor deze regio. Daarnaast zijn er 3 aanvragen die GGNer eerder samen met het Veiligheidshuis Noord en Oost Gelderland heeft ingediend ten behoeve van de veiligheidskamer Achterhoek. Afstemming met deze Achterhoekse projecten wordt gezocht. (actie 25). Het betreft:

- een subsidie aanvraag om voorwaardelijke machtigingen in te zetten als preventiemiddel om verdere escalaties bij bekende ambulante cliënten te voorkomen.
- het ontwikkelen van een gezamenlijke herstelgerichte aanpak en invoering hiervan, zodat mensen met verward gedrag veilig en methodisch zo snel mogelijk vanuit het Veiligheidshuis naar de reguliere zorg worden geleid.
- Samenwerking in het Veiligheidshuis: triage en toeleiding bij personen met verward gedrag. De meldingen die de politie vastlegt over incidenten met verward gedrag, worden gebruikt voor triage en toeleiding naar de meest geëigende zorg.

De aanvragen binnen onze eigen regio betreffen een procesregisseur om in alle gemeenten te komen tot de gevraagde sluitende aanpak en een verkenning van de 24/7 uurs meldlijn in de regio (zie voor actie 12, 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid). Beide subsidies zijn toegekend.

Verder is duidelijk geworden, zoals ook al eerder in de EPA-Taskforce genoemd, dat zorgaanbieders niet goed op de hoogte zijn wat in de het kader van het Veiligheidshuis wordt besproken. De gemeente zal zorg dragen voor een reguliere terugkoppeling in de EPA-Taskforce (actie 26).

actie	wie	wanneer
25. afstemming zoeken met Achterhoekse projecten ZonMW, structurele afstemming met project Personen met verward gedrag en terugkoppeling in Taskforce	gemeente Apeldoorn (Lisenka Schmitz) en GGNet (Eddy Adolfsen)	2017
26. kennisoverdracht Veiligheidshuis	gemeente Apeldoorn	2017-2018

4.16 Sociale steunstructuren

Dit thema is slechts marginaal aangestipt. Kanttekening is geplaatst bij de overgang van maatwerkvoorzieningen naar algemene voorzieningen. Afsproken is dat in kaart gebracht wordt wat hier de gevolgen van zijn voor cliënten²⁰.

(actie 27)

actie	wie	wanneer
27. gevolgen in kaart brengen van de overgang van maatwerkvoorzieningen naar algemene voorzieningen	gemeente Apeldoorn	2018

4.17 Mantelzorgondersteuning

Bij een herstelgerichte behandeling en begeleiding is het samen optrekken met cliënten én met hun omgeving essentieel. Familievertegenwoordigers geven aan dat in praktische zin en in informatieverstrekking ondersteuning noodzakelijk wordt geacht. Het sociale netwerk is essentieel, het samenspel daarmee zou door professionals steeds zo goed mogelijk vormgegeven moeten worden. De noodzaak is dan ook aanwezig om bij de diverse uitwerkingen van actiepunten intensief op te trekken met cliënten en hun familie.

De collectieve verzekering van Menzis van de gemeente ten behoeve van minima wordt geraadpleegd om voorwaarden en de hoogte van mantelzorgfinanciering inzichtelijk te maken. Dit wordt ook bevraagd bij Zilveren Kruis (actie 28). Verder stelt de werkgroep voor verbinding met de KAP (stichting voor informele zorg in Apeldoorn) en Stimenz (brede welzijnsinstelling voor Apeldoorn en de Veluwe) te zoeken om eventuele aanvullende mogelijkheden te ontwikkelen

(actie 29).

Op signaal van GGNet wordt met gemeente Apeldoorn bekeken of de huidige inzet op KOPP/KVO programma toereikend is. KOPP/KVO staat voor kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Deze kinderen lopen een aanzienlijk risico om zelf ook zulk soort problemen te krijgen. De gemeente onderstreept volledig het belang van deze programma's. GGNet neemt hiertoe het initiatief. Dit is een individuele opgave voor GGNet (actie 30). Daarnaast heeft dit thema Mantelzorgondersteuning een relatie met het thema herstelacademie (zie 4.9). Lotgenotencontact met familie is ook een expliciet thema van het Herstelcentrum van GGNet. Verder heeft dit thema ook een relatie met het thema 24/7 dienstverlening (zie hieronder 4.18) vanwege het belang van familie/naasten en bureaus om 24/7 een plek te hebben waar ze met hun zorgen over hun familielid/ buur terecht kunnen.

²⁰ Suggestie van een van de leden van de werkgroep is: een onderzoeksopdracht formuleren voor Bureau Apeldoorn, zijnde een cliëntinitiatief dat meerdere onderzoeksvraagstukken voor de gemeente behandelt. Dit is nog niet in de werkgroep besproken.

actie	wie	wanneer
28. check collectieve verzekering gemeente Apeldoorn bij Menzis ten behoeve van minima (aanvullende check ook bij Zilveren Kruis)	gemeente Apeldoorn	loopt, terugkoppeling najaar 2017
29. verbinding zoeken met KAP en Stimenz voor eventueel aanvullend aanbod	gemeente Apeldoorn	gereed december 2017
30. check GGNet of huidige inzet op KOPP/KVO voldoende is.	eigen opdracht GGNet	loopt, vooralsnog geen noodzaak vervolgactie

4.18 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid

Dit thema roept veel beelden op: van 7 x 24 uren crisisdienst tot een telefonische meldlijn waar cliënten, hun familie en wijkbewoners een beroep op kunnen doen bij overlast of zorgen.

GGNet heeft de 7 x 24 uren crisisdienst die opvang biedt aan mensen die in een psychische crisis verkeren. Op dit moment onderzoekt GGNet de mogelijkheid van een Huisartsenpost voor de GGZ (HAP) in de regio Apeldoorn. Dit is een centraal punt waar iedereen zich telefonisch of fysiek kan melden na verwijzing/check door een huisarts. Ook politie en ambulancepersoneel kan direct melden bij de HAP, bijvoorbeeld als er sprake is van 'verwarde personen'. Uitgezocht moet nog worden hoe deze dienstverlening gefinancierd kan worden. De dienstverlening richting huisarts, en bovengenoemde partijen alsmede richting cliënt en familie wordt met de HAP zeker verbeterd. Riwis heeft vanaf 2016 7x 24 uur life bereikbaarheid gerealiseerd voor bureaus, naastbetrokkenen, cliënten en begeleiding. Iriszorg noemt in dit kader de ontwikkeling van o.a. een respijthuis.

Vanuit het landelijke 'schakelteam personen met verward gedrag' wordt aangedrongen op een 24/7 meldlijn. In het kader van de ambulantisering Beschermd Wonen is ook de behoefte gesignaleerd aan een 24/7 telefoonnummer waar naast cliënten ook naastbetrokkenen en buurtbewoners gebruik van kunnen maken. Dit is een onderdeel van de Transformatie-agenda. Ook de verplichte wet GGZ kent een verplichting voor de gemeenten voor het inrichten van een meldpunt.

Regionale inventarisatie 24/7 dienstverlening

De werkgroep heeft besloten dat het belangrijk is om een inventarisatie te maken van alle typen 24/7 bereikbaarheid- en beschikbaarheidsvoorzieningen en meldpunten in de betrokken regio, het doel hiervan en de doelgroep die ze bedienen. Aan de hand hiervan wordt bekeken waar de lacunes zitten en hoe in de regio deze effectief en efficiënt kunnen worden opgevuld (actie 31).

ZonMW aanvraag verkenning 24/7 dienstverlening

Vanuit de gemeente Apeldoorn is een ZonMW subsidie aanvraag ingediend binnen het Actieprogramma lokale initiatieven mensen met verward gedrag. Het betreft een verkenning van alle 24/7 dienstverlening binnen de regio (actie 32). Het concrete resultaat van het project is dat alle 24/7 meldpunten, (telefonische) dienstverlening en crisisdiensten in kaart zijn gebracht, de overlap en witte vlekken zijn helder in beeld. Vervolgens wordt met alle belanghebbenden een plan van aanpak opgesteld om te komen tot het gewenste einddoel, te weten een adequate bereikbaarheid en beschikbaarheid van ondersteuning voor (onder andere) verwarde personen te ontsluiten. Daarbij is er sprake van inhoudelijke en praktische samenwerking (en waar zinvol samenvoeging) van de professionele crisisdiensten en 24/7 dienstverlening van de aangesloten zorgaanbieders, de gemeentelijk meldpunten, de politie-meldkamer en de GGZ crisisdienst. De subsidieaanvraag is gehonoreerd; de gemeente zal de gemeente de (formele) trekkersrol op zich nemen.

actie	wie	wanneer
31. regionale inventarisatie 24/7 dienstverlening en aanbevelingen	gemeente Apeldoorn (Antonie de Vlieger) i.s.m. alle zorgaanbieders	2017
32. aanvraag subsidie ZonMW 24/7 dienstverlening	gemeente Apeldoorn (Antonie de Vlieger)	beschikking ontvangen. Afgerond.

4.19 E-health ondersteuning

Dit thema is slechts summier aangestipt. Iedere instelling heeft op dit gebied zijn eigen opgave. Dit gaat o.a. over de uitrol van de mogelijkheid voor mensen die in zorg zijn hun eigen dossier digitaal in te zien en de ontwikkeling van 'blended' vormen van behandeling/begeleiding. Rivis participeert in een landelijke proeftuin met betrekking tot de digitale omgeving en ze werken met diverse zorgondersteunende apps. Aandachtspunt is de privacy en gegevensbescherming. Ten behoeve van de EPA-Taskforce zijn er geen aanvullende afspraken gemaakt.

4.20 Behoud van werk/re-integratie/dagbesteding

De werkgroep onderstreept het belang van (betaald) werk en dagbesteding voor herstel en participatie van de cliënt en geven dit thema een hoge prioriteit. Door het dagritme en de geboden structuur werken cliënten aan eigen kracht, zelfvertrouwen en stabiliteit. Het is een belangrijk onderdeel van zowel het Visiedocument als de Transformatie-agenda.

Ontwikkelingen Activenum

Het gemeentelijke Activenum splitst naar dienstverlening op. Dienstverlening aan inwoners met een korte afstand tot de arbeidsmarkt (= re-integratie) is samengevoegd met de voormalige sociale werkvoorziening Telua, tot de nieuwe organisatie Lutrato. De dienstverlening voor inwoners met een lange afstand tot de arbeidsmarkt (= participatie en inkomensvraagstukken zoals bijzondere bijstand en schuldhulpverlening) blijft bij het Activenum. De GGZ-aanbieders waarmee de gemeente samenwerkt, hebben vooral met de tweede vorm van dienstverlening te maken. Voor hen verandert er door deze opsplitsing weinig.

Vanuit de Participatiewet en de Wmo 2015 is het de taak voor gemeenten om mensen met een arbeidsbeperking te ondersteunen en duurzaam te begeleiden, waaronder mensen met een psychische aandoening. De betrokken gemeenten zetten in op een zo goed mogelijk doorlopende keten van dagbesteding tot en met een betaalde baan. Regionaal zorgt centrumgemeente Apeldoorn in samenwerking met allerlei partijen zoals (specialistische) zorg en welzijnsorganisaties, woningcorporaties, vrijwilligers, buurtbewoners en beroepskrachten voor een adequate basis- infrastructuur in de vorm van algemene voorzieningen voor ontmoeting, vrijwilligerswerk, talentplekken, en (arbeidsmatige) dagbesteding, zodat er ook voldoende passend aanbod is voor cliënten met multiproblemen. Alle gecontracteerde en gesubsidieerde zorgaanbieders doen hier aan mee.

4.21 Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Met de Participatiewet hebben gemeenten taken erbij gekregen op het gebied van re-integratie waaronder het ondersteunen en duurzaam begeleiden naar de arbeidsmarkt van doelgroepen met een beperking, waaronder mensen met een psychische aandoening. GGNet signaleert een probleem in de financiering van IPS trajecten om mensen met ernstige psychische aandoeningen toe te leiden naar werk. IPS staat voor Individuele Plaatsing en Steun. Dit is een uit de Verenigde Staten afkomstige interventie met de volgende kenmerken:

- Iedere cliënt die een reguliere baan wil, kan meedoen aan IPS ('zero exclusion').
- Er wordt snel gezocht naar een echte baan.
- De arbeidswensen van de cliënt staan centraal.
- Er wordt langdurige ondersteuning geboden, zowel aan de persoon als aan de werkomgeving.
- IPS is geïntegreerd met behandeling: de trajectbegeleider is lid van een ambulant GGZ-team, vaak een FACT team, omdat

de gebruikelijke afstand tussen de GGZ hulp en arbeidsrehabilitatie tot veel afstemmingsproblemen leidt (website Phrenos). UWV heeft landelijk 20 miljoen voor 5 jaar beschikbaar voor IPS (per cliënt 8.000 euro, maximaal drie jaar begeleiding). Er is maar een redelijk kleine subgroep die een UWV uitkering ontvangt van de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen en dus hier voor in aanmerking komt. Mensen die gebruik maken van de Wajong (onder de 50 jaar) worden herkeurd. De verwachting is dat een deel geschikt is voor arbeidsmatig werk. De gemeente financiert echter geen IPS trajecten, wel werktoeleidingstrajecten voor de groep die dicht bij de arbeidsmarkt staat. Hierdoor kan een korter en goedkoper traject (per cliënt 2.000 euro) doorlopen worden. Met dit geld kan echter geen IPS gefinancierd worden. Het knelpunt is dus het schot tussen extramurale dagbesteding (Wmo) en Participatie (toeleiding naar werk). Er zijn best practices op dit gebied beschikbaar zoals bijvoorbeeld het 'Amsterdams' model' (overeenkomst is afgesloten voor IPS trajecten voor cliënten uit de GGZ die ook een gemeentelijk uitkering hebben).

De gemeente is trekker van dit thema en draagt zorg voor een overleg met zorgaanbieders en zorgverzekeraar Zilveren Kruis om te kijken naar de mogelijkheden op dit gebied (actie 33). Verder is aangegeven dat het belangrijk is om ook de mogelijkheden en eventuele lacunes in de keten voorafgaand aan re-integratie in kaart te brengen (actie 34).

4.22 Proeftuin re-integratie gemeente Apeldoorn

De gemeente Apeldoorn voert op dit moment een proeftuin uit op het gebied van re-integratie van mensen met een psychische aandoening. Aanleiding is het verzoek van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport aan ZINZIZ om een tweejarig onderzoeksproject uit te voeren naar het (samen)werkproces gericht op optimale arbeidsparticipatie van mensen met een psychische aandoening binnen arbeidsmarktregio's. Het gaat daarbij om de samenwerking tussen GGZ-organisaties, gemeenten, UWV, SW-bedrijven, Het Regionaal Werkbedrijf, werkgevers en andere belangrijke samenwerkingspartners.

Deze proeftuin is ook opgenomen in de Transformatie-agenda. Doel is te komen met initiatieven voor het optimaliseren van de ketensamenwerking voor werk en dagbesteding voor zowel cliënten die gaan uitstromen als cliënten die inmiddels al zelfstandig wonen in de wijk. Hierin wordt samengewerkt met lokale en regionale werkgevers. Later in het traject wordt ook gekeken naar concrete (regionale) samenwerkingsafspraken met zorgaanbieders. In de EPA-Taskforce wordt de stand van zaken gepresenteerd (actie 35). Vraag is of deze proeftuin ook een laagdrempelig aansluiting kan krijgen met cliënten die vallen onder de Participatiewet. Nu zijn het gescheiden portefeuilles.

actie	wie	wanneer
33. overleg gemeente, zorgaanbieders, Zilveren Kruis over toeleiding naar werk via IPS	Gemeente Apeldoorn (Janneke Oude Alink)/ GGNet (Mirjam Schleijpen)	
	2018	
34. Inventariseren eventuele knelpunten in de keten voorafgaand aan re-integratie	gemeente Apeldoorn (n.t.b.)	2018
35. Proeftuin re-integratie gemeente, terugkoppeling svz	gemeente Apeldoorn (Janneke Oude Alink, Activerium)	EPA-Taskforce juni 2017

4.23 Monitoring

Het werken langs uitwerkingen van cliëntprofielen is een wens van de EPA-Taskforce. De eerder verrichte vignettenstudie geeft in deze een eerste handvat: per type cliënt zijn aantallen in beeld gebracht. Monitoring van de ontwikkeling van aantallen is nodig om te zien in hoeverre genomen maatregelen ook feitelijk leiden tot de beoogde verschuivingen. Een goede monitoringssystematiek is echter momenteel nog niet voorhanden. De EPA-Taskforce wil komen tot een systematiek van monitoring. (actie 36)

actie	wie	wanneer
36. opzetten monitoring systematiek	nader te bepalen	najaar 2017

4.24 Aan de slag!

Bovenstaande maakt duidelijk dat nog veel werk moet worden verricht om de ambulante opbouw af te ronden. De EPA-Taskforce pakt met elkaar en met andere ketenpartners deze opgave op.

Overzicht acties

actie	wie	wanneer
1. inzichtelijk maken intramurale capaciteit	zorgaanbieders en centrumgemeente Apeldoorn	gereed
2. inventarisatie behoefte abstinente BW-plekken en segmentatie BW conform behoefte	Tactus, Leger des Heils, Iriszorg en centrumgemeente Apeldoorn (Lennart Oosterloo)	gereed december 2017
3. structurele informatie uitwisseling in- door- en uitstroom	zorgaanbieders en gemeente Apeldoorn	huidig inzicht gereed. Jaarlijks te actualiseren
4. keukentafelgesprek en afwikkeling binnen afgesproken termijnen	gemeente Apeldoorn	gereed
5. overzicht opstellen van beschikbare plekken/inzicht in wachtlijsten BW	gemeente Apeldoorn	gereed december 2017
6.versterkte aandacht voor verslaving in BW	Riwis/Tactus/Leger des Heils/Iriszorg	2017/2018
7.ontwikkeling intensieve trainingshuizen	GGNet/Riwis	gereed december 2017
8. training woonbegeleiders Riwis door woonbegeleiders van GGNet	GGNet/Riwis	gereed december 2017
9. informatieverstrekking inzake wonen-zorg	gemeente Apeldoorn	continu, wordt afgerond met nieuwe woonvisie/agenda naar verwachting in 2018
10. afspraak aantal beschikbaar te stellen woningen door woningcorporaties	gemeenten	jaarlijks als onderdeel van prestatieafspraken
11. evaluatie opstapregeling incl. aanbevelingen	gemeente Apeldoorn	gereed zomer 2017
12. noodzakelijke sociaal-juridische cliëntondersteuning	gemeente Apeldoorn (Antonie de Vlieger)	2017/2018
13. terugkoppeling pilot wonen-zorg	gemeente Apeldoorn (Marion Boogers)/Riwis/Leger des Heils	2018
14. informatieverstrekking over gevolgen objectief verdeelmodel	gemeente Apeldoorn	zodra aan de orde
15. informatievoorziening voortgang HIC	GGNet	tenminste 2 x per jaar
16. ombouw huidige herstelinitiatieven tot Herstelacademie	Trekker is Zorgbelang Gelderland, met betrokkenheid van GGNet (Wilma Boevink), Gemeente Apeldoorn (Lennart Oosterloo), Riwis (Liesbeth Keppel), Iriszorg (Lydia Hovink). En met huidige aanbieders.	< 1-9-17

17. opzet respijtovereenkomst (event. In combinatie met herstelacademie)	GGNet/Riwis/gemeente Apeldoorn	Voor 1-9-2017 indien in combinatie met herstelacademie
18. herdiagnostiek ambulante cliënten die langer dan 2 jaar in zorg zijn	eigen opgave GGNet (Mirjam Schleijpen/Frans Kamsteeg)	2017-2018
19. verbetering diagnostiek: naast ziektebeeld ook aandacht voor vaardigheden	eigen opgave Iriszorg	2018
20. verankering afspraken in eigen opleidingsprogramma's/ personeelsbeleid	zorgaanbieders en gemeente Apeldoorn	2017 e.v.
21. onderzoek naar manieren om de overdracht van kennis en vaardigheden van professionals van betrokken instellingen te versterken op het gebied van begeleiding en behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar ook vwb kennis over het sociale domein.	Riwis (Etina ten Have) als trekker i.s.m. GGNet	gereed oktober 2017
22. casusonderzoek in, door en uitstroom FACT	GGNet: Mirjam Schleijpen	
Riwis: Liesbeth Keppel		
gemeenten: nader te bepalen	2017	
23. opdrachtformulering evaluatie, verbreding en eventueel uitrol geïntegreerd multidisciplinair FACT team vanuit meerdere zorgaanbieders	GGNet: Mirjam Schleijpen	
Riwis: Liesbeth Keppel		
gemeenten/ZK: nader te bepalen	2018	
24. informeren netwerkpartners over werkprogramma en de gevolgen hiervan voor de samenwerking in de keten	afhankelijk van de sessie/bijeenkomst waarbij aangesloten wordt	direct na 19 juni (beoogde datum vaststelling werkprogramma)
25. afstemming zoeken met Achterhoekse projecten ZonMW, structurele afstemming met project Personen met verward gedrag en terugkoppeling in Taskforce	gemeente Apeldoorn (Lisenka Schmitz) en GGNet (Eddy Adolfsen)	2017
26. kennisoverdracht Veiligheidshuis	gemeente Apeldoorn	2017-2018
27. gevolgen in kaart brengen van de overgang van maatwerkvoorzieningen naar algemene voorzieningen	gemeente Apeldoorn	2018

28. check collectieve verzekering gemeente Apeldoorn bij Menzis ten behoeve van minima (aanvullende check ook bij Zilveren Kruis)	gemeente Apeldoorn	loopt, terugkoppeling najaar 2017
29. verbinding zoeken met KAP en Stimenz voor eventueel aanvullend aanbod	gemeente Apeldoorn	gereed december 2017
30. check GGNet of huidige inzet op KOPP/KVO voldoende is.	eigen opdracht GGNet	loopt, vooralsnog geen noodzaak vervolgactie
31. regionale inventarisatie 24/7 dienstverlening en aanbevelingen	gemeente Apeldoorn (Antonie de Vlieger) i.s.m. alle zorgaanbieders	2017
32. aanvraag subsidie ZonMW 24/7 dienstverlening	gemeente Apeldoorn (Antonie de Vlieger)	beschikking ontvangen. Afgerond.
33. overleg gemeente, zorgaanbieders, Zilveren Kruis over toeleiding naar werk via IPS	gemeente Apeldoorn (Janneke Oude Alink) / GGNet (Mirjam Schleijpen)	
	2018	
34. Inventariseren eventuele knelpunten in de keten voorafgaand aan re-integratie	gemeente Apeldoorn (n.t.b)	2018
35. Proeftuin re-integratie gemeente, terugkoppeling svz	gemeente (Janneke Oude Alink, Activerium)	EPA-Taskforce juni
36. opzetten monitoring systematiek	nader te bepalen	najaar 2017



Bijlagen

Bijlage 1

Ambulantisering in de regio Oost -Veluwe en de Achterhoek. Gezamenlijk visiedocument en ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen met een ernstige psychische aandoeningen in de regio. Trimbos-instituut, Utrecht, 2015).

Bijlage 2

Transformatie-agenda Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen 2016-2020. Oost Veluwe. Gemeenten Apeldoorn, Brummen, Epe, Heerde en Voorst

Bijlage 3

Opdracht Taskforce EPA Midden IJssel/Oost Veluwe

Bovengenoemde bijlagen zijn aan te vragen bij de gemeente Apeldoorn.

Bijlage 2

Plan van aanpak Ketenoverleg Tactus-Riwis-Leger des Heils-IrisZorg

Datum: 27 maart 2019

Betreft: Plan van aanpak Ketenoverleg Tactus-Riwis-Leger des Heils-IrisZorg als bijdrage aan het regionale plan van aanpak vermindering wachttijden GGZ

Aanleiding

De wachtlijst binnen de Regio Apeldoorn van beschermd wonen cliënten is voor de genoemde organisaties aanleiding geweest om de handen ineen te slaan met als doel de samenwerking 'aan de voorkant' te verbeteren en daarmee de cliënt sneller en effectiever toe te leiden naar de meest passende plek en te komen tot een 'centraal onthaal' binnen een gezamenlijke toegang. Hierbij geldt de vraag van de 'klant' als startpunt.

Ketenoverleg

Het nog verder te operationaliseren ketenoverleg heeft als doel:

- wegwerken wachtlijst Beschermd Wonen binnen de regio Apeldoorn
- snelle en effectieve triage door aanwezige expertise van de verschillende partijen: psychiatrie, middelengebruik, sociale problematiek
- op- en afschalen bij vastgelopen casuïstiek en creëren van time-out plekken
- organiseren van casuïstiek tafel bij complexe zorgvragen in samenwerking met GGNet en lokale teams en eventueel andere benodigde partijen
- delen van expertise
- versterken trajectmatig werken
- monitor trends en ontwikkelingen

Aandachtspunt hierbij moet de privacy van de cliënten zijn (is het overleg AVG-proof?).

Deelnemers en voorstel werkwijze

Er vindt 2-wekelijks een ketenoverleg plaats met als uitgangspunt voor elke cliënt een juiste plek en zo min mogelijk wachtenden.

Hieronder de deelnemers aan dit overleg. Er vindt nog afstemming met de gemeente plaats over hun deelname.

Deelnemers;

Tactus

Riwis

Leger des Heils

IrisZorg

Voorstel: Gemeente

Op uitnodiging andere partijen.

Ketenoverleg en aanpak wachtlijst GGZ

Door de landelijke stuurgroep Wachttijden GGZ is het plan van aanpak opgevraagd (ter publicatie) van de 21 regio's waar de wachttijdenproblematiek het grootst is. De regio Apeldoorn behoort daartoe.

Door middel van het ketenoverleg willen we als zorgaanbieders meer naar elkaar kunnen doorverwijzen. Ook kunnen we zo meer samenwerken rond de wachttijden en onder andere het inzicht daarin vergroten. Daarmee willen we o.a. de samenwerking met GGNet versterken en een bijdrage leveren aan kortere wachttijden GGZ en een bijdrage leveren bij de aanpak van complexe casuïstiek.

BIJLAGE 3

Plan van aanpak Uitwisseling personeel Wijkteams/FACT-teams

Aanleiding

Naar aanleiding van de vragen van de EPA-Taskforce en behoefte van zowel FACT-teams als Wijkteams om beter te kunnen samenwerken zijn de managers van beide organisaties een tweetal keer bij elkaar geweest om te kijken wat de mogelijkheden zijn om de samenwerking te verbeteren.

Doel

We willen in ieder geval een situatie creëren waarin we patiënten kunnen bespreken en beleid en onderlinge acties kunnen afstemmen zodat we snel en makkelijk zorg kunnen opschalen en afschalen en een aantal behandelingen cq. begeleiding gezamenlijk kunnen uitvoeren.

Bespreken en consulteren

Bij het bespreken en elkaar consulteren van elkaars wederzijdse cliënten komen we een aantal belemmeringen tegen. Vooral bij die cliënten die niet in behandeling bij GGNet zijn, zijn de mogelijkheden van GGNet beperkt om personeel structureel in te zetten voor deze taken. Dit is wel mogelijk voor de patiënten die al in zorg zijn bij GGNet. Daarvoor kan er onder de DBC financiering gewerkt worden.

Voor de patiënten die niet in behandeling zijn is dat veel ingewikkelder. Het andere is de dat de financiële onderlegger ontbreekt bij het inzetten van personeel voor deze uitwisseling bij GGNET. Met andere woorden, we krijgen dat werk niet betaald of onvoldoende betaald.

Bijkomend probleem is de privacy en de problemen met het uitwisselen van gegevens, wij mogen alleen onder bepaalde voorwaarden gegevens delen en dat moet proportioneel zijn en uitdrukkelijke toestemming onder de AVG (ook al onder de WGBO) en datzelfde geldt voor de wijkteams.

Dit is op te lossen door vooral in aanwezigheid van de betrokken personen te overleggen, maar dat zal in de praktijk niet altijd haalbaar zijn.

Oplossingsrichting

We denken dat uitwisseling van personeel een oplossing kan zijn.

Als medewerkers FACT 1 uur per week kunnen aanschuiven of geconsulteerd kunnen worden in de Wijkteams in totaal 4 uur en medewerkers van de Wijkteams 1 per week kunnen aanschuiven in het FACT overleg (3 uur totaal) met daarnaast nog beperkte mogelijkheden om samen iets te doen in de onbetaalde situaties zijn we al een stuk verder en is de eerste stap gezet. Dat kan door over en weer personeel te detacheren. Dan vallen die personeelsleden onder de richtlijnen mbt de privacy van de betreffende organisatie en hebben we het privacy vraagstuk ook opgelost, verwachten we.

Voorwaarden

Omdat we verwachten dat er verschillende expertises/disciplines worden gevraagd is te verwachten dat de kostprijs van het uit te wisselen personeel niet gelijk is. Ook verwachten we dat er een verschil in uren is qua uitwisseling, alleen al door de verschillen in hoeveelheid teams (3 FACT-teams, 4 wijkteams). Dus kan niet geheel kosteloos door de verschillen in kwaliteit en de verschillen in het gevraagde aantal uren.

Het lijkt ons reëel dat het verschil in uren en in uurprijs wordt gecompenseerd en doen dus via de EPA-Taskforce het voorstel dit op deze wijze te financieren. Of anders de niet declarabele uren te financieren.

Andere Ketenpartners/Ervaringsdeskundigheid

Extra aandachtspunt. Op deze wijze zou ook de verslavingszorg IrisZorg en Tactus kunnen aansluiten bij de wijkteams op het niveau van behandeling en behandelen. Uit overleg van GGNet met beide partijen blijkt dat zij zich ook in deze constructie kunnen vinden. IrisZorg is aangesloten bij de wijkteams (of gedeeltelijk aangesloten) met een vertegenwoordiging.

Nog uit te zoeken: Hoe zit dat met RIWIS, zijn zij ook aangesloten?

En hoe zit het met ervaringsdeskundigheid in de wijkteams?

Bijlage 4:

Gezamenlijke intake verwarde personen

Plan van aanpak voor de projectvoorbereiding

Publiekssamenvatting

In Apeldoorn gaan aanbieders van zorg en maatschappelijke ondersteuning samenwerken om inwoners met verward gedrag en problemen op levensgebieden beter te helpen. In de huidige situatie worden deze inwoners vaak verwezen naar specialistische zorg. Vaak is echter de mentale verwardheid een gevolg van problemen op levensgebieden. Inzet van specialistische zorg is dan onvoldoende effectief. Daarom wordt een project voorbereid waarin inwoners met verward gedrag en problemen op levensgebieden sneller van de zorg en ondersteuning worden voorzien, waarbij hun meest dringende probleem het eerst wordt aangepakt. Eerste stap daarin is het ontwerpen van een gemeenschappelijke intake. Voor het implementeren en borgen van dit ontwerp wordt een projectsubsidie aangevraagd.

Dit project richt zich op de bouwstenen 3 en 6 uit de sluitende aanpak:

- *Door gezamenlijk signalen vroegtijdig te herkennen kan er direct doorgepakt worden*
- *Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning gebeurt vanuit een passende persoonsgerichte aanpak*

Contextbeschrijving en probleemstelling

In de regio Apeldoorn is er een beperkte samenwerking tussen aanbieders van zorg en het sociaal domein. Om een sluitende aanpak te bereiken voor inwoners met verward gedrag, is verbetering van de samenwerking noodzakelijk. Om die reden hebben verschillende betrokkenen bij de doelgroep de intentie om te komen tot een betere ondersteuning. In het kader daarvan is deze subsidieaanvraag geschreven.

Uitgangspositie:

- Op dit moment kennen de verschillende organisaties die iets zouden kunnen betekenen voor inwoners met verward gedrag een eigen instroomprocedure. De inwoner wordt verwezen of meldt zichzelf aan, krijgt een intake en komt vervolgens in zorg. Daarbij wordt vooral de problematiek behandeld die door de specialistische organisatie wordt herkend (bijv. GGZ/verslaving/LVB).
- Bij inwoners die in de war zijn, wordt door de huisarts veelal doorverwezen vanuit de veronderstelling dat er specialistische hulp nodig is. Vaak zijn er echter problemen op diverse leefgebieden, waardoor de mentale verwardheid eerder een gevolg is dan een oorzaak. Enkel specialistische hulp is in die situaties onvoldoende effectief. Huisartsen verwijzen bij een combinatie van problemen op levensgebieden en problematiek waarvoor specialistische zorg nodig lijkt, niet door naar het Centrum voor Maatschappelijke Ondersteuning (CMO).
- De specialistisch psychiatrische behandeling kent wachttijden. Verwarde personen die specialistische psychiatrische behandeling nodig hebben, krijgen niet direct adequate hulp en hun problemen blijven onnodig lang bestaan.
- Maandelijks worden ongeveer 70 inwoners met verward gedrag door huisartsen verwezen naar specialistische zorg.

De verwachting dat er uiteindelijk minder patiënten specialistische zorg nodig hebben of in ieder geval de juiste specialistische zorg gaan ontvangen. De aanname is dat hierdoor de omvang van de behandelduur en de looptijd van de behandelingen teruglopen, behandelingen effectiever zijn en

(lange) wachttijden binnen de specialistische psychiatrische zorg positief worden beïnvloed. Dat leidt er vervolgens toe dat verwarde personen die wél specialistische psychiatrische behandeling nodig hebben, deze sneller kunnen krijgen.

Als deze aanname juist blijkt te zijn, dan zal in overleg met de huisartsen worden gezocht naar mogelijkheden en hulpmiddelen om huisartsen hun patiënten met verward gedrag vaker naar het Sociale Domein te laten doorverwijzen.

Doelstelling

Voorbereiden van een samenwerkingspilot in het Sociale Domein in Apeldoorn ten behoeve van de doelgroep mensen met verward gedrag. De pilot wordt opgezet om samen te werken om zo snel mogelijk adequate zorg in te kunnen zetten op het moment dat verward gedrag wordt geconstateerd en er een hulpvraag is. Daardoor kan verergering en/of onnodig lang voortbestaan van klachten en problemen voorkomen worden.

- *Door gezamenlijk signalen vroegtijdig te herkennen kan er direct doorgepakt worden (bouwsteen drie sluitende aanpak personen met verward gedrag)*
- *Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning gebeurt vanuit een passende persoonsgerichte aanpak (bouwsteen zes sluitende aanpak)*

Het project zal zich richten op het organiseren van een gezamenlijke intake aan de voordeur, dus direct na doorverwijzing van huisarts. Voor deze pilot wordt uitgegaan van gezamenlijke intakes (met medewerkers van specialistische zorg en CMO) en bij verwarde personen die door de huisarts verwezen worden naar specialistische zorg. Na de intake wordt toegewezen aan de organisatie die het meest dringende probleem het eerst aanpakt. Door vanuit de diverse specialismen en met de patiënt samen te bepalen welke zorg het eerste nodig is, is de aanname dat er sneller en beter ondersteuning wordt ingezet voor het juiste levensgebied. De verwachting is dat de verwarde inwoner dan minder, andere of zelfs geen specialistische psychiatrische behandeling meer nodig, wat een gunstig effect zal hebben op de wachtlijsten van de specialistische psychiatrische zorg. De voorbereiding van de samenwerkingspilot richt zich op het ontwerp van het proces van gezamenlijke intake van inwoners met verward gedrag en de totstandkoming van het projectplan.

Als doelstelling van het project is geformuleerd:

Doelstelling van dit project is het verbeteren van de zorg en ondersteuning aan inwoners met verward gedrag die voor het eerst zorg of ondersteuning in verband met verward gedrag en hebben problemen op twee of meer levensgebieden. De verbetering wordt bereikt door adequate zorg in te zetten op het moment dat verward gedrag wordt geconstateerd, door het organiseren van een gezamenlijke intake. Hiervoor wordt samenwerking aangegaan door aanbieders van specialistische zorg en het CMO en wordt een gezamenlijke intake georganiseerd.

Onder adequate zorg en ondersteuning verstaan we die zorg en ondersteuning die leidt tot het verkleinen of oplossen van het meest dringende probleem.

De verbetering van de zorg en ondersteuning wordt zichtbaar gemaakt door een verbetering van de scores in de zelfredzaamheidsmatrix.

Onder verbetering van zorg verstaan we ook het inzetten van specialistische zorg op het moment dat dat nodig is, dus zonder of met kortere wachttijd. Verkorting van de wachttijden wordt bereikt als na de gezamenlijke intakes minder vaak specialistische psychiatrische zorg wordt ingezet.

Als doelstelling van de voorbereiding van het project is geformuleerd:

1. het ontwerpen van een proces van gezamenlijke intake
 - voor personen met verward gedrag met problemen op twee of meer levensgebieden

- vanaf het moment van aanmelding tot de toewijzing
 - met betrokkenheid van zorg- en hulpverleners van alle betrokken organisaties, ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen
 - dat breed gedragen is
2. Het maken van een projectplan voor het implementeren en borgen van de gezamenlijke intake.

In bijlage 1 geeft een overzicht van de huidige stroom van inwoners met verward gedrag richting het maatschappelijk veld en de specialistische zorg. In dit schema is aangegeven welke veranderingen worden beoogd.

Beoogde resultaten:

1. Twee bijeenkomsten van een dagdeel voor zorg- en hulpverleners van betrokken organisaties die verbindend van karakter zijn en waarin gezamenlijk gekomen wordt tot:
2. Een beschrijving van het beoogde proces van gezamenlijke intake
 - met vastgelegde afspraken over wie participeert
 - met vastgelegde afspraken over de inhoud van de intake, waarbij gericht screening plaatsvindt op welke sociale hulpvraag het meest relevant is om als eerste aan te pakken en de zelfredzaamheidsmatrix als gezamenlijke tool wordt gebruikt.
 - met vastgelegde afspraken over de organisatie van de intake
 - met vastgelegde afspraken over de uitwisseling van informatie tussen de verschillende samenwerkingspartners, zo mogelijk door deelname aan de pilot voor ingebruikname van het digitale platform Ozo-verbindzorg van Gemeente Apeldoorn
 - met afspraken over de regie van de geboden ondersteuning en zorg aan de verwarde personen
3. Een projectplan voor het implementeren en borgen van de gezamenlijke intake, alsmede een onderzoeksplan.

Deze resultaten worden uiterlijk 26 maart 2018 behaald.

Samenwerkingspartners

Samenwerkende partijen zijn Tactus, IrisZorg, BAS Basiszorg, gemeente Apeldoorn, GGNet, 's-Heeren Loo en als verwijzende partijen: huisartsen, POH, WMO loket en CMO's (vroegere wijkteams).

In deze voorbereidende fase richting de opzet van de pilot gezamenlijke intake zijn afspraken gemaakt over de rollen van de organisaties. Deze rollen worden te zijner tijd aangescherpt en nader toegelicht in de aanvraag van de uitvoeringssubsidie. Behorend bij de fase van opstart hebben de partijen een intentieverklaring ondertekend. Deze is als bijlage toegevoegd aan het Plan van Aanpak.

- Gemeente Apeldoorn is bestuurlijk verantwoordelijk, heeft de rol van hoofdaanvrager, en aanspreekpunt voor ZonMW. Vanuit Gemeente Apeldoorn wordt daarnaast geparticipeerd in de stuurgroep. Professionals die oa werkzaam zijn binnen de CMO's en het WMO loket nemen deel aan de bijeenkomsten waarvoor startsubsidie wordt aangevraagd en waar input wordt geleverd voor het uitvoeringsplan.
- GGNet, IrisZorg, Tactus en 's-Heeren Loo zijn de participerende zorgorganisaties. Zij leveren specialistische zorg (specialistische GGZ en VG). BAS is een onderdeel van GGNet en levert basis GGZ. Zij gaan nu op een voor hen nieuwe wijze samenwerken door het organiseren van een gezamenlijke intake in het Sociale Domein. Zij leveren de professionals die uiteindelijk de gezamenlijke intake vormgeven, uitvoeren en monitoren.

- Naast professionals participeren ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen in elke fase van het project; zowel tijdens de start- en ontwerpfase als bij de uiteindelijke uitvoering.
- GGNet is penvoerder en levert de projectleider en een projectmedewerker die het proces aanjagen en bewaken. In de startfase organiseren zij het ontwerpen van de gemeenschappelijke intake, schrijven het projectplan en monitorende evaluaties.
- Belangrijke verwijzers binnen dit project zijn de samenwerkende huisartsen (Huisartsen Regio Apeldoorn), het WMO loket en CMO's in de wijk vanuit gemeente Apeldoorn en samenwerkende organisaties. CMO's zijn teams die outreachend werken en hulp- en ondersteuningstrajecten inzetten en zo mogelijk afronden. Door samen te werken binnen dit project (zowel in de voorbereidende fase als in de uitvoering) kunnen we meer verbinding realiseren tussen de verschillende schakels.
- Zilveren Kruis zorgverzekeraar is geen uitvoerende partner binnen de opzet van dit project, maar heeft wel een initiërende rol vervuld. De uitkomsten vanuit het project worden besproken in de EPA-Taskforce Midden IJssel/Veluwe waar het Zilveren Kruis in participeert.

Plan van aanpak

1. Voorbereiden van een bijeenkomst waarin het proces van de gezamenlijke intake wordt ontworpen:
 - opdrachtformulering voor facilitator
 - contracteren facilitator
2. Bijeenkomst waarin het proces van de gezamenlijke intake wordt ontworpen en de benodigde randvoorwaarden worden vastgesteld
3. Schrijven en vaststellen van projectplan

Toelichting:

Om te komen tot een breed gedragen ontwerp van het proces van gezamenlijke intake, zullen twee bijeenkomsten van een dagdeel georganiseerd worden. De deelnemende organisaties zullen allen vertegenwoordigd worden, evenals cliënten en familie. Door het kiezen van een geschikte facilitator en de juiste werkvormen, hebben de bijeenkomsten een verbindend karakter en levert iedere deelnemer een gelijkwaardige bijdrage.

De uitkomst van de twee bijeenkomsten worden door de voorbereidingsgroep vastgesteld en vormen input voor het projectplan, waarvoor een projectsubsidie zal worden aangevraagd.

In schema:

	Wat	Wie	Start	Gereed
1	Vorbereiden bijeenkomst	Vorbereidingsgroep	15 januari 2019	15 februari 2019
2	Bijeenkomst (2x4 uur)	Facilitator o.v.v. vorbereidingsgroep	begin maart 2019	begin maart 2019
3	Vaststelling uitkomsten bijeenkomst	Vorbereidingsgroep		begin maart 2019
4	Projectplan	Vorbereidingsgroep	begin maart 2019	26 maart 2019
5	Evaluatie	Vorbereidingsgroep		26 maart 2019

De aangevraagde subsidie wordt gebruikt voor:

- het vorbereiden van de bijeenkomst: het zoeken van een verbindende facilitator, het maken van een programma en het praktisch organiseren van de bijeenkomst
- deelname van medewerkers aan de bijeenkomsten waarin het proces van gezamenlijke intake wordt ontworpen inclusief tijd voor vorbereiding en uitwerking
- het ontwerpen van een onderzoeksplan
- het schrijven van het projectplan
- bijeenkomsten van de vorbereidingsgroep met afgevaardigden van alle betrokken organisaties waarin wordt afgestemd, vastgesteld en geëvalueerd.

Borging

Borging vindt plaats na uitvoering van het project.

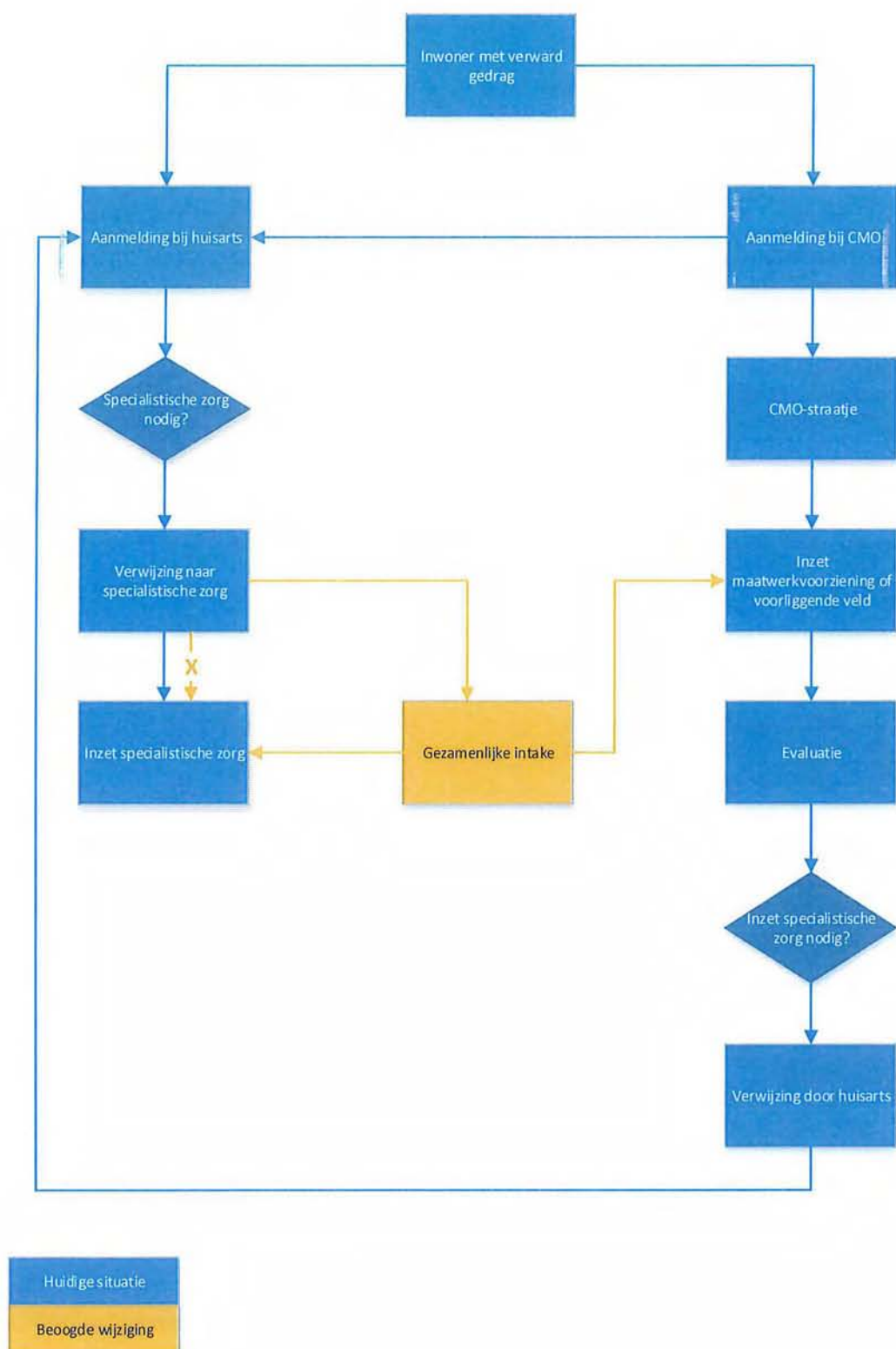
Monitoring en evaluatie

Monitoring van de voortgang van de vorbereiding van het project is een taak van de projectleiding. Evaluatie vindt plaats binnen de vorbereidingsgroep.

Stroomschema inzet ondersteuning en zorg aan inwoners met verward gedrag

concept versie 7 december 2018

GGNet/NvV



Bijlage 5: Faciliteren netwerkzorg



Aanvraag minimaal_digitaal / Application Minimal_digitaal

Dossier nummer / Dossier number:

CONCEPT

Algemene gegevens / General Information

Programma / Programme	:	Actieprogramma lokale initiatieven mensen met verward gedrag
Subsidieronde / Subsidy round	:	Integraal aanbod zorg en begeleiding voor mensen met verward gedrag
Projecttitel / Project title	:	gezamenlijke intake personen met verward gedrag
Projecttaal / Project language	:	Nederlands / Dutch
Geplande startdatum / Planned start date	:	14-01-2019
Geplande duur / Planned duration	:	3 maanden / months
Datum indienen / Date of application	:	
Projecttype / Project type	:	Ontwikkelpject / Develop project
Vervolg eerder ZonMw-project / Continuation previously funded project	:	Nee / No
ZonMw		

Projectleden / Project members

L.T. Oosterloo (Hoofdaanvrager)

Functie / Position: Senior beleidsadviseur | Opleiding / Education:

Studierichting / Subject:

T: 0555805371 | F: | E: l.oosterloo@apeldoorn.nl

Gemeente Apeldoorn

Volksgezondheid en WMO

Postbus 9033

7300 LG Apeldoorn

A.M.R. van Velzen (Projectleider en penvoerder)

Functie / Position: Beleidsadviseur | Opleiding / Education:

Studierichting / Subject:

T: 0889331609 | F: | E: n.vanvelzen@ggnet.nl

GGNet

Postbus 2003

7230 GC WARNSVELD

R.A. Iedema (Bestuurlijk verantwoordelijke)

Functie / Position: eenheidsmanager | Opleiding / Education:

Studierichting / Subject:

T: 06 52 47 58 06 | F: | E: r.iedema@apeldoorn.nl

Gemeente Apeldoorn

Postbus 9033

7300 ES APELDOORN

I. Bogert (Projectcommissielid)

Functie / Position: Ervaringsdeskundige | Opleiding / Education:

Studierichting / Subject:

T: 0889334244 | F: | E: i.bogert@ggnet.nl

GGNet

Postbus 2003

7230 GC WARNSVELD

J. Hoogland (Projectcommissielid)

Functie / Position: Regiomanager dag- en ketenzorg | Opleiding / Education:

Studierichting / Subject:

T: 0630849145 | F: | E: jhoogland@hoogzorg.nl

HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland

Regio HRA (Huisartsen Regio Apeldoorn)

Aangemaakt door ProjectNet / Generated by ProjectNet: 17-12-2018 16:27

1

Aanvraag minimaal_digitaal / Application Minimal_digitaal

Dossier nummer / Dossier number:

CONCEPT

Laan van Westenenk 737A
7334 DL APELDOORN

A. van Lubeck (Projectcommissielid)*Functie / Position:* Regiomanager Apeldoorn | *Opleiding / Education:**Studierichting / Subject:**T:* 0886061715 | *F:* | *E:* a.lubeck@iriszorg.nl

IrisZorg

Raad van Bestuur

Kronenburgsingel 545-547
6831 GM ARNHEM

A. Meulman (Projectcommissielid)*Functie / Position:* projectmedewerker | *Opleiding / Education:**Studierichting / Subject:**T:* 088 933 5392 | *F:* | *E:* a.meulman@ggnet.nl

GGNet

Postbus 2003

7230 GC WARNSVELD

A.J. de Putter (Projectcommissielid)*Functie / Position:* Manager rayon sociaal domein regio Apeldoorn | *Opleiding / Education:**Studierichting / Subject:**T:* 0621271620 | *F:* | *E:* ard-jan.de-putter@sheerenloo.nl

's Heeren Loo Zorggroep

Midden Nederland

Zorg & Innovatie

Postbus 27

7300 AA APELDOORN

H. Schreurs (Projectcommissielid)*Functie / Position:* Regiomanager | *Opleiding / Education:**Studierichting / Subject:**T:* 0555269522 | *F:* | *E:* h.schreurs@Tactus.nl

Tactus Verslavingszorg

Postbus 154

7400 AD DEVENTER

A.H.M. Willemsen (Projectcommissielid)*Functie / Position:* Stadsdeelregisseur Zorg | *Opleiding / Education:**Studierichting / Subject:**T:* 06 34 55 10 91 | *F:* | *E:* a.willemsen@apeldoorn.nl

Gemeente Apeldoorn

Postbus 9033

7300 ES APELDOORN

Projectgegevens / Project information**Aandachtsgebieden / Focus****1. Betrokken organisaties in projectgroep (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Cliëntenorganisatie
- Gemeente
- GGZ-instelling
- Zorgorganisatie

3. Omvang regio/werkgebied

- Gemeente

4. Mijn project wordt uitgevoerd in de provincie

- Gelderland

5. In welke gemeente(s) wordt de activiteit uitgevoerd?

- Apeldoorn

De subsidie is bedoeld voor

- - Startsubsidie: Opzetten integraal aanbod van begeleiding en behandeling van mensen met verward gedrag

Aanvraag minimaal_digitaal / Application Minimal_digitaal

Dossier nummer / Dossier number:

CONCEPT
Samenvatting / Summary

In Apeldoorn gaan aanbieders van zorg en maatschappelijke ondersteuning samenwerken om inwoners met verward gedrag en problemen op levensgebieden beter te helpen. In de huidige situatie worden deze inwoners vaak verwezen naar specialistische zorg. Vaak is echter de mentale verwardheid een gevolg van problemen op levensgebieden. Inzet van specialistische zorg is dan onvoldoende effectief. Daarom wordt een project voorbereid waarin inwoners met verward gedrag en problemen op levensgebieden sneller van de zorg en ondersteuning worden voorzien, waarbij hun meest dringende probleem het eerst wordt aangepakt. Eerste stap daarin is het ontwerpen van een gemeenschappelijke intake. Voor het implementeren en borgen van dit ontwerp wordt een projectsubsidie aangevraagd.

Dit project richt zich op de bouwstenen 3 en 6 uit de sluitende aanpak:

? Door gezamenlijk signalen vroegtijdig te herkennen kan er direct doorgepakt worden

? Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning gebeurt vanuit een passende persoonsgerichte aanpak

Bijzondere gegevens / Additional information
Vergunningen / Permits

	Verklaring nodig / Statement required?		Status verklaring / Statement status		
	Ja / Yes	Nee / No	Verkregen / Acquired	Aangevraagd / Applied	Nog niet aangevraagd / Not applied yet
METC		X			
DEC		X			
WBO		X			

Onderschrijvingen / Assents

	Ja / Yes	Nee / No	N.v.t. / N.A.
Code biosecurity / Code Biosecurity			X
Code openheid dierproeven / Code Transparency of Animal Testing			X

Andere vergunningen / Other permits

Geen vergunningen van toepassing.

Gezamenlijke intake verwarde personen

Plan van aanpak voor de projectvoorbereiding

Publiekssamenvatting

In Apeldoorn gaan aanbieders van zorg en maatschappelijke ondersteuning samenwerken om inwoners met verward gedrag en problemen op levensgebieden beter te helpen. In de huidige situatie worden deze inwoners vaak verwezen naar specialistische zorg. Vaak is echter de mentale verwardheid een gevolg van problemen op levensgebieden. Inzet van specialistische zorg is dan onvoldoende effectief. Daarom wordt een project voorbereid waarin inwoners met verward gedrag en problemen op levensgebieden sneller van de zorg en ondersteuning worden voorzien, waarbij hun meest dringende probleem het eerst wordt aangepakt. Eerste stap daarin is het ontwerpen van een gemeenschappelijke intake. Voor het implementeren en borgen van dit ontwerp wordt een projectsubsidie aangevraagd. Dit project richt zich op de bouwstenen 3 en 6 uit de sluitende aanpak:

- *Door gezamenlijk signalen vroegtijdig te herkennen kan er direct doorgepakt worden*
- *Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning gebeurt vanuit een passende persoonsgerichte aanpak*

Contextbeschrijving en probleemstelling

In de regio Apeldoorn is er een beperkte samenwerking tussen aanbieders van zorg en het sociaal domein. Om een sluitende aanpak te bereiken voor inwoners met verward gedrag, is verbetering van de samenwerking noodzakelijk. Om die reden hebben verschillende betrokkenen bij de doelgroep de intentie om te komen tot een betere ondersteuning. In het kader daarvan is deze subsidieaanvraag geschreven.

Uitgangspositie:

- Op dit moment kennen de verschillende organisaties die iets zouden kunnen betekenen voor inwoners met verward gedrag een eigen instroomprocedure. De inwoner wordt verwezen of meldt zichzelf aan, krijgt een intake en komt vervolgens in zorg. Daarbij wordt vooral de problematiek behandeld die door de specialistische organisatie wordt herkend (bijv. GGZ/verslaving/LVB).
- Bij inwoners die in de war zijn, wordt door de huisarts veelal doorverwezen vanuit de veronderstelling dat er specialistische hulp nodig is. Vaak zijn er echter problemen op diverse leefgebieden, waardoor de mentale verwardheid eerder een gevolg is dan een oorzaak. Enkel specialistische hulp is in die situaties onvoldoende effectief. Huisartsen verwijzen bij een combinatie van problemen op levensgebieden en problematiek waarvoor specialistische zorg nodig lijkt, niet door naar het Centrum voor Maatschappelijke Ondersteuning (CMO).
- De specialistisch psychiatrische behandeling kent wachttijden. Verwarde personen die specialistische psychiatrische behandeling nodig hebben, krijgen niet direct adequate hulp en hun problemen blijven onnodig lang bestaan.
- Maandelijks worden ongeveer 70 inwoners met verward gedrag door huisartsen verwezen naar specialistische zorg.

De verwachting dat er uiteindelijk minder patiënten specialistische zorg nodig hebben of in ieder geval de juiste specialistische zorg gaan ontvangen. De aanname is dat hierdoor de omvang van de behandelduur en de looptijd van de behandelingen teruglopen, behandelingen effectiever zijn en (lange) wachttijden binnen de specialistische psychiatrische zorg positief worden beïnvloed. Dat leidt er vervolgens toe dat verwarde personen die wél specialistische psychiatrische behandeling nodig hebben, deze sneller kunnen krijgen.

Als deze aanname juist blijkt te zijn, dan zal in overleg met de huisartsen worden gezocht naar mogelijkheden en hulpmiddelen om huisartsen hun patiënten met verward gedrag vaker naar het sociale domein te laten doorverwijzen.

Doelstelling

Vorbereiden van een samenwerkingspilot in het Sociale Domein in Apeldoorn ten behoeve van de doelgroep mensen met verward gedrag. De pilot wordt opgezet om samen te werken om zo snel mogelijk adequate zorg in te kunnen zetten op het moment dat verward gedrag wordt geconstateerd en er een hulpvraag is. Daardoor kan verergering en/of onnodig lang voortbestaan van klachten en problemen voorkomen worden.

- *Door gezamenlijk signalen vroegtijdig te herkennen kan er direct doorgepakt worden (bouwsteen drie sluitende aanpak personen met verward gedrag)*
- *Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning gebeurt vanuit een passende persoonsgerichte aanpak (bouwsteen zes sluitende aanpak)*

Het project zal zich richten op het organiseren van een gezamenlijke intake aan de voordeur, dus direct na doorverwijzing van huisarts. Voor deze pilot wordt uitgegaan van gezamenlijke intakes (met medewerkers van specialistische zorg en CMO) en bij verwarde personen die door de huisarts verwezen worden naar specialistische zorg. Na de intake wordt toegewezen aan de organisatie die het meest dringende probleem het eerst aanpakt. Door vanuit de diverse specialismen en met de patiënt samen te bepalen welke zorg het eerste nodig is, is de aanname dat er sneller en beter ondersteuning wordt ingezet voor het juiste levensgebied. De verwachting is dat de verwarde inwoner dan minder, andere of zelfs geen specialistische psychiatrische behandeling meer nodig, wat een gunstig effect zal hebben op de wachtlijsten van de specialistische psychiatrische zorg. De voorbereiding van de samenwerkingspilot richt zich op het ontwerp van het proces van gezamenlijke intake van inwoners met verward gedrag en de totstandkoming van het projectplan.

Als doelstelling van het project is geformuleerd:

Doelstelling van dit project is het verbeteren van de zorg en ondersteuning aan inwoners met verward gedrag die voor het eerst zorg of ondersteuning in verband met verward gedrag en hebben problemen op twee of meer levensgebieden. De verbetering wordt bereikt door adequate zorg in te zetten op het moment dat verward gedrag wordt geconstateerd, door het organiseren van een gezamenlijke intake. Hiervoor wordt samenwerking aangegaan door aanbieders van specialistische zorg en het CMO en wordt een gezamenlijke intake georganiseerd.

Onder adequate zorg en ondersteuning verstaan we die zorg en ondersteuning die leidt tot het verkleinen of oplossen van het meest dringende probleem. De verbetering van de zorg en ondersteuning wordt zichtbaar gemaakt door een verbetering van de scores in de zelfredzaamheidsmatrix.

Onder verbetering van zorg verstaan we ook het inzetten van specialistische zorg op het moment dat dat nodig is, dus zonder of met kortere wachttijd. Verkorting van de wachttijden wordt bereikt als na de gezamenlijke intakes minder vaak specialistische psychiatrische zorg wordt ingezet.

Als doelstelling van de voorbereiding van het project is geformuleerd:

1. het ontwerpen van een proces van gezamenlijke intake
 - voor personen met verward gedrag met problemen op twee of meer levensgebieden
 - vanaf het moment van aanmelding tot de toewijzing
 - met betrokkenheid van zorg- en hulpverleners van alle betrokken organisaties, ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen
 - dat breed gedragen is
2. Het maken van een projectplan voor het implementeren en borgen van de gezamenlijke intake.

In bijlage 1 geeft een overzicht van de huidige stroom van inwoners met verward gedrag richting het maatschappelijk veld en de specialistische zorg. In dit schema is aangegeven welke veranderingen worden beoogd.

Beoogde resultaten:

1. Twee bijeenkomsten van een dagdeel voor zorg- en hulpverleners van betrokken organisaties die verbindend van karakter zijn en waarin gezamenlijk gekomen wordt tot:
2. Een beschrijving van het beoogde proces van gezamenlijke intake
 - met vastgelegde afspraken over wie participeert
 - met vastgelegde afspraken over de inhoud van de intake, waarbij gericht screening plaatsvindt op welke sociale hulpvraag het meest relevant is om als eerste aan te pakken en de zelfredzaamheidsmatrix als gezamenlijke tool wordt gebruikt.
 - met vastgelegde afspraken over de organisatie van de intake
 - met vastgelegde afspraken over de uitwisseling van informatie tussen de verschillende samenwerkingspartners, zo mogelijk door deelname aan de pilot voor ingebruikname van het digitale platform Ozo-verbindzorg van Gemeente Apeldoorn
 - met afspraken over de regie van de geboden ondersteuning en zorg aan de verwarde personen
3. Een projectplan voor het implementeren en borgen van de gezamenlijke intake, alsmede een onderzoeksplan.

Deze resultaten worden uiterlijk 26 maart 2018 behaald.

Samenwerkingspartners

Samenwerkende partijen zijn Tactus, Iriszorg, BAS Basiszorg, gemeente Apeldoorn, GGNet, 's-Heeren Loo en als verwijzende partijen: huisartsen, POH, WMO loket en CMO's (vroegere wijkteams).

In deze voorbereidende fase richting de opzet van de pilot gezamenlijke intake zijn afspraken gemaakt over de rollen van de organisaties. Deze rollen worden te zijner tijd aangescherpt en nader toegelicht in de aanvraag van de uitvoeringssubsidie. Behorend bij de fase van opstart hebben de partijen een intentieverklaring ondertekend. Deze is als bijlage toegevoegd aan het Plan van Aanpak.

- Gemeente Apeldoorn is bestuurlijk verantwoordelijk, heeft de rol van hoofdaanvrager, en aanspreekpunt voor ZonMw. Vanuit Gemeente Apeldoorn wordt daarnaast geparticipeerd in de stuurgroep. Professionals die oa werkzaam zijn binnen de CMO's en het WMO loket nemen deel aan de bijeenkomsten waarvoor startsubsidie wordt aangevraagd en waar input wordt geleverd voor het uitvoeringsplan.
- GGNet, Iriszorg, Tactus en 's-Heeren Loo zijn de participerende zorgorganisaties. Zij leveren specialistische zorg (specialistische GGZ en VG). BAS is een onderdeel van GGNet en levert basis GGZ. Zij gaan nu op een voor hen nieuwe wijze samenwerken door het organiseren van een gezamenlijke intake in het Sociale Domein. Zij leveren de professionals die uiteindelijk de gezamenlijke intake vormgeven, uitvoeren en monitoren.
- Naast professionals participeren ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen in elke fase van het project; zowel tijdens de start- en ontwerpfase als bij de uiteindelijke uitvoering.
- GGNet is penvoerder en levert de projectleider en een projectmedewerker die het proces aanjagen en bewaken. In de startfase organiseren zij het ontwerpen van de gemeenschappelijke intake, schrijven het projectplan en monitoren de evaluaties.
- Belangrijke verwijzers binnen dit project zijn de samenwerkende huisartsen (Huisartsen Regio Apeldoorn), het WMO loket en CMO's in de wijk vanuit gemeente Apeldoorn en samenwerkende organisaties. CMO's zijn teams die outreachend werken en hulp- en ondersteuningstrajecten inzetten en zo mogelijk afronden. Door samen te werken binnen dit project (zowel in de voorbereidende fase als in de uitvoering) kunnen we meer verbinding realiseren tussen de verschillende schakels.
- Zilveren Kruis zorgverzekeraar is geen uitvoerende partner binnen de opzet van dit project, maar heeft wel een initiërende rol vervuld. De uitkomsten vanuit het project worden besproken in de EPA taskforce Midden IJssel/Veluwe waar het Zilveren Kruis in participeert.

Plan van aanpak

1. Voorbereiden van een bijeenkomst waarin het proces van de gezamenlijke intake wordt ontworpen:
 - opdrachtformulering voor facilitator
 - contracteren facilitator

2. Bijeenkomst waarin het proces van de gezamenlijke intake wordt ontworpen en de benodigde randvoorwaarden worden vastgesteld
3. Schrijven en vaststellen van projectplan

Toelichting:

Om te komen tot een breed gedragen ontwerp van het proces van gezamenlijke intake, zullen twee bijeenkomsten van een dagdeel georganiseerd worden. De deelnemende organisaties zullen allen vertegenwoordigd worden, evenals cliënten en familie. Door het kiezen van een geschikte facilitator en de juiste werkvormen, hebben de bijeenkomsten een verbindend karakter en levert iedere deelnemer een gelijkwaardige bijdrage. De uitkomst van de twee bijeenkomsten worden door de voorbereidingsgroep vastgesteld en vormen input voor het projectplan, waarvoor een projectsubsidie zal worden aangevraagd.

In schema:

	Wat	Wie	Start	Gereed
1	Vorbereiden bijeenkomst	Vorbereidingsg roep	15 januari 2019	15 februari 2019
2	Bijeenkomst (2x4 uur)	Facilitator o.v.v. vorbereidingsg roep	begin maart 2019	begin maart 2019
3	Vaststelling uitkomsten bijeenkomst	Vorbereidingsg roep		begin maart 2019
4	Projectplan	Vorbereidingsg roep	begin maart 2019	26 maart 2019
5	Evaluatie	Vorbereidingsg roep		26 maart 2019

De aangevraagde subsidie wordt gebruikt voor:

- het vorbereiden van de bijeenkomst: het zoeken van een verbindende facilitator, het maken van een programma en het praktisch organiseren van de bijeenkomst
- deelname van medewerkers aan de bijeenkomsten waarin het proces van gezamenlijke intake wordt ontworpen inclusief tijd voor vorbereiding en uitwerking
- het ontwerpen van een onderzoeksplan
- het schrijven van het projectplan
- bijeenkomsten van de vorbereidingsgroep met afgevaardigden van alle betrokken organisaties waarin wordt afgestemd, vastgesteld en geëvalueerd.

Borging

Borging vindt plaats na uitvoering van het project.

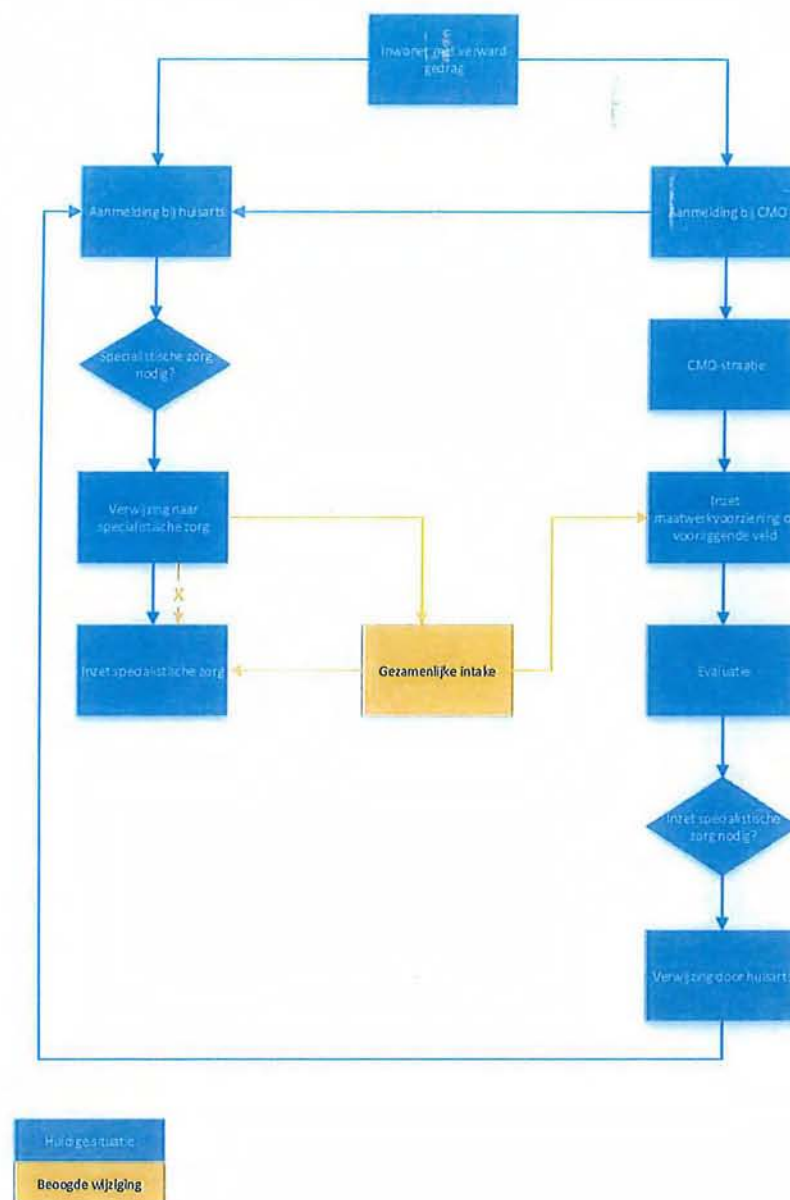
Monitoring en evaluatie

Monitoring van de voortgang van de voorbereiding van het project is een taak van de projectleiding. Evaluatie vindt plaats binnen de voorbereidingsgroep.

Bijlage 1

Stroomschema inzet ondersteuning en zorg aan inwoners met verward gedrag

concept versie 7 december 2018
GGNet/NvV



Begroting Actieprogramma lokale initiatieven mensen met verward gedrag

Titel project:
Aantal maanden looptijd project:
Financieel verantwoordelijke
Telefoonnummer
E-mailadres

(Startsubsidie) gezamenlijke intake verwarde personen
3
Lennart Oosterloo
055 580 5371
loosterloo@apeldoorn.nl



In de begroting dienen alle bedragen opgevoerd te worden inclusief eventueel verschuldigde BTW.

1.a Personele kosten (op basis van inschaling)

Tot de personele kosten worden gerekend:

- de leidelijke salariskosten per jaar van de direct bij de projectuitvoering betrokken personeelsleden. U geeft per functie de salarisschaal, het inschalingniveau, het fte en het aantal maanden. U kunt de in uw organisatie gehanteerde schalen gebruiken.

- een opslagpercentage op de salariskosten ter dekking van de bijkomende personele kosten van 45%. In het opslagpercentage zijn verwerkt sociale lasten en overheadkosten. Onder sociale lasten vallen: eindejaarsuitkering, 13e maand, vakantiegeld, wachtgeld, ziekterisico, advertentiekosten en overige wervingskosten, reiskosten woon-werkverkeer, ouderschapsverlof en toeslagen, kosten overig verlof, opleidingskosten, ondersteuning personeelszaken, gratificaties, binnenlandse dienstreizen, uitkering bij overlijden, sociale activiteiten, verhuis- en installatiekosten, legemoenkomen ziektekosten en zogenaamde einde-projectkosten. Onder overheadkosten vallen o.a.: overige personeelskosten, secretariële en administratieve kosten, ICT, kosten voor juridische en/of facilitaire zaken.

Indien het inschalingsniveau nog niet bekend is, kunnen de salariskosten worden berekend volgens het middelpunt van de schaal.

U dient uit te gaan van een jaarlijkse stijging van salarislsten met maximaal één periodiek en 2% correctie voor inflatie.

nr	Functie	Schaal	Bruto maandsalaris	% fte inzet	Aantal maanden	Salariskosten	Opslagpercentage 45%	Totaal (bruto salariskosten inclusief 45% opslagpercentage)
1	GZ psycholoog CAO GGZ 2x (inzet bijeenkomst)	65	€ 4.933	18%	1	€ 898	€ 400	€ 1.288
2	Maatschappelijk werker MDW (inzet bijeenkomst)	9	€ 3.742	9%	1	€ 337	€ 152	€ 488
3	Ervaringsdeskundige CAO GGZ 2x (inzet bijeenkomst)	50	€ 3.266	18%	1	€ 588	€ 265	€ 852
4	GZ psycholoog CAO gehandicaptenzorg (inzet bijeenkomst)	65	€ 4.459	9%	1	€ 401	€ 181	€ 582
5	Zorgmakelaar/consulent CAO gehandicaptenzorg (inzet bijeenkomst)	50	€ 2.967	9%	1	€ 267	€ 120	€ 387
6	Jobcoach CAO gehandicaptenzorg (inzet bijeenkomst)	50	€ 2.967	9%	1	€ 267	€ 120	€ 387
7	Manager CAO gehandicaptenzorg (inzet bijeenkomst)	60	€ 3.798	9%	1	€ 342	€ 154	€ 496
8	Klinisch psycholoog GZ CAO GGZ (inzet bijeenkomst)	70	€ 5.945	9%	1	€ 535	€ 241	€ 776
9	Psychiater GGZ (inzet bijeenkomst)	ams	€ 6.885	9%	1	€ 620	€ 279	€ 898
10	Projectleider CAO GGZ (inzet bijeenkomst)	60	€ 3.965	18%	1	€ 714	€ 321	€ 1.035
11	Projectmedewerker CAO GGZ (inzet bijeenkomst)	45	€ 2.934	18%	1	€ 528	€ 238	€ 766
12	vanuit BAS functie nog te bepalen 2x (inzet bijeenkomst)	65	€ 4.459	18%	1	€ 803	€ 361	€ 1.164
13	vanuit gemeente ambtenaar 3x CAO gemeente (inzet bijeenkomst)	9	€ 3.254	27%	1	€ 879	€ 395	€ 1.274
14	Huisarts	10	€ 4.363	9%	1	€ 393	€ 177	€ 569
15	Inzet projectleider CAO GGZ (inzet algemeen + projectgroep)	60	€ 3.965	38%	3	€ 4.520	€ 2.034	€ 6.554
16	Inzet projectmedewerker CAO GGZ (inzet algemeen + projectgroep)	45	€ 2.934	10%	3	€ 898	€ 404	€ 1.302
17	Ervaringsdeskundige CAO GGZ (inzet projectgroep) 2x	50	€ 3.266	18%	1	€ 588	€ 265	€ 852
18	Manager CAO gehandicaptenzorg (inzet projectgroep)	60	€ 3.798	9%	1	€ 342	€ 154	€ 496
19	Manager CAO GGZ (inzet projectgroep) 4x	65	€ 4.933	36%	1	€ 1.776	€ 799	€ 2.575
20	Gemeente ambtenaar CAO gemeente	11	€ 4.179	9%	3	€ 1.128	€ 508	€ 1.636
	Totaal					€ 16.812	€ 7.565	€ 24.377

1.b Personele Kosten (op basis van uur- of dagdeeltarieven)

Indien uw organisatie of uw samenwerkingspartners geen gebruik maken van salarisschalen kunt u deze tabel gebruiken voor het opvoeren van personeel op basis van uurtarieven of dagdeeltarieven.

Geef een onderbouwing van de opgegeven uur- of dagdeeltarieven.

nr	Functie	Tarief per uur/dagdeel	Aantal uren/dagdelen	Totaal
1	Kaderarts	100	12	€ 1.200
2				€ -
3				€ -
4				€ -
5				€ -
6				€ -
7				€ -
8				€ -
9				€ -
10				€ -
11				€ -
12				€ -
13				€ -
14				€ -
15				€ -
16				€ -
17				€ -
18				€ -
19				€ -
20				€ -
	Totaal			€ 1.200

2. Materiële kosten (gespecificeerd)

De specifiek voor het project benodigde verbruiksartikelen dienen inclusief BTW te worden opgenomen.

- Investerings in infrastructuur en/of apparatuur mogen alleen worden opgevoerd als de regionaal en lokale betekens daarvan overtuigend kan worden aangeleend (bijvoorbeeld via medegebruik door andere organisaties). Daarbij is aandacht voor wat er in andere instellingen gebeurt en beschikbaar is, hoe gebruik wordt gemaakt van aanwezige kennis en middelen van deze instellingen en de borging van de investeringen na afloop van het project.

- **Zorgkosten, (ver)bouwkosten en voorfinanciering (aanloopkosten) zijn uitgesloten van subsidiëring.**

- Alleen kosten die specifiek voor het project worden gemaakt, zijn subsidiabel.

- De kosten van investeringen (afschrijvingen) kunnen in de projectkosten worden opgenomen naar rato van het gebruik hiervan.

- Indien van apparatuur de volledige aanschafwaarde wordt gefinancierd, dient rekening gehouden te worden met de restwaarde van deze apparatuur. Voor afschrijvingen en het bepalen van de restwaarde wordt uitgegaan van de volgende percentages:

* Computeraapparatuur:

1e jaar - 40%

2e jaar - 30%

3e jaar - 20%

4e jaar - 10%

Indien uw project twee jaar duurt krijgt u dus 70% van de aanschaf van de computeraapparatuur vergoed.

* Overige apparatuur:

lineaire afschrijving in 5 jaar (20% per jaar)

nr	Omschrijving	Totaal (€)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
	Totaal	€ -

3. Overige kosten (gespecificeerd)

Denk hierbij aan onder andere aanvullende opleiding en scholing van personeel en registratie en monitoring.

nr	Omschrijving	Totaal (€)
1	Facilitor bijeenkomst	€ 5.000
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
	Totaal	€ 5.000

4. Cofinanciering

Een bijdrage in financiële middelen of menskracht van de eigen organisatie, samenwerkingspartners of derden.

Let op: in de subsidieoproep kan een minimaal percentage cofinanciering verplicht worden gesteld.

nr	Omschrijving	Totaal (€)
1	Ureninzet gemeente ambtenaar (cao gemeente)	€ 1.636
2	Inzet projectleider CAO GGZ (inzet algemeen + projectgroep)	€ 6.554
3	Inzet projectmedewerker CAO GGZ (inzet algemeen + projectgroep)	€ 1.302
4	Manager CAO gehandicaptenzorg (inzet projectgroep)	€ 496
5	Manager CAO GGZ (inzet projectgroep) 4x	€ 2.575
6		
7		
8		
9		
10		
	Totaal	€ 12.563

ZonMw budget overzicht

Kostenpost	Totaal (€)
1.a Personele kosten (op basis van inschaling)	€ 24.377
1.b Personele Kosten (op basis van uur- of dagdeeltarieven)	€ 1.200
2. Materiële kosten (gespecificeerd)	€ -



3. Overige kosten (gespecificeerd)	€	5.000
Totale lasten	€	30.577
Minus:		
4. Cofinanciering	€	12.563
Aan te vragen subsidie bij ZonMw	€	18.014

5. Toelichting projectbegroting

Geef hier uw toelichting op de begroting



Intentieverklaring

Deze intentieverklaring behoort bij de aanvraag van startsubsidie voor het project gezamenlijke intake verwarde personen

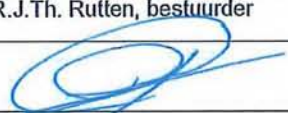
1. *Wat we willen realiseren:* De partijen genoemd in deze intentieverklaring hebben de intentie om gezamenlijk een samenwerkingspilot in het Sociale Domein in Apeldoorn vorm te geven ten behoeve van de doelgroep mensen met verward gedrag. De pilot in de vorm van een gezamenlijke intake wordt opgezet om zo snel mogelijk adequate zorg in te kunnen zetten op het moment dat verward gedrag wordt geconstateerd en er een hulpvraag is. Daardoor kan oa verergering en/of onnodig lang voortbestaan van klachten en problemen voorkomen worden. Om het projectplan voor deze pilot uit te werken vragen de partijen een startsubsidie aan.

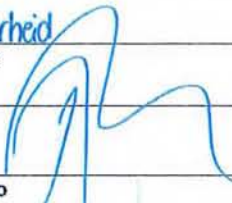
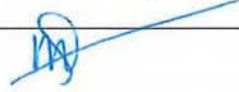
De partijen die bovengenoemde intentie willen vorm geven zijn:
Tactus, Iriszorg, gemeente Apeldoorn, 's Heeren Loo, Huisartsen Organisatie Hoog-Gelderland en GGNet (inclusief Bas Basiszorg).

2. *Aan de slag:* In de periode tussen 1 februari 2019 en eind maart 2019 vinden er twee bijeenkomsten plaats voor zorg- en hulpverleners van betrokken organisaties. Zij werken een beschrijving uit van het beoogde proces van gezamenlijke intake. De uitkomsten hiervan worden vervolgens vertaald naar een projectplan en ingediend als een (vervolg)aanvraag uitvoeringssubsidie bij ZonMw. Naast de uren voor deelname aan de bijeenkomst(en) zijn er in de aanvraag tevens uren opgenomen voor een voorbereidingsgroep, het uitwerken van de plannen en projectvoortgang.

3. *Verantwoording afleggen*

De gemeente Apeldoorn is bestuurlijk verantwoordelijk voor de aanvraag en tevens de hoofdaanvrager van de subsidie. Gemeente Apeldoorn legt verantwoording af over de voortgang en besteding van de startsubsidie, conform de daaraan door ZonMw gestelde eisen. GGNet is projectleider en penvoerder voor deze subsidie.

Projectgegevens	
Projecttitel:	Gezamenlijke intake verwarde personen.
Naam hoofdaanvrager:	R.A. Iedema
Organisatie**:	Gemeente Apeldoorn
De aanvrager verklaart met de volgende lokale partijen samen te werken:	
Samenwerkingspartner 1	Organisatie: Tactus Verslavingszorg
	Type organisatie**: aanbieder van zorg
	Vertegenwoordigd door*: R.J.Th. Rutten, bestuurder
	Handtekening: 
Samenwerkingspartner 2	Organisatie: Stichting IrisZorg
	Type organisatie**: MO, GGZ en Verslavingszorg
	Vertegenwoordigd door*: : M.J. Verschuure
	Handtekening: 

Samenwerkingspartner 3	Organisatie:	Gemeente Apeldoorn
	Type organisatie**:	overheid
	Vertegenwoordigd door*:	R.A. Iedema
	Handtekening:	
Samenwerkingspartner 4	Organisatie:	's Heeren Loo
	Type organisatie**:	Zorgaanbieder Zorg op maat voor mensen met een (verstandelijke) beperking
	Vertegenwoordigd door*:	Jan te Loeke, regiodirecteur
	Handtekening:	
Samenwerkingspartner 5	Organisatie:	GGNet
	Type organisatie**:	Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg
	Vertegenwoordigd door*:	Mirjam (M.A.P.J.) Schleijsen
	Handtekening:	
Samenwerkingspartner 6	Organisatie:	HIRA / HOOG
	Type organisatie**:	Huisartsen organisatie
	Vertegenwoordigd door*:	H. v. Petersen
	Handtekening:	

*Noem hier de bestuurlijk verantwoordelijke van de organisatie. Dat is de persoon die op grond van de statuten bevoegd of gemachtigd is de organisatie te vertegenwoordigen.

** Bij type organisatie geeft u aan in welke sector de organisatie actief is. Bijvoorbeeld gemeente, aanbieder van zorg en/of welzijn, (vertegenwoordiger van) cliënten en/of naaste(n), veiligheid, justitie, GGD, RAV, OM, zorgverzekeraar

Bijlage 6: Mogelijkheden inzet ervaringsdeskundigen vergroten door oprichting Herstelacademie, Korak



Plan van Aanpak Herstelcentrum Apeldoorn e.o.



Datum: juni, 2018

Auteur(s): Mieke Biemond en Miriam Stollen (Zorgbelang Gelderland)
namens de projectgroep Herstelacademie: Jeroen Mouthaan, Henk Oving, Jos Pas,
Wilma de Vries, Daphne Doorn, Rick Kamphuis, Wim Slinkman, Tootje Hupkes,
George Waltimena, Francisco Giersthove, Margot Otten, Marnix Alblas, Nicole
Schalken, Marcel Korte en Conny Kalker

Plan van Aanpak Herstelcentrum Apeldoorn juni 2018

Voorgeschiedenis

In maart 2018 bracht de projectgroep het advies uit om per 1-1-2019 een zelfstandige fysieke herstelacademie te starten voor de regio Apeldoorn. De Taskforce EPA had echter een aantal belangrijke vragen:

- Het voorstel is te weinig concreet, duidelijker benoemen wat de herstelacademie gaat doen, wat de focus is, wat de precieze taken moeten worden - en waar de herstelacademie uiteindelijk naar toe moet groeien.
- Wat is de functie van de inloop zoals die benoemd is als onderdeel van de herstelacademie?
- Een duidelijke visie op het bereiken van de burgers in de wijken en outreachend werken

Tussen maart en juni is een inventariserende ronde gemaakt en zijn een aantal nieuwe overleggen geweest, vooral van de projectgroep, maar ook een overleg met de klankbordgroep en een gezamenlijk overleg tussen projectgroep en klankbordgroep.

De projectgroep houdt vast aan het eerdere voorstel voor een fysiek herstelcentrum¹, en wil vooralsnog geen combinatie met een respijtovereenkomst. Alles overwegende komt de projectgroep tot een hernieuwd, duidelijker uitgewerkt voorstel aan de hand van de cirkel van Sinek.

Daarnaast is het voorstel aan de organisaties van de Taskforce om enkele bestaande herstelactiviteiten zoals genoemd in de bijlage per direct breed open te stellen.

Het waarom

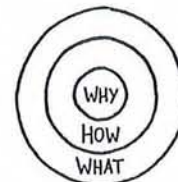
Missie: Het herstelcentrum maakt mogelijk dat ieder met een hulpvraag op het gebied van psychische kwetsbaarheid zich gehoord en ondersteund voelt en gestimuleerd wordt in herstel, zodat men kan groeien en ontwikkelen, waardoor men grip op en balans krijgt in het leven.

Context:

Het herstelcentrum wordt opgericht in een context waarbij er sprake is van steeds kortere behandelingen en verschuiving van de zorg van intramuraal naar extramuraal. Het herstelcentrum kent bewust een bredere doelgroep dan alleen de EPA-doelgroep omdat het centrum preventief en herstel bevorderend werkt. Het herstelcentrum wil er zijn voor alle mensen met een psychische kwetsbaarheid, mensen die geraakt zijn door verslaving, en naastbetrokkenen. Daarvoor zijn ook contacten met het sociaal domein (wijkteams) belangrijk. Deelname is ten allen tijde op basis van vrijwilligheid. De activiteiten zijn gericht op het persoonlijk herstel: de ontwikkeling van eigen kracht door de deelnemers. Het primaire doel van het herstelcentrum zich te richten op het persoonlijk herstel. De verwachting is dat maatschappelijk of medisch herstel hier uit voort kan vloeien.

Met de GGZ-aanbieders zijn korte lijnen. Waar nodig worden cliënten gewezen op de mogelijkheden van hulpaanbieders (GGZ-aanbieders of huisarts) voor wat betreft vragen inzake het medisch herstel en op de gemeente voor wat betreft vragen inzake het maatschappelijk herstel.

The Golden Circle



¹ Na overleg met de projectgroep is afgesproken het woord herstelcentrum te hanteren in plaats van het woord herstelacademie. Dit sluit beter aan bij de lerende omgeving en activiteiten die centraal staan in het centrum. Het woord academie heeft een wat elitair karakter.

Het hoe

De belangrijkste waarden voor het herstelcentrum zijn openheid, vertrouwen, wederkerigheid, gelijkwaardigheid en veiligheid.

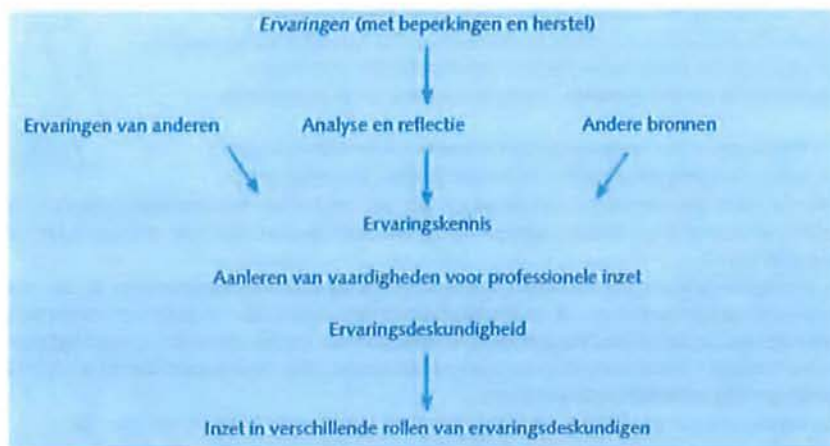
Verder zien wij de volgende randvoorwaarden:

- **Peer support is ons uitgangspunt**

Het uitgangspunt van het herstelcentrum is dat er gewerkt wordt met ervaringsdeskundigen². Het aanbod binnen het herstelcentrum is voor en door mensen die te maken hebben gehad met een ontwrichtende ervaring. Dit is tevens het onderscheid met de ontmoetingsplekken, bij sommige activiteiten van het leercentrum van RIWIS en andere trainingsactiviteiten in de regio waar reguliere professionals het voortouw nemen.

Wij hanteren voor ervaringsdeskundigheid de definitie van van Erp: "Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen herstelervaring voor anderen ruimte te maken voor herstel. De ervaringsdeskundige heeft het vermogen ontwikkeld om:

1. De eigen ervaringen met een ontwrichtende aandoening en het te boven komen ervan (herstel) in wederkerigheid in te zetten om anderen te ondersteunen bij het vinden of maken van ruimte voor hun persoonlijk herstelproces. De inbreng van de persoonlijke dimensies van herstel onderscheidt een ervaringsdeskundige van reguliere hulpverleners.
2. De eigen ervaringen van stigmatisering en empowerment in te zetten om een herstel ondersteunende (maatschappelijke) omgeving en herstel ondersteunende zorg te bevorderen. De inbreng van deze aan den lijve ondervonden kennis voor de inrichting van herstel ondersteunende zorg is onderscheidend van andere disciplines."



Figuur 1. Ervaringsdeskundigheid ontwikkelen (bron: Hilko Timmer, coördinator Bureau Herstel SBWU)

² Onder ervaringsdeskundigen wordt in het herstelcentrum ook familie-ervaringsdeskundigen verstaan. Daar waar wij spreken over ervaringsdeskundigheid kunnen dit ervaringen zijn met verslaving, ggz-problematiek of in de familie.

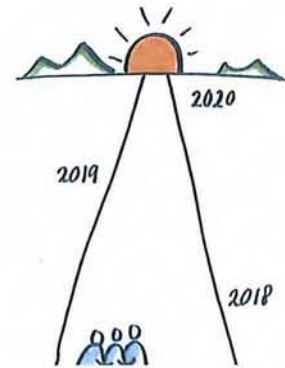
- **Het herstelcentrum is een leeromgeving**

De nadruk in het herstelcentrum ligt op het scheppen van een klimaat dat gericht is op zelfontwikkeling door middel van cursussen en trainingen die gericht zijn op het persoonlijk herstel. Het herstelcentrum onderscheidt zich daarmee van een dagactiviteitscentrum waar het doen van activiteiten en/of dagritme het speerpunt zijn. Dat neemt niet weg dat er in het herstelcentrum ook activiteiten aangeboden kunnen worden en ontmoeting onderdeel is van het herstelcentrum, daar waar deze herstel bevorderend werken en de laagdrempeligheid bevorderen. Het aanbieden van dagactiviteiten en ontmoeting zijn geen doel op zich maar ondersteunend aan de leeromgeving. Het herstelcentrum biedt geen (vervanging voor) behandeling. Dus ook geen overbruggingszorg voor mensen die op een wachtlijst staan voor behandeling of opname. Het herstelcentrum is ook een leeromgeving voor de eigen vrijwilligers. Een goed opleidingstraject voor de vrijwilligers in het herstelcentrum is van belang. De betaalde ervaringsdeskundigen kunnen die faciliteren.

Het herstelcentrum is in ontwikkeling. De kaders (missie, doelgroep) en randvoorwaarden zijn geschapen om het beste bij de behoefte van de mensen (bezoekers/ deelnemers) aan te kunnen sluiten. De behoefte die mensen hebben, bepaalt vervolgens een groot deel de richting waarin het herstelcentrum zich gaat ontwikkelen.

- **Het herstelcentrum is onafhankelijk**

Het herstelcentrum is een vrijplaats. De projectgroep wil dat de werkers in het herstelcentrum inhoudelijk ongebonden zijn en zelf de koers bepalen. Aanvankelijk was de opvatting van de projectgroep dat het oprichten van een zelfstandige stichting noodzakelijk is om echt onafhankelijk te kunnen zijn. In de praktijk blijkt dat het oprichten van een stichting, werkgeverschap, ICT-behoefte en andere randvoorwaarden tijd- en energie rovend zijn. Daarom wordt nu gedacht aan een andere constructie, namelijk met een 'host'-organisatie die faciliterend is aan het herstelcentrum. Voorop staat echter wel het uitgangspunt om bottom-up te kunnen ontwikkelen: Een tweede voorwaarde is dat er voldoende financiële ruimte is om te experimenteren.



- **Wij hechten aan versterking van het netwerk en samenwerking tussen ervaringsdeskundigen van verschillende organisaties.**

Door de intensieve overleggen van het afgelopen half jaar hebben de ervaringsdeskundigen elkaar goed leren kennen en is er meer samenwerking ontstaan, bijvoorbeeld rond de training Honest, Open en Proud (HOP).

De toegevoegde waarde is dat het herstelcentrum niet los staat van herstelactiviteiten bij aanbieders, maar daar complementair aan is. Soms betekent dit het verplaatsen van cursussen of trainingen die nu binnen muren van de instellingen gegeven worden naar het herstelcentrum. Uiteraard gebeurt dit in nauwe verbinding en afstemming met de organisaties zelf. Het uitgangspunt daarbij is om door deze samenwerking meerwaarde te genereren.

Het herstelcentrum zou ook een mooie plek kunnen worden voor het samenkomen van de professionele ervaringsdeskundigen die nu al in Apeldoorn aan het werk zijn. Kennis ontwikkelen met elkaar en een platform voor ontmoeting en uitwisseling, daarmee de weg vrij maken voor belangstellenden die hun eigen herstel vorm willen geven.

Wij geloven dat het herstelcentrum een belangrijke broedplaats is voor nieuw ervaringsdeskundig talent. Het netwerk van het herstelcentrum maakt dat ervaringsdeskundigen die in organisaties werken waar ervaringsdeskundigheid nog fragiel is, zich gesteund weten door anderen en minder snel uitvallen.

We streven ernaar dat het herstelcentrum goed gevuld start en niet los staat van herstelactiviteiten binnen instellingen. Bovendien kunnen daardoor de ervaringsdeskundigen die nu vooral actief zijn binnen de gelederen van de instellingen ook een rol spelen in het verlagen van de drempel naar het herstelcentrum, hun cliënten treffen dan een bekend gezicht. Deze ervaringsdeskundigen kunnen de deelnemers ook wegwijs maken als het wijzen op de mogelijkheden naar een van de aanbieders aan de orde is.

- **Het herstelcentrum werkt laagdrempelig en is een veilige en vrije ruimte.**

Het herstelcentrum is diagnose-, indicatie- en organisatie vrij. Het is een laagdrempelige plek waar mensen zich direct herkend en erkend voelen, juist door de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen. Enerzijds is er aanbod waar gebruik van gemaakt kan worden, anderzijds wordt het aanbod gecreëerd door de bezoeker en diens behoefte. De nadruk ligt op het scheppen van een klimaat dat gericht is op zelfontwikkeling waar veel mogelijk is.

- **Het herstelcentrum heeft een fysieke basis**

Het herstelcentrum heeft een fysieke basis: een eigen plek op een goed (openbaar vervoer) bereikbaar centraal punt in Apeldoorn. Dit hoeft niet per se een eigen pand te zijn, maar kan ook een plek zijn die gedeeld wordt. Wel moet er voldoende eigen 'schoon' zijn, en de plaats niet gelieerd zijn of gedeeld worden met een GGZ-instelling. In de eerste plaats moeten er één of twee trainingsruimtes beschikbaar zijn. Om de laagdrempeligheid te bevorderen is ook een vorm van een gemeenschappelijke ruimte noodzakelijk. Daarom zijn een eigen inloopruimte en keuken of keukenblok nodig. De ruimte moet schoon en aantrekkelijk zijn.

De ontmoetingsplekken die de projectgroep tot op heden hebben bezocht voldoen niet aan bovenstaande wensen. Stichting Arte Blanche, een kunstenaarscollectief voor mensen met een psychiatrisch heden/verleden zou passen qua visie maar had geen ruimte binnen het eigen pand.

- **Het herstelcentrum begint met twee à drie kartrekkers**

De projectgroep wil graag aan de slag. De projectgroep wil twee à drie kartrekkers aanstellen die een voortrekkersrol gaan nemen. De gedroomde kartrekkers zijn dragers van de visie zoals neergelegd in de projectgroep, hebben een relevant netwerk in de regio Apeldoorn en zijn ervaren. Het voorstel is om een open sollicitatieprocedure te starten om deze trekkers te vinden.

Binnen het herstelcentrum zijn (getrainde) vrijwilligers actief en worden waar dat nodig is betaalde krachten ingehuurd. Deze vrijwilligers worden goed begeleid en de kartrekkers hebben een belangrijke taak daarin.

- **Het herstelcentrum heeft voor minimaal twee jaar een host nodig**

Het herstelcentrum heeft een 'host' nodig die faciliteert in personeelszaken, ICT etc. De host staat los van en heeft geen invloed op de inhoud van het herstelcentrum. Het is een vereiste dat de host de visie van het herstelcentrum erkent en vertrouwen heeft in de kartrekkers en de onafhankelijkheid van het herstelcentrum waarborgt. Daarvoor is het commitment van het bestuur van de desbetreffende organisatie onontbeerlijk. Als voorbeeld: de constructie van Enik in Utrecht houdt in dat de kartrekkers ondersteund worden door de facilitaire afdeling van Lister. De contactpersoon van de kartrekkers in de directeur van Lister.

- **Het herstelcentrum heeft eigen budget**

Het herstelcentrum heeft voldoende budget nodig. Het herstelcentrum kan expertise inhuren bij betrokken organisaties in het netwerk, op deze manier vloeit mogelijk een deel van het geld terug naar de huidige subsidienten van gemeente Apeldoorn en naar andere organisaties die bijdragen aan het activiteitenaanbod. Er moet voldoende experimenteerruimte zijn zodat ook nieuw aanbod ontwikkeld

kan worden. Daarbij is het streven dat er synergie is met bestaand ander aanbod van de aanbieders.

Het wat: de activiteiten, cursussen en trainingen

- **Sociaal trefpunt**

De projectgroep vindt het essentieel dat er de mogelijkheid is om het centrum binnen te lopen zonder meteen met een activiteit of training mee te moeten doen, en hebben hiervoor in het eerste voorstel het woord inloop gebruikt. Deelnemers moeten zich welkom en gezien voelen. Dit sluit ook aan bij de randvoorwaarde laagdrempeligheid. Het moet mogelijk zijn gewoon een kopje koffie te komen drinken en te landen. Het is niet de bedoeling dat de herstelacademie gaat functioneren als ontmoetingsplek sec. Door de leeromgeving is de intentie om mensen te stimuleren het niet alleen bij koffie drinken te laten.

- **Herstelactiviteiten, cursussen en trainingen**

De trekkers van het herstelcentrum zullen initiatief nemen voor het verder ontwikkelen van het aanbod, dit doen zij samen met de deelnemers en bezoekers en de vragen die zij stellen en de behoeften die zij hebben. De ervaringsdeskundigen helpen anderen in hun herstel. Het herstelcentrum doet dit vanuit het oogpunt van persoonlijk herstel. Trainingen en cursussen die bij Enik en Herstelacademie Haarlem en Meer worden gegeven kunnen daarbij als inspiratie dienen. Zie ook: <https://www.enikrecoverycollege.nl/actuele-trainingen/?action=training&pagina=1&query=&type=&maand=&location=>

<http://www.herstelacademie.org/Content/1132056713/zkh/Photoalbums/2a29b464-3233-42e6-8da0-26a818f76ec3/HAjul-decdef.pdf>

In de bijlage is een overzicht van activiteiten die nu gegeven worden door de verschillende aanbieders, al dan niet al Wmo-gefinancierd (en daarmee al toegankelijk voor alle burgers). Aan de instellingen wordt voorgesteld om de mogelijkheden te verkennen om activiteiten die op meerdere plekken worden aangeboden samen te voegen. Daarnaast wordt aan de instellingen voorgesteld om – daar waar zinvol – de eigen herstelactiviteiten open te stellen voor bredere deelname en om te overwegen enkele herstelactiviteiten te verplaatsen naar het herstelcentrum. Dit kan in de komende periode nader verkend en uitgewerkt.

- **Intervisie**

Voor de betrokken vrijwilligers en medewerkers is intervisie beschikbaar. Het herstelcentrum kan een belangrijke inspiratieplek worden voor ervaringswerkers die actief zijn in de regio Apeldoorn. Betrokken vrijwilligers worden opgeleid en begeleid om vanuit de herstelgedachte te kunnen werken.

Activiteitsaanbod dat breed opengesteld kan worden, en in overleg verplaatst naar het herstelcentrum

Organisatie	Aanbod	Waar	Wanneer	Nu voor?	Contactpersoon	Maidadres
GGNet	Herstelurtje (bv film, spel, spreker)	Apeldoorn	Maandelijks op dinsdag aan het eind van de middag (17-18 uur)	Clienten, familie en medewerkers van GGNet	Dirkjan van den Esschert Nicole Schalken	dj.vandenEsschert@gonet.nl n.schalken@gonet.nl
GGNet	Herstellen doe je zelf			Voor clienten GGNet		
Intact	Begin maken met herstel	Apeldoorn	3 x per jaar			r.kamphuis@tactus.nl
Intact	Intactiviteiten Apeldoorn	Apeldoorn	Di. 17.30 even weken			d.doom@tactus.nl
Intact	Herstellen doe je zelf		2x per jaar			r.kamphuis@tactus.nl
Intact	Werken met je eigen ervaring	Apeldoorn	1x per jaar			r.kamphuis@tactus.nl
Intact	Mindfulness	Apeldoorn	2 x per jaar			d.doom@tactus.nl
Intact	Zelfhulpgroep Apeldoorn (Mariannalaan)	Mariannalaan Apeldoorn	wekelijks	Geen indicatie nodig	Gijs van Ingen Harm Beltman Joop Leeuwenik	apeldoorn@intactzelfhulp.nl
Intact	24/7 lijn: hulp lijn/ luisterend oor: 088-382 2880		24/7	Alle mensen geraakt door verslaving	Am. Luiten	info@intactzelfhulp.nl
Intact	Thema Seminars	Op locatie / weekend	4 x per jaar	Alle mensen geraakt door verslaving	Am. Luiten	www.intactherstelzelfhulp.nl
Intact	Zeiltocht	IJsselmeer	1x per jaar	Alle mensen geraakt door verslaving	Am. Luiten	www.intactherstelzelfhulp.nl
Intact	Individuele ondersteuning in herstel	Apeldoorn	Op vraag	Geen indicatie nodig		
Ixta Noa ³	Gastlessen (eetstoornissen)	Op locatie		Scholen, bedrijven	Wilma de Vries	wilma@ixtanoo.nl

³ Ixta Noa wil alle activiteiten ook in Zutphen behouden, maar wil wel 'dupliceren' in Apeldoorn. Start per 13 -6-2018 met thema-avonden in Apeldoorn

	sterningsstoornissen, verslaving)			instellingen e.d.		
Ixta Noa	Online begeleiding			Voor iedereen toegankelijk		
Ixta Noa	Begeleiding vrijwilligers en cliënten in hun proces naar maatschappelijk participatie	Praktijkhuis		Mensen met ervaring psychische onbalans	Jos Bosman-Pas, Marcel Schepers, Wilma de Vries	
Ixta Noa	Voorlichting aan professionele hulpverleners	Op locatie		Instellingen, wijkcentra e.d.	Jos Bosman-Pas, Marcel Schepers, Wilma de Vries	jos@ixtanoo.nl marcel@ixtanoo.nl wilma@ixtanoo.nl
Ixta Noa	Inzet ervaringsdeskundigheid in de wijk (sociale wijkteam)	In Zutphen en op aanvraag ook in Apeldoorn			Marcel Schepers	marcel@ixtanoo.nl
Ixta Noa	WRAP	Praktijkhuis Zutphen			Jos Pas en Marcel Schepers	jos@ixtanoo.nl marcel@ixtanoo.nl
Ixta Noa	Opleidingstraject ervaringsdeskundigheid (Basis en Specialisaties v.o. gastlessen, online en praktijkhuis)	Praktijkhuis			Jos Pas, Marcel Schepers, Wilma de Vries	jos@ixtanoo.nl marcel@ixtanoo.nl wilma@ixtanoo.nl
Ixta Noa	Thema avonden (o.a. psychosegevoeligheid, borderlineproblematiek, eetstoornissen)	Praktijkhuis Gaat per 13 juni ook in Apeldoorn starten	Zutphen: elke laatste dinsdag vd maand Apeldoorn: Elke 2 ^e woensdag vd maand	Voor iedereen die belangstelling heeft	Wilma de Vries	wilma@ixtanoo.nl
Leger des Heils	Kick box-groep					
Leger des Heils	Herstelwerkgroep (De Vier Dorpen/ Hofveld)				Henk Oving	
RIWIS	Gespreksgroep Sociale contacten & Vriendschap				Erik/ Marieke	
RIWIS	Activiteiten leercentrum (wel openstellen deels verplaatsen)				Petra Beekman	pbeekman@riwis.nl

RIWIS	Wandelgroep	Startpunt de Stolp			Irene Gerlich	igerlich@riwis.nl
RIWIS	Herstelwerkgroep				Irene/ Erik Willemssen	
Team ED	Individuele ondersteuning/ maatjes			Ook voor jongeren	Denise de Jonge	D.deJonge@WelzijnLochem.nl
Stichting Levenskunst	Theateratelier		Elke vrijdag	Brede doelgroep	Martine Jongenburger	info@levenskunstapeldoorn.nl
Gezamenlijke activiteiten						
Intact/Ixta Noa	Kracht langs de lijn		Start najaar in Apeldoorn? Nu al in Zutphen	Naasten	Marcel Schepers/ Rick Kamphuis	voorzichting@lactuszelfhulp.nl
NIET DUIDELIJK						
RIWIS/ Ixta Noa	Proeftuin individuele ondersteuning		Doorlopend	Clienten/ naasten	Irene Gerlich	igerlich@riwis.nl
Ixta Noa/ Twomorrow	Ondersteuning bij IPS-trajecten					
Overig activiteiten aanbod dat reeds 'onderdak' is						
Ruimte voor anders Zijn	Gespreksgroep Loodzwaar of Vederlicht	Alliage	In keer in de twee weken op vrijdag			
Arte Blanche	Kunstenaarscollectief	Eigen pand		Breed	Carlo de Vries	arteblanche@hotmail.com



2019

Plan van aanpak
Wachttijden GGZ regio
Apeldoorn